GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
Secretaria de Estado de Saúde
Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde
Escola Superior em Ciências da Saúde
Mestrado Profissional em Ciências para a Saúde

CONTROLE DE INFECÇÃO NA ATENÇÃO DOMICILIAR: ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DO INSTRUMENTO *SURVEY OF INFECTION CONTROL IN HOME HEALTH CARE*

Autora: Talita Braga Silveira
Orientador: Prof. Dr. Vinícius Zacarias Maldaner da Silva
Coorientadora: Profa. Dra. Leila Bernarda Donato Gottems

Brasília – DF
2019

CONTROLE DE INFECÇÃO NA ATENÇÃO DOMICILIAR: ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DO INSTRUMENTO *SURVEY OF INFECTION CONTROL IN HOME HEALTH CARE*

Trabalho de Conclusão apresentado ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Ciências para a Saúde da Escola Superior em Ciências da Saúde, como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Ciências para a Saúde.

Linha de Pesquisa: Qualidade na Assistência à Saúde do Idoso.

Autora: Talita Braga Silveira

Orientador: Prof. Dr. Vinícius Zacarias Maldaner da Silva

Coorientadora: Profa. Dra. Leila Bernarda Donato Gottems

Brasília – DF
2019

Ficha catalográfica elaborada automaticamente com
os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Silveira, Talita Braga
S587c Controle de infecção na Atenção Domiciliar: adaptação transcultural do instrumento *Survey of infection control in Home Health Care* / Talita Braga Silveira; orientador Vinícius Zacarias Maldaner da Silva; coorientador Leila Bernarda Donato Gottems. -- Brasília, 2019.
103 p.

Dissertação (Mestrado - Mestrado Profissional em Ciências para a Saúde) -- Coordenação de Pós-Graduação e Extensão, Escola Superior de Ciências da Saúde, 2019.

1. Serviços de Assistência Domiciliar. 2. Infecção. 3. Controle de Infecção. 4. Adaptação transcultural. 5. Atenção Domiciliar. I. Silva, Vinícius Zacarias Maldaner da, orient. II. Gottems, Leila Bernarda Donato, coorient. III. Título.

TERMO DE APROVAÇÃO

Talita Braga Silveira

"Controle de infecção na Atenção Domiciliar: Adaptação transcultural do instrumento Survey of Infection Control in Home Health Care."

Trabalho de conclusão aprovado como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências para Saúde, pelo programa de Pós – Graduação *Stricto Sensu* em Ciências para a saúde da Escola Superior em Ciências da Saúde (ESCS), da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS).

Aprovado em: 01/08/2019*.

Prof. Dr. Vinicius Zacarias Maldaner da Silva
Programa de Pós – Graduação *Stricto Sensu* em Ciências para a saúde da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde.
Orientador

Prof. Dr. Leila Bernarda Donato Gottems
Programa de Pós – Graduação *Stricto Sensu* em Ciências para a saúde da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde.
Coorientador

Profa. Dra. Ângela Ferreira Barros
Programa de Pós – Graduação *Stricto Sensu* em Ciências para a saúde da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde.
Examinadora Interna

Prof. Dr. Maria Leopoldina de Castro Villas Boas
SES/DF
Examinador Externo

Profa. Dra. Levy Aniceto Santana
Programa de Pós – Graduação *Stricto Sensu* em Ciências para a saúde da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde.
Suplente

Brasília, 01/08/2019*.

DEDICATÓRIA

Dedico essa dissertação aos meus pais e irmãos por serem orientação, inspiração e conforto, sempre. Ao Daniel pela parceria há quinze anos.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais e irmãos por serem referências na minha vida. Ao meu companheiro Daniel pelo incentivo, apoio e paciência. Às minhas cachorras por me trazerem paz, alegria e carinho incondicionais. Aos amigos por resistirem à ausência. Às amigas que o mestrado me deu por terem compartilhado as dificuldades e o cansaço, mas também as alegrias, o aprendizado e a conquista. Aos orientadores, professores e membros das bancas pelos ensinamentos. Agradeço também ao convênio CAPES/COFEN e à ESCS pela oportunidade.

O presente trabalho foi realizado com apoio da coordenação de aperfeiçoamento de pessoal de nível superior - Brasil (CAPES) - código de financiamento 001.

RESUMO

Introdução: A Atenção Domiciliar – AD tem se destacado como alternativa de assistência à saúde do idoso, especialmente entre aqueles com limitações funcionais. Tradicionalmente, acreditava-se que as Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde – IRAS estavam restritas aos hospitais. Entretanto, atualmente se admite a sua ocorrência em todos os cenários de assistência à saúde, inclusive na AD. As discussões recentes sobre a segurança do paciente evidenciaram ainda mais esse tipo de evento adverso. Assim, o tema desta dissertação foi o controle de infecção na AD e foram realizados dois estudos.

Objetivos: Estudo 1 - identificar na literatura científica as ações de controle de infecção desenvolvidas na AD no Brasil. Estudo 2 - adaptar o instrumento *Survey of Infection Control in Home Health Care* para a cultura brasileira.

Métodos: Estudo 1 – revisão integrativa da literatura a partir da busca de artigos nas bases de dados LILACS e PubMed. Estudo 2 – Estudo metodológico de adaptação transcultural, realizado em cinco etapas: tradução, síntese, retrotradução, avaliação por comitê de especialistas e pré-teste.

Resultados: Foram incluídos oito estudos na revisão. Investigações sobre taxas de infecção, fatores de risco e competências dos enfermeiros para o desenvolvimento de práticas de controle de infecção na AD foram os temas principais. No processo de adaptação transcultural, duas rodadas de avaliação pelo comitê de especialistas foram necessárias para alcançarmos a concordância esperada. O Índice de Validade de Conteúdo geral foi de 0,97. Ao longo do processo foram excluídos três itens por não se adequarem à cultura brasileira.

Conclusões: A revisão revelou que o desenvolvimento de ações de controle de infecção na AD é incipiente no Brasil. Não foram encontradas evidências de programas de controle de infecção nesse cenário. A versão pré-final do questionário "Pesquisa sobre controle de infecção na Atenção Domiciliar" alcançou validade de conteúdo satisfatória na avaliação dos especialistas. As etapas desenvolvidas contribuíram para as equivalências semântica, conceitual e cultural em relação ao instrumento original.

Produtos desenvolvidos: Dois artigos, referentes aos dois estudos realizados; o próprio instrumento adaptado à cultura brasileira; e o manual de utilização com

discussão dos temas abordados em cada item do questionário, totalizando quatro produtos.
Palavras-chave: Serviços de Assistência Domiciliar, Infecção, Controle de Infecção, Adaptação transcultural.

ABSTRACT

Introduction: Home Health Care -HHC has been highlighted as an alternative health care for the elderly, especially among those with functional limitations. Traditionally, it was believed that Health Care Related Infections were restricted to hospitals. However, it is currently possible to occur in all health care settings, including HHC. Recent discussions about patient safety further evidence this type of adverse event. Thus, the theme of this dissertation was the infection control in HHC and two studies were carried out.

Objectives: Study 1 - to identify in the scientific literature the infection control actions developed in Home Health Care - HHC in Brazil. Study 2 - to adapt the “Survey of Infection Control in Home Health Care” instrument to Brazilian culture.

Methods: Study 1 - integrative review of the literature from the search of articles in the LILACS and PubMed databases. Study 2 - Methodological study of cross-cultural adaptation, carried out in five stages: translation, synthesis, back-translation, expert committee and pre-test.

Results: Eight studies were included in the review. Investigations about infection rates, risk factors and competencies of nurses for the development of infection control practices in HHC were the main themes. In the process of cross-cultural adaptation, two rounds of evaluation by the committee of experts were necessary to reach the expected agreement. The Overall Content Validity Index was 0.97. During the process, three items were excluded because they did not fit the Brazilian culture.

Conclusions: The review revealed that the development of infection control actions in HHC is incipient in Brazil. No evidence of infection control programs was found in this setting. The pre-final version of the questionnaire *Pesquisa sobre Controle de Infecção na Atenção Domiciliar* reached satisfactory content validity in the evaluation of specialists. The steps developed contributed to the semantic, conceptual and cultural equivalence of the original instrument.

Products developed: Two articles, referring to the two studies carried out, the instrument adapted to the Brazilian culture and the use manual with discussion of the topics addressed in each item of the questionnaire, totaling four products.

Keywords: Home Health Care; Infection; Infection Control; Cross-cultural adaptation.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 5

2 REFERÊNCIAS.....9

3 ESTUDO 1: CONTROLE DE INFECÇÃO NA ATENÇÃO DOMICILIAR: UMA REVISÃO DA LITERATURA 12

4 ESTUDO 2: CONTROLE DE INFECÇÃO NA ATENÇÃO DOMICILIAR: ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DO INSTRUMENTO *SURVEY OF INFECTION CONTROL IN HOME HEALTH CARE*.....29

5 PRODUTO DESENVOLVIDO: PESQUISA SOBRE CONTROLE DE INFECÇÃO NA ATENÇÃO DOMICILIAR – MANUAL DE UTILIZAÇÃO 50

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS 81

APÊNDICE A – TRADUÇÕES 1 E 2 E SÍNTESE 1.....82

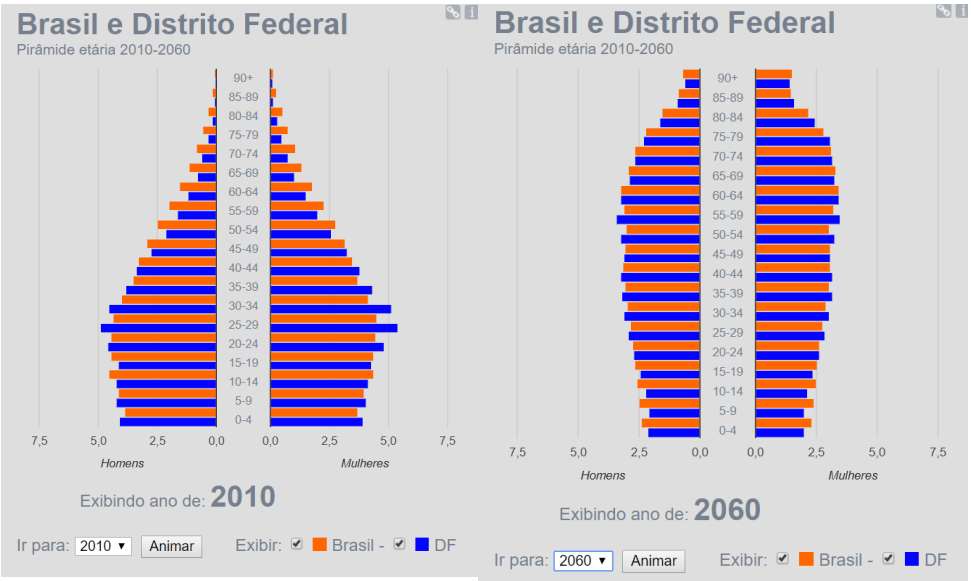
APÊNDICE B – VERSÃO PRÉ-FINAL DA "PESQUISA SOBRE CONTROLE DE INFECÇÃO NA ATENÇÃO DOMICILIAR".....96

ANEXO A – SUBMISSÃO DA SÍNTESE 2 - RETROTRADUÇÃO AOS AUTORES DO INSTRUMENTO ORIGINAL 103

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população é uma realidade mundial (UNITED NATIONS, 2019). No Brasil, em 2010, a proporção de pessoas com 65 anos ou mais era de 7,4%. Estimativas revelam que em 2060 essa proporção alcançará 25,5% da população, e o número de idosos chegará a 58,2 milhões (IBGE, 2019). A transição demográfica brasileira, representada por alterações no formato da pirâmide etária – Figura 1, é marcada por redução nas taxas de mortalidade e de fecundidade e aumento expressivo da expectativa de vida ao nascer – de 45,5 anos em 1940 para 76,0 em 2017 (IBGE, 2018; VASCONCELOS; GOMES, 2012). A proporção crescente de idosos aumenta a importância das doenças crônicas e incapacidades funcionais e é desafiante, com expansão das demandas por serviços de saúde, previdência e assistência social (BRITO *et al.*, 2013; MIRANDA; MENDES; SILVA *et al.*, 2016; MORAES, 2012).

Figura 1 – Transição demográfica e reflexos na pirâmide etária – 2010 e 2060.

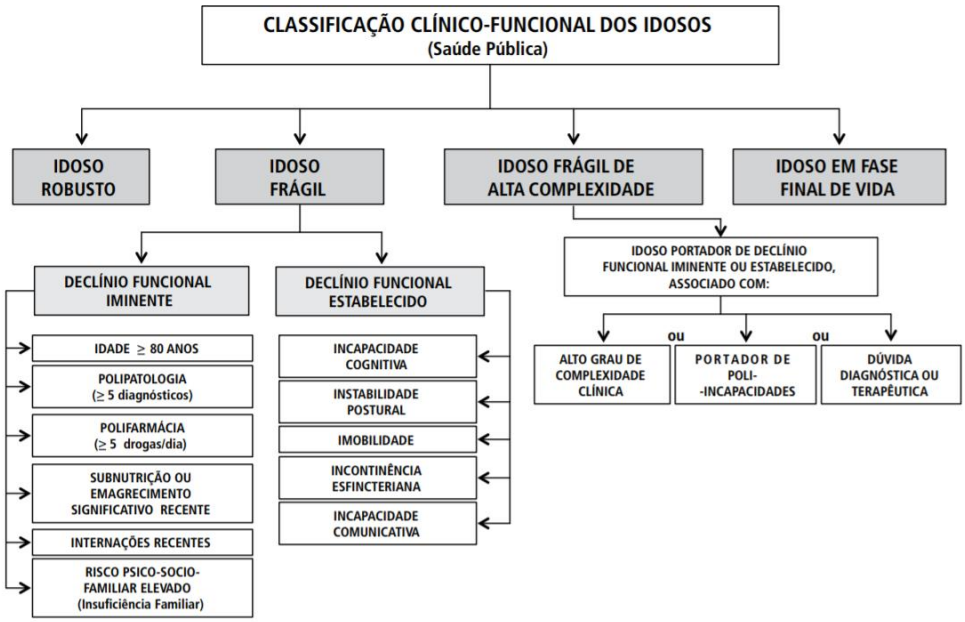


Fonte: IBGE. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/.

A saúde do idoso está associada à sua funcionalidade, que envolve a autonomia e a independência e reflete a capacidade de cuidar de si próprio e da sua vida (MORAES; MARINO; SANTOS, 2010). A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa afirma que a funcionalidade diz mais sobre a saúde do idoso que a presença ou ausência de doença orgânica (BRASIL, 2006b). De grande importância na Geriatria e Gerontologia, a funcionalidade do idoso pode ser mensurada pela capacidade de

realizar atividades de vida diária – AVD e atividades instrumentais de vida diária – AIVD. Por sua vez, o declínio da capacidade funcional está intimamente associado à vulnerabilidade e à fragilidade, sendo a última entendida como uma condição clínica preditora do risco de incapacidades, institucionalização, hospitalização e morte (MORAES; MARINO; SANTOS, 2010; MORAES, 2012). Dessa forma, a avaliação clínico-funcional do idoso, esquematizada na Figura 2, é fundamental para o planejamento das ações em saúde.

Figura 2 Classificação clínico-funcional do Idoso.



Fonte: MORAES, 2012.

Ao repensar a assistência à saúde do idoso, as principais abordagens focam no envelhecimento ativo – termo que expressa o envelhecimento com manutenção da autonomia e independência não apenas em relação à saúde física, mas também nos aspectos sociais, econômicos, culturais, espirituais e civis; e na identificação precoce de riscos de fragilização dos idosos. Propostas baseadas em níveis interligados reúnem ações de educação, promoção da saúde, prevenção e postergação de doenças, cuidado precoce e reabilitação de agravos e visam ao cuidado integral, em oposição a cuidados fragmentados e mal coordenados (VERAS; CALDAS; CORDEIRO, 2013; VERAS; OLIVEIRA, 2018).

Diante dos desafios do envelhecimento populacional e das propostas de atenção integral ao idoso, a Atenção Domiciliar – AD tem se mostrado uma importante modalidade de atenção à saúde (BRAGA *et al.*, 2016; LIMA; SPAGNUOLO;

PATRICIO, 2013; THUMÉ *et al.*, 2010), complementar à Atenção Básica e substitutiva ou complementar à internação hospitalar. É indicada para pessoas clinicamente estáveis que necessitam de cuidados de saúde, restritas ao leito ou ao domicílio, temporária ou definitivamente, ou para aquelas com algum grau de vulnerabilidade, sendo a AD a oferta mais oportuna. No Sistema Único de Saúde – SUS, a AD está organizada em três modalidades – AD1, AD 2 e AD3, atreladas a características do cuidado (BRASIL, 2016). Estudos apontam que as principais vantagens da AD são a otimização de recursos ao evitar e abreviar as hospitalizações e a ampliação da autonomia do paciente e seu familiar (NERY *et al.*, 2018; SILVA *et al.*, 2010; SILVA *et al.*, 2017)

Desde a publicação do relatório “Errar é humano: construindo um sistema de saúde mais seguro” (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 1999), a Segurança do Paciente nos serviços de saúde tem sido mundialmente discutida e estabelecida como a “redução ao mínimo aceitável do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde” (RUNCIMAN *et al.*, 2009). No Brasil, portaria ministerial de 2013 instituiu o Plano Nacional de Segurança do Paciente, com o objetivo de qualificar o cuidado nos estabelecimentos de saúde brasileiros (BRASIL, 2013). Em atenção à redução das infecções relacionadas à assistência à saúde – IRAS, uma das metas internacionais para a segurança do paciente (JCI, 2017), as normatizações referentes a esse tipo de evento adverso são anteriores ao advento da segurança do paciente como política institucional de governos e serviços de saúde. Desde 1997 é obrigatória a manutenção de programas de controle de infecção nos hospitais brasileiros (BRASIL, 1997). Na AD, esses programas são exigidos desde 2006 (BRASIL, 2006a).

De forma geral, extremos de idade e maior exposição a procedimentos de caráter invasivo estão relacionados a maior probabilidade de ocorrência de IRAS (PADOVEZE *et al.*, 2019). Assim, pressupõe-se que idosos, especialmente os frágeis com incapacidades estabelecidas, estão mais suscetíveis à ocorrência de eventos adversos infecciosos. Além disso, estudos que investigam a segurança do paciente e o controle de infecção nos ambientes hospitalares estão cada vez mais presentes no meio científico, mas são escassos em outras modalidades de atenção à saúde, em especial na AD. Dessa forma, esta dissertação foi dedicada a estudar o controle de infecção na AD, fomentando a discussão da segurança do paciente nesse cenário.

Esta dissertação contém dois estudos. O primeiro é uma revisão integrativa e teve por objetivo identificar na literatura científica as ações de controle de infecção

desenvolvidas na AD no Brasil. O segundo estudo descreve as etapas do processo de adaptação transcultural do instrumento *Survey of Infection Control in Home Health Care*. Por fim, como produtos dessa dissertação, além dos artigos referentes aos dois estudos, tem-se o próprio instrumento adaptado à cultura brasileira – Pesquisa sobre controle de infecção na Atenção Domiciliar e o seu manual de utilização. Os estudos e produtos são apresentados a seguir.

2 REFERÊNCIAS

BRAGA, P. P. *et al*. Oferta e demanda na atenção domiciliar em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 903-912, 2016. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-81232015213.11382015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000300903&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 22 jun. 2019.

BRASIL. **Lei nº 9.431, de 06 de janeiro de 1997**. Dispõe sobre a obrigatoriedade da manutenção de programa de controle de infecções hospitalares pelos hospitais do País. Brasília, DF: Presidência da República, [1997]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L9431.htm. Acesso em: 22 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução RDC nº 11, de 26 de janeiro de 2006**. Dispõe sobre o Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que prestam Atenção Domiciliar. Brasília, DF: Ministério da Saúde, [2006a]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2006/res0011_26_01_2006.html. Acesso em: 22 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006**. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília, DF: Ministério da Saúde, [2006b]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html. Acesso em: 22 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013**. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília, DF: Ministério da Saúde, [2013]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html. Acesso em: 22 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016**. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. Brasília, DF: Ministério da Saúde, [2016]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html. Acesso em: 22 jun. 2019.

BRITO, M. C. C. *et al*. Envelhecimento populacional e os desafios para a saúde pública: análise da produção científica. **Revista Kairós**, v. 16, n. 2, p. 161-178, 2013. Disponível em: https://revistas.pucsp.br/kairos/article/view/18552. Acesso em: 22 jun. 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE (Brasil). **População**. Rio de Janeiro, 2019. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/. Acesso em: 22 jun. 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE (Brasil). **Tábua completa de mortalidade para o Brasil – 2017**. Breve análise da evolução da mortalidade no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, 2018. Disponível em:

ftp://ftp.ibge.gov.br/Tabuas_Completas_de_Mortalidade/Tabuas_Completas_de_Mortalidade_2017/tabua_de_mortalidade_2017_analise.pdf. Acesso em: 22 jun. 2019.

JOINT COMISSION INTERNATIONAL – JCI. **International Patient Safety Goals**. Oak Brook: Joint Commission International, 2017. Disponível em: http://www.jointcommissioninternational.org/assets/3/7/JCI_2017_IPSG_Infographic_062017.pdf. Acesso em: 22 jun. 2019.

KOHN, L. T.; CORRIGAN, J. M.; DONALDSON, M. S. (ed.). **To err is human:** building a safer health system. Washington, DC: National Academy Press, 1999. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK225182/pdf/Bookshelf_NBK225182.pdf. Acesso em: 22 jun. 2019.

LIMA, A. A.; SPAGNUOLO, R. S.; PATRICIO, K. P. Revendo estudos sobre a assistência domiciliar ao idoso. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 18, n. 2, p. 343-351, 2013. DOI: https://doi.org/10.1590/S1413-73722013000200015. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722013000200015. Acesso em: 22 jun. 2019.

MIRANDA, G. M. D.; MENDES, A. C. G.; SILVA, A. L. A. Population aging in Brazil: current and future social challenges and consequences. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 507-519, 2016. DOI: https://doi.org/10.1590/1809-98232016019.150140. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/1809-98232016019.150140. Acesso em: 22 jun. 2019.

MORAES, E. N. **Atenção à saúde do idoso:** aspectos conceituais. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. Disponível em: https://apsredes.org/pdf/Saude-do-Idoso-WEB1.pdf. Acesso em: 22 jun. 2019.

MORAES, E. N.; MARINO, M. C. A.; SANTOS, R. R. Principais síndromes geriátricas. **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 20, n. 1, p. 54-66, 2010. Disponível em: http://www.rmmg.org/artigo/detalhes/383. Acesso em: 22 jun. 2019.

NERY, B. L. S. *et al*. Características dos serviços de atenção domiciliar. **Revista de Enfermagem UFPE Online**, Recife, v. 12, n. 5, p. 1422-1429, 2018. DOI: https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i5a230604p1422-1429-2018. Disponível em: https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/230604. Acesso em: 22 jun. 2019.

PADOVEZE, M. C. *et al*. The concept of vulnerability applied to Healthcare-associated Infections. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 72, n. 1, p. 299-303, 2019. DOI: https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0584. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672019000100299&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 22 jun. 2019.

RUNCIMAN, W. *et al*. Towards an International Classification for Patient Safety: key concepts and terms. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 21, n. 1, p. 18-26, 2009. DOI: https://doi.org/10.1093/intqhc/mzn057. Disponível em: https://academic.oup.com/intqhc/article/21/1/18/1888152. Acesso em: 22 jun. 2019.

SILVA, K. L. *et al*. Atenção domiciliar como mudança do modelo tecnoassistencial. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 166-176, 2010. DOI: https://doi.org/10.1590/S0034-89102010000100018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102010000100018&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 22 jun. 2019.

SILVA, K. L. *et al*. Por que é melhor em casa? A percepção de usuários e cuidadores da atenção domiciliar. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 22, n. 4, p. e49660, 2017. DOI: http://dx.doi.org/10.5380/ce.v22i4.49660. Disponível em: https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/49660. Acesso em: 22 jun. 2019.

THUMÉ, E. *et al*. Assistência domiciliar a idosos: fatores associados, características do acesso e do cuidado. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 6, p. 1102-1111, 2010. DOI: https://doi.org/10.1590/S0034-89102010005000038. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102010000600016&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 22 jun. 2019.

UNITED NATIONS. **Ageing**. New York: United Nations Publications, 2019. Disponível em: https://www.un.org/en/sections/issues-depth/ageing/index.html. Acesso em: 22 jun. 2019.

VASCONCELOS, A. M. N.; GOMES, M. M. F. Transição demográfica: a experiência brasileira. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 21, n. 4, p. 539-548, 2012. DOI: https://doi.org/10.5123/S1679-49742012000400003. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742012000400003&lng=pt. Acesso em: 22 jun. 2019.

VERAS, R. P.; CALDAS, C. P.; CORDEIRO, H. A. Modelos de atenção à saúde do idoso: repensando o sentido da prevenção. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 1189-1213, 2013. DOI: https://doi.org/10.1590/S0103-73312013000400009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312013000400009&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 22 jun. 2019.

VERAS, R. P.; OLIVEIRA, M. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1929-1936, 2018. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.04722018. Disponível em: https://www.scielosp.org/article/csc/2018.v23n6/1929-1936/. Acesso em: 22 jun. 2019.

3 ESTUDO 1: CONTROLE DE INFECÇÃO NA ATENÇÃO DOMICILIAR: UMA REVISÃO DA LITERATURA

Infection control in Home Health Care: a review of literature

RESUMO

Objetivo: Identificar na literatura científica as ações de controle de infecção desenvolvidas na AD no Brasil.

Métodos: Revisão integrativa da literatura. A busca de artigos foi realizada nas bases de dados LILACS e PubMed.

Resultados: Foram incluídos oito estudos, concentrados em três autores principais. Investigações sobre taxas de infecção, fatores de risco e competências dos enfermeiros para o desenvolvimento de práticas de controle de infecção na AD foram os temas principais.

Conclusões: A revisão revelou que o desenvolvimento de ações de controle de infecção na AD é incipiente no Brasil. Não foram encontradas evidências de programas de controle de infecção nesse cenário.

Palavras-chave: Serviços de Assistência Domiciliar, Controle de Infecção, Infecção.

ABSTRACT

Objective: To identify in the scientific literature the infection control actions developed in Home Health Care – HHC in Brazil.

Methods: Integrative literature review. The search for articles was performed in the databases LILACS and PubMed.

Results: Eight studies were included, focusing on three main authors. Survey of infection rates, risk factors and competencies of nurses for the development of infection control practices in HHC were the main themes.

Conclusions: The review revealed that the development of infection control actions in HHC is incipient in Brazil. No evidence of infection control programs was found in this setting.

Keywords: Home Health Care, Infection Control, Infection.

INTRODUÇÃO

A Atenção Domiciliar – AD vem se destacando como alternativa de atenção à saúde[1-3]. É definida como a “modalidade de atenção à saúde [...] caracterizada por um conjunto de ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, paliação e promoção à saúde, prestadas em domicílio”[4].

O Núcleo Nacional das Empresas de Serviços de Atenção Domiciliar – NEAD afirma que, segundo o Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde – CNES, o número de empresas de Serviço de Atenção Domiciliar no Brasil saltou de 18 (dezoito) em julho de 2012, para 676 (seiscentos e setenta e seis) em junho de 2018[5]. Publicação do Ministério da Saúde mostrou que há equipes da AD no Sistema Único de Saúde – SUS em funcionamento em 25 estados brasileiros, estando disponível a cerca de 26% da população brasileira. Essas equipes atenderam, em média, 34 mil pacientes por mês no ano de 2016[6]. Essas publicações demonstram a importância da modalidade no Brasil. Pesquisadores já apontam, inclusive, déficit na oferta de serviços de AD, no contexto nacional e internacional, considerando as demandas por cuidados e necessidades de saúde que se apresentam[1].

São apontadas na literatura duas facetas que mobilizaram o crescimento da AD: uma racional, mais evidente entre os gestores dos serviços de saúde, relacionada à redução de custos por meio da abreviação ou substituição da internação hospitalar. A outra aspira à mudança no modelo de atenção, mais humanizada e centralizada nas necessidades do usuário e de sua família e é mais relevante para os profissionais da saúde[7]. Além disso, outros fatores motivaram o fortalecimento da AD. Na percepção de usuários e cuidadores, ser assistido pelo serviço ampliou a autonomia, a qualidade de vida e o acesso aos demais serviços de saúde da rede[8]. A redução do risco de complicações advindas de internações hospitalares, dentre elas as infecções, também é relacionada como vantagem da assistência em saúde no domicílio[9].

Investigações sobre o perfil epidemiológico dos pacientes assistidos por serviços de AD no Brasil revelam uma predominância de pacientes idosos e com alta dependência para as atividades diárias de vida[1,3,10-12]. Esse perfil está relacionado a riscos adicionais de eventos adversos, entre eles infecções, seja por suas condições clínicas ou pela maior necessidade de dispositivos, tais como sondas de

traqueostomia e gastrostomia e cateteres vesicais. Essas condições requerem estratégias preventivas e de monitoramento adicionais[13-14].

Reconhecendo o risco de infecções na assistência domiciliar e a necessidade da implantação de medidas de prevenção e controle, desde 2006 a Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA exige que os serviços de AD elaborem e implementem um Programa de Prevenção e Controle de Infecções e Eventos Adversos – PCPIEA, visando à redução da incidência e da gravidade desses eventos[15].

Diante desse cenário, o objetivo do presente estudo é identificar na literatura científica as ações de controle de infecção desenvolvidas na AD no Brasil. A realização do estudo justifica-se pela necessidade de identificar estratégias que proporcionem uma assistência mais segura nesse contexto, dadas a importância e as particularidades dessa modalidade de atenção à saúde.

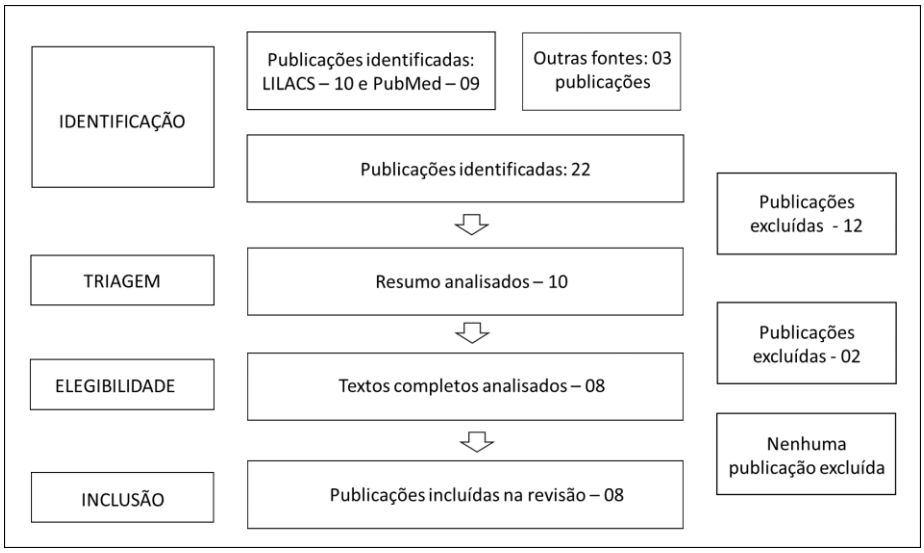
MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura. O método tem a finalidade de reunir e sintetizar resultados de pesquisas sobre um delimitado tema ou questão, de maneira sistemática e ordenada, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento do tema investigado[16].

O controle de infecção na Atenção Domiciliar é o tema dessa revisão e foi baseada na seguinte questão norteadora: Quais são as ações de controle de infecção desenvolvidas nos serviços de AD brasileiros?

A busca de artigos científicos foi realizada nas bases de dados PubMed e LILACS. Como critérios de inclusão foram utilizados os Descritores em Ciências da Saúde – DeCS: “assistência domiciliar” e “Infecção” e também os descritores *Medical Subject Headings* – MeSH: “*home care*” e “*infection*”. Assim, a estratégia de busca na LILACS foi: “assistência domiciliar” AND “infecção”. Na PubMed foi: “*home care*” AND “*infection*” AND “*Brazil*”. Optou-se por não utilizar os descritores “controle de infecção” ou “*infection control*” pelo número reduzido de itens no resultado da busca. Os critérios de exclusão foram publicações com mais de dez anos e estudos não realizados no Brasil. O fluxograma da busca e seleção de artigos está representado na Figura 1.

Figura 1 – Fluxograma da busca e seleção de artigos.



Fonte: Dados do estudo.

RESULTADOS

Os estudos incluídos nesta revisão estão relacionados no Quadro 1.

Quadro 1 – Estudos incluídos na revisão.

Estudo	Ano/ Periódico	Título	Autor (es)
1	2018/ Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical	Home care in the Federal District: factors associated with the first occurrence of acute lower respiratory infection and death[17]	Barros LN, *et al*.
2	2016/ Acta Paulista de Enfermagem	Prevenção e controle das infecções no domicílio: desafios e implicações para enfermagem[18]	Valle ARMC, *et al*.
3	2015/ Revista Mineira de Enfermagem	Habilidades e atitudes do enfermeiro na atenção domiciliar: bases para a prevenção dos riscos de infecção[19]	Valle ARMC, *et al*.
4	2013/ Biblioteca Digital Universidade de São Paulo	Competências do enfermeiro para ações preventivas na atenção domiciliar com ênfase nos riscos de infecção [tese][20]	Valle ARMC.
5	2012/ American Journal of Infection Control	Health care–associated infection and hospital readmission in a home care service for children[21]	Silva ARA, *et al*.
6	2012/ Infection Control and Hospital Epidemiology	Incidence rates of healthcare-associated infection in a pediatric home healthcare service[22]	Silva ARA, *et al*.

Estudo	Ano/ Periódico	Título	Autor (es)
7	2012/ Repositório Institucional da Universidade de Brasília	Atenção Domiciliar da Regional de Saúde de Sobradinho/DF: perfil clínico-epidemiológico de pacientes, análise de sobrevivência e fatores associados com doenças infecciosas e óbito, no período de 2003 a 2010 [dissertação][23]	Barros, LN.
8	2010/ Repositório Institucional da Fiocruz	Infecções relacionadas à assistência domiciliar (*home care*) e em unidade de tratamento intensivo pediátricos [tese][24]	Silva ARA.

Fonte: Dados do estudo.

Observa-se que os artigos incluídos resultaram das teses e dissertação dos mesmos autores. Assim, os nove estudos avaliados nesta revisão concentraram-se em três autores principais. Os estudos incluídos nesta revisão abordaram as taxas de prevalência e incidência de infecção, fatores de risco e as competências necessárias aos enfermeiros para o desenvolvimento de ações de prevenção e controle de infecção na AD.

O Estudo número 1[17] é uma publicação dos resultados parciais da dissertação número 7[23]. A pesquisa, um estudo epidemiológico baseado em dados de prontuário, contemplou 973 pacientes assistidos por um serviço de AD do Distrito Federal no período de 2003 a 2010, sendo a maioria idosos (750 ou 77%). Do total de pacientes, 394 (40,5%) desenvolveram alguma infecção. As infecções do trato urinário – ITU's foram as mais frequentes – 198 casos (50,2%), acompanhadas de pneumonias – 96 ocorrências (24,8%) e infecções de feridas – 59 casos (14,9%). Do total de 431 pacientes que evoluíram para o óbito, 175 (40,6%) desenvolveram alguma infecção durante o período do estudo. O modelo de análise multivariada considerou fatores individuais (idade, sexo e grau de dependência para atividades de vida diária), ambientais (presença de água encanada e coleta de lixo no domicílio) e residenciais (presença de animal doméstico e tipo de acomodação – quarto individual ou coletivo) e foram encontrados os seguintes resultados: idade acima de 80 anos e acomodação em quarto coletivo foram significativamente associadas à pneumonia. Sexo feminino foi um fator protetor para pneumonia; a presença de animais no domicílio associou-se a infecção de feridas. Maior grau de dependência foi um fator protetor para infecção de feridas; idade acima de 81 anos, sexo feminino, acomodação em quarto coletivo e presença de animais no domicílio se associaram significativamente às ITU's; maior grau de dependência e idade acima de 30 anos foram associados ao óbito[23].

Os artigos 2[18] e 3[19] correspondem à publicação de resultados da tese número 4[20]. Os autores se dedicaram a pesquisar as competências requeridas aos enfermeiros da Atenção Básica para realizar a prevenção e o controle de infecções na AD. Foram identificadas 61 (sessenta e uma) competências divididas em nove dimensões – três relacionadas ao conhecimento, cinco às habilidades e uma associada às atitudes. Evidencia-se a diversidade de competências elencadas a partir do consenso de especialistas, decorrentes da singularidade que é a atuação dos enfermeiros da AD. A partir dessas competências foram elaboradas diretrizes para as práticas de prevenção e controle de infecção na AD, assim categorizadas:

- Práticas de prevenção e controle de infecção relacionadas ao usuário;
- relacionadas ao ambiente;
- relacionadas ao profissional;
- relacionadas à organização do serviço de Atenção Domiciliar;
- na terapia infusional;
- no cuidado com feridas;
- no cuidado com o trato urinário;
- nos cuidados com circuitos respiratórios;
- nos cuidados com alimentação enteral[20].

Por fim, os artigos número 5[21] e 6[22] estão relacionados à tese número 8[24]. Os pesquisadores se propuseram a identificar as infecções associadas ao serviço de AD e à Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica – UTIP de referência e ainda mensurar as densidades de infecção em ambos os serviços. As principais infecções relacionadas à assistência domiciliar foram pneumonias, doença influenza símile e infecções cutâneas, correspondendo a mais de 70% do total de infecções. As pneumonias foram as principais causas de reinternações hospitalares entre as crianças assistidas pela AD. As densidades de incidência de infecção geral (11,1 por 1000 pacientes-dia) e de pneumonia associada à ventilação mecânica (6,8 por 1000 ventiladores-dia) foram menores na AD em comparação à UTIP de referência – 15,3 por 1000 pacientes-dia e 9 por 1000 ventiladores-dia, respectivamente. No entanto, nos dois casos, as diferenças não foram significativas. As taxas de utilização de ventilação mecânica foram semelhantes na AD (29,3%) e UTIP (30,2%). Demonstrou-se a ocorrência de bactérias multirresistentes no ambiente de assistência domiciliar, não sendo possível, entretanto, relacionar com as bactérias encontradas na UTIP e nem estabelecer a dinâmica de aquisição das mesmas. Diante dos resultados, o estudo apontou a importância de aperfeiçoar a prevenção e o controle de infecções na assistência domiciliar e listou algumas medidas: utilização de protocolos sobre o

reprocessamento de materiais; revisão periódica de fluxos e processos operacionais; adoção e cumprimento de medidas elementares de prevenção de infecções por familiares e profissionais da saúde, como a higiene das mãos; divulgação para as equipes dos pacientes colonizados com germes multirresistentes; formular discussões sobre as precauções de contato no domicílio; e promover estudos que verifiquem o impacto financeiro das infecções relacionadas à assistência à saúde na AD[24].

DISCUSSÃO

O Programa de Controle de Infecção é uma importante ferramenta para a operacionalização das ações de prevenção e controle das infecções relacionadas à assistência à saúde – IRAS. É definido como “um conjunto de ações desenvolvidas deliberada e sistematicamente, com vistas à redução máxima possível da incidência e da gravidade das infecções”[25]. A sua elaboração e manutenção são obrigatórias nos hospitais brasileiros desde 1997[26]. Na AD, o Programa é exigido desde 2006 e a mesma norma define indicadores a serem monitorados pelos serviços: taxas de mortalidade, internação, infecção e alta[15]. Entretanto, por meio da presente revisão, não encontramos evidências desses programas e nem do monitoramento dos indicadores apontados acima. Nesse sentido, um estudo apontou a ausência de comissões e programas de controle de infecção na AD[18]. Numa revisão integrativa que incluiu 187 (cento e oitenta e sete) artigos publicados entre 2009 e 2013 sobre a assistência de enfermagem no domicílio, as autoras destacaram que “nenhuma produção abordou o tema controle de infecção de forma ampla e direcionada especificamente para a área da enfermagem” e apenas dois estudos discutiram riscos biológicos e o manejo de resíduos dos serviços de saúde no domicílio[27].

As principais medidas para a prevenção e o controle de infecções relacionadas à AD identificadas na literatura nacional e internacional estão listadas abaixo e refletem coesão com as medidas elencadas em estudos incluídos nesta revisão[20-24]. Importante destacar que nos Estados Unidos da América – EUA, a *Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology* – APIC e o *Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee* – HICPAC, do *Centers for Disease Control and Prevention* – CDC, definem a Infecção Relacionada à Assistência Domiciliar como aquela que não estava presente e nem incubada no momento da admissão do paciente no serviço de AD. Infecções manifestadas em até 48 horas

após a admissão, são reportadas ao serviço de saúde que previamente assistia ao paciente[28].

- Adesão às precauções padrão que incluem a higiene das mãos, o uso adequado de Equipamentos de Proteção Individual – EPI's (luvas, máscaras, óculos de proteção e capotes) e cuidados com materiais perfurocortantes, incluindo o descarte apropriado[28-30];
- Adesão às recomendações nacionais e internacionais para a inserção e manutenção de dispositivos[28-30];
- Vigilância das infecções, incluindo o levantamento de taxas de incidência e/ou prevalência, a notificação e o gerenciamento do uso de antimicrobianos[28-30];
- Treinamentos e capacitações para profissionais, familiares e cuidadores[28-30];
- Vacinação dos profissionais da saúde e dos usuários da AD[28-30];
- Estabelecimento de medidas de prevenção de infecções específicas: infecções do trato respiratório, incluindo a gripe; infecções de corrente sanguínea; infecções urinárias e infecções de pele e partes moles[28-30];
- Empenho de recursos em comissões de controle de infecção e ferramentas para auxiliar na tomada de decisão[29].

A vigilância das infecções foi tema de estudos incluídos nessa revisão[17,21-24]. Na literatura internacional também foram encontrados estudos com esses temas, entretanto as diferentes abordagens metodológicas não permitem a comparação entre eles. Nesse sentido, uma revisão sistemática com 25 estudos sobre a prevalência de infecções e os fatores de risco na AD teve seus resultados limitados por diferenças nas definições das infecções e nas formas de cálculo entre os estudos, impedindo a comparação entre eles. Os fatores de risco também variaram drasticamente, a ponto de se contradizerem em alguns casos[31].

Estudo realizado nos EUA avaliou 24.887 internações hospitalares no ano de 2013 entre os usuários idosos de serviços de AD (amostra aleatória de 5% dos dados nacionais do OASIS de 2013). Dentre essas, 1.133 internações (4,6%) foram motivadas por infecções urinárias relacionadas à assistência domiciliar. Os fatores de risco identificados foram: sexo feminino, dependência severa para atividades de vida diária, ter um cuidador, tratamento prévio para infecção urinária nos últimos 14 dias,

presença de sonda vesical e história prévia de uso de sonda vesical e cistostomia. A importância da identificação de fatores de risco para infecções é permitir o estabelecimento de medidas de prevenção e controle mais rigorosas entre aqueles pacientes com maiores riscos conhecidos[32].

Outro estudo norte-americano descreveu as proporções de hospitalização e atendimentos de emergência causados por infecção entre os pacientes assistidos por serviços de AD e comparou as taxas de infecção entre os serviços. Esse estudo incluiu 199.642 pacientes assistidos por 8.255 serviços AD de todo o país no ano de 2010 (amostra aleatória de 20% dos dados nacionais do OASIS de 2010). Os principais resultados foram: 7.018 (3,5%) pacientes desenvolveram infecções e necessitaram de atendimento de emergência e/ou hospitalização. Não foram consideradas as infecções diagnosticadas e tratadas pelo próprio serviço de AD. Do total de 36.360 internações, 6.272 (17%) foram por infecção: 2.878 (7,7%) infecções respiratórias, 1.702 (4,7%) infecções de pele ou partes moles; 1.587 (4,4%) infecções urinárias e 105 (0,3% infecções de corrente sanguínea). As taxas de infecção variaram consideravelmente entre os serviços, de 0 a 33,3%, com média de 3,5%. Para esse cálculo, foram considerados os serviços com mais de 10 pacientes, totalizando 3975 agências (46%). A exclusão das agências pequenas, que atendiam menos de 10 pacientes, se justificou pela necessidade de reduzir os possíveis vieses por casos extremos. Considerando todos os serviços, a taxa variou de 0 a 100%, com média de 3,3%. Por fim, os autores destacaram que as diferentes políticas e práticas de controle de infecção adotadas nos serviços são responsáveis pela grande variação nas taxas de infecção[33].

Importante ressaltar que os dois estudos norte-americanos citados[32,33] foram desenvolvidos a partir de dados do *The Outcome and Assessment Information Set* – OASIS. É um instrumento abrangente desenvolvido para coletar informações nacionais sobre os usuários dos serviços de AD. A avaliação OASIS é exigida para todos os serviços de AD certificados pela *Medicare* (programa de seguro de saúde do governo federal, destinado a maiores de 65 anos e menores de 65 em condições especiais) nos EUA. A avaliação é realizada em todos os pacientes maiores de 18 anos, em diferentes momentos: admissão ou readmissão no serviço de AD (início do tratamento ou retomada do atendimento após internação); quando há alteração do estado de saúde indicada pela transferência para a unidade de internação hospitalar, morte ou alta da AD; ou quando a permanência do paciente no serviço atinge um

período de 60 dias[34]. O OASIS é apontado como uma importante ferramenta, seja por seu papel na determinação do reembolso de cuidados domiciliares e na qualidade do atendimento domiciliar, e também seu emprego em pesquisas nos serviços de AD[35].

No Brasil não foram identificados estudos baseados em dados de proporção nacional. Também não foram identificados estudos brasileiros que comparassem as taxas de infecção entre os serviços de AD. Dentre os estudos incluídos nesta revisão, um comparou as incidências de infecção do serviço de AD e da unidade de terapia intensiva pediátrica de referência, com valores menores na AD, porém sem diferença estatística significativa[22,24]. Convém destacar que apesar da predominância de idosos entre os pacientes assistidos pela AD, essa modalidade de atenção à saúde se destaca como estratégia de desospitalização de crianças dependentes de ventilação mecânica[36]. Em estudo que considerou oito serviços públicos de AD de um Estado brasileiro, as crianças (0 a 12 anos) corresponderam a 5,3% (35) do total de aproximadamente 660 usuários; e a grande maioria (91%) era dependente de alguma tecnologia, como traqueostomia (60%), gastrostomia (57,1%) e ventilação mecânica (17,1%)[37].

A obrigatoriedade de notificação de IRAS à Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA se aplica a estabelecimentos de saúde, públicos e privados, com leitos de Unidades de Terapia Intensiva Neonatal, Pediátrica e Adulto ou que realizam parto cirúrgico. Dessa forma, dados nacionais são predominantes nesses cenários e não contemplam a AD[38]. Salienta-se que a ANVISA é o órgão nacional responsável por definir as normas gerais, os critérios e os métodos para a prevenção e o controle de IRAS no Brasil, coordenando as ações e estabelecendo um sistema de avaliação e divulgação dos indicadores nacionais[39]. Pesquisadores apontam que o Estado desempenha um papel estratégico na vigilância das infecções e que no Brasil o processo de construção de sistemas de vigilância de IRAS é recente[40].

Destaca-se um estudo norte-americano que investigou a adesão da equipe de enfermagem às práticas de prevenção e controle de infecção na AD e sua associação a conhecimentos e atitudes. A coleta dos dados foi realizada por meio de um questionário desenvolvido pelos próprios pesquisadores. Os resultados demonstraram alta adesão autorreferida às práticas de controle de infecção (média de 89%), conhecimento correto (média de 85%) e atitudes favoráveis (média de 81%). Análises de regressão multivariadas revelaram relação estatística significativa entre

atitudes e práticas. Entretanto, o conhecimento e a adesão às práticas não se associaram. Segundo os autores, esses resultados indicam que a adesão às práticas foi mais motivada por informações subjetivas que pelo conhecimento em controle de infecção. Outro achado importante foi a maior adesão às práticas quando os participantes percebiam um maior risco de infecção. Assim, os autores sugeriram que trabalhar a percepção dos profissionais sobre os riscos de infecção nesse cenário é uma estratégia para aumentar a adesão às práticas. Ressalta-se que os conhecimentos, atitudes e práticas investigados neste estudo não se restringem a condições exclusivas do profissional e envolvem circunstâncias do domicílio do paciente e outras relacionadas ao serviço de AD, como a disponibilização de treinamentos e insumos necessários e a existência de protocolos e procedimentos operacionais padrões[41].

Uma visão ampliada dos riscos de IRAS e responsabilidades sobre a sua prevenção, envolvendo, além do profissional, o próprio paciente, o seu domicílio e os serviços de AD, também foi demonstrada em estudo incluído nesta revisão. Ao estabelecer diretrizes, as autoras elencaram práticas de prevenção e controle de infecção relacionadas aos diferentes atores. A complexidade dessas ações é reflexo do grande número de competências necessárias aos enfermeiros para executá-las[20]. Discussões recentes ampliam o entendimento das IRAS e de seus riscos ao propor marcadores de vulnerabilidade que ultrapassam a dimensão individual (usuários e trabalhadores dos serviços de saúde) e alcançam a dimensão coletiva. Assim, o reconhecimento de que condições sociais (como acesso à educação e à saúde e financiamento em saúde estável e suficiente) e condições programáticas relacionadas às políticas de saúde e organização dos serviços de saúde (organização e distribuição dos recursos para a prevenção e controle de IRAS e normativas de âmbito nacional e internacional, entre outras) também contribuem para a ocorrência de IRAS e reduzem o estigma de que a “culpa” é do profissional[42].

Publicações recentes de instituições brasileiras, governamentais e não governamentais, revelam a preocupação com a segurança do paciente na AD. Cabe ressaltar que reduzir o risco de IRAS é uma das seis metas internacionais para a segurança do paciente[43]. “Segurança do paciente no domicílio” – manual publicado em 2016 pelo Ministério da Saúde[14], “Caderno de boas práticas – Segurança do Paciente na Atenção Domiciliar” e “Manual de Atenção Domiciliar”, esses últimos do Núcleo Nacional das Empresas de Serviços de Atenção Domiciliar – NEAD, de 2017

e 2016 respectivamente, são exemplos dessas publicações[13,44]. Elas ressaltam a escassez de material na temática e apontam a importância das ações para o controle de infecções nesse cenário, principalmente as precauções padrão - higiene das mãos e o uso de Equipamentos de Proteção Individual – EPI's. Outra importante iniciativa é a monografia "Prevenção e controle de infecções associadas à assistência extra-hospitalar: atenção primária, ambulatório, serviços diagnósticos, assistência domiciliar e serviços de longa permanência", da Associação Paulista de Epidemiologia e Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde – APECIH. São dedicados dois capítulos à discussão das ações de controle de infecção na AD, com ênfase na prevenção de infecções do trato urinário, infecções de corrente sanguínea, pneumonias e infecções de pele e partes moles. São apresentadas peculiaridades das precauções padrões e específicas e orientações para a limpeza e desinfecção no domicílio. Além disso, a publicação reforça a importância do Programa de Controle de Infecção Domiciliar[30].

CONCLUSÕES

Embora seja limitado o número de estudos identificados nesta revisão, é possível constatar a necessidade de prevenir e controlar infecções na AD. A maioria dos estudos se dedicou às taxas de infecção e fatores de risco. As competências necessárias aos enfermeiros para o desenvolvimento de ações de controle de infecção na AD também foram abordadas em estudos desta revisão. Destaca-se uma pesquisa que estabeleceu diretrizes para as práticas de controle de infecção na AD, contribuindo para a sistematização da assistência de enfermagem nesse cenário.

Apesar da implementação de programas de controle de infecção ser exigida nos serviços de AD desde 2006, não foram encontradas, por meio desta revisão, evidências desses programas. Quanto ao monitoramento das taxas de infecção, não foram identificados estudos baseados em dados nacionais e nem estudos que comparassem as taxas entre os serviços de AD.

Conclui-se, a partir desta revisão, que ações sistematizadas de controle de infecção na AD no Brasil são incipientes e percebe-se o esforço de instituições governamentais e não governamentais ligadas à AD em estimular e ampliar as discussões sobre a segurança do paciente nesse cenário.

Por fim, sugere-se o desenvolvimento de novos estudos nesse campo, incluindo o levantamento de dados nacionais sobre programas de controle de infecção e o monitoramento de taxas de infecção na AD. Além disso, recomendam-se estudos sobre a adesão dos profissionais às práticas de controle de infecção, considerando aspectos relacionados ao usuário e seu domicílio e à organização dos serviços de AD.

REFERÊNCIAS

1. Braga PP, Sena RR, Seixas CT, Castro EAB, Andrade AM, Silva YC. Oferta e demanda na atenção domiciliar em saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva** [Internet]. 2016 [acesso em: 23 jun. 2019];21(3). Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015213.11382015.

2. Lima AA, Spagnuolo RS, Patricio KP. Revendo estudos sobre a assistência domiciliar ao idoso. **Psicol. estud.** [Internet]. 2013 [acesso em: 23 jun. 2019];18(2). Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722013000200015.

3. Thume E, Facchini LA, Tomasi E, Vieira LAS. Home health care for the elderly: associated factors and characteristics of access and health care. **Rev. Saúde Pública**. [Internet]. 2010 [acesso em: 23 jun. 2019];44(6). Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102010005000038.

4. Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016**. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. [Internet] Brasília: Ministério da Saúde; 2016 [acesso em: 23 jun. 2019]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html.

5. Silva KL, Sena RR, Seixas CT, Feuerwerker LCM, Merhy EE. Home care as change of the technical-assistance model. **Rev. Saúde Pública**. [Internet]. 2010 [acesso em: 23 jun. 2019];44(1). Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102010000100018.

6. Silva KL, Silva YC, Lage EG, Paiva PA, Dias OV. Why is it better at home? Service users' and caregivers' perception of home care. **Cogitare Enferm**. [Internet]. 2017 [acesso em: 23 jun. 2019]; 22 (4). Disponível em: http://dx.doi.org/10.5380/ce.v22i4.49660.

7. Oliveira SG, Kruse MHL. Better off at home: safety device. **Texto Contexto Enferm**. [Internet]. 2017 [acesso em: 23 jun. 2019];26(1). Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017002660015.

8. Pareda P. Ferreira R. Censo NEAD-FIPE de Atenção Domiciliar. **Revista NEAD**. [Internet]. 2018 [acesso em: 23 jun. 2019];3(4). Disponível em: http://www.neadsaude.org.br/wp-content/themes/nead/nead-digital/revista04/files/pdf/revista-nead-digital-4.pdf.

9. Ministério da Saúde (BR). Hospital Alemão Oswaldo Cruz – Sustentabilidade Social. Projeto Complexidade do Cuidado na Atenção Domiciliar. **Programa de Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde - PROADI - SUS** 2017. [Internet] Brasília: Ministério da Saúde; 2017 [acesso em: 23 jun. 2019]. Disponível http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/fevereiro/20/Apostila-CCAD-interativo.pdf.

10. Carnaúba CMD, Silva TDA, Viana JF, Alves JBN, Andrade NL, Trindade Filho EM. Clinical and epidemiological characterization of patients receiving home care in the city of Maceió, in the state of Alagoas, Brazil. **Rev. bras. Geriatr. Gerontol.** [Internet] 2017 [acesso em: 23 jun. 2019];20(3). Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562017020.160163.

11. Biscione FM, Szuster DAC, Drumond EF, Ferreira GUA, Turci MA, Lima Júnior JF, et al. Avaliação de efetividade da atenção domiciliar de uma cooperativa médica de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. [Internet] 2013 [acesso em: 23 jun. 2019];29(1). Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00017813.

12. Wachs LS, Nunes BP, Soares UM, Facchini LA, Thumé E. Prevalência da assistência domiciliar prestada à população idosa brasileira e fatores associados. **Cad. Saúde Pública**. [Internet]. 2016 [acesso em: 23 jun. 2019];32(3). Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00048515.

13. Núcleo Nacional das Empresas de Serviços de Atenção Domiciliar – NEAD. Associação Nacional de Hospitais Privados. **Caderno de boas práticas – Segurança do paciente na Atenção Domiciliar**. [Internet] São Paulo; 2017 [acesso em: 23 jun. 2019]. Disponível em: http://www.neadsaude.org.br/nead-digital/boaspraticas03/caderno-boas-praticas-fasc_III.pdf.

14. Ministério da Saúde (BR). **Segurança do paciente no domicílio**. [Internet] Brasília: Ministério da Saúde; 2016 [acesso em: 23 jun. 2019]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seguranca_paciente_domicilio.pdf.

15. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução RDC nº 11, de 26 de janeiro de 2006**. Dispõe sobre o Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que prestam Atenção Domiciliar. [Internet] 2006 [acesso em: 23 jun. 2019]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2006/res0011_26_01_2006.html.

16. Roman AR, Friedlander MR. Revisão integrativa de pesquisa aplicada à enfermagem. **Cogitare Enferm**. [Internet] 1998 [acesso em: 23 jun. 2019];3(2). Disponível em: http://dx.doi.org/10.5380/ce.v3i2.44358.

17. Barros LN, Oliveira MRF. Home care in the Federal District: factors associated with the first occurrence of acute lower respiratory infection and death. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.** [Internet]. 2018 [acesso em: 23 jun. 2019];51(2):219-224. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/0037-8682-0405-2016.

18. Valle ARMC, Andrade D, Sousa AFL, Carvalho PRM. Prevenção e controle das infecções no domicílio: desafios e implicações para enfermagem. **Acta paul.**

enferm. [Internet]. 2016 [acesso em: 23 jun. 2019];29(2):239-244. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201600033.

19. Valle ARMC, Andrade D. Habilidades e atitudes do enfermeiro na atenção domiciliar: bases para a prevenção dos riscos de infecção. **Rev. Min. Enferm.** [Internet] 2015 [acesso em: 23 jun. 2019];19(2). Disponível em: http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20150026.

20. Valle ARMC. **Competências do enfermeiro para ações preventivas na atenção domiciliar com ênfase nos riscos de infecção** [Tese]. Escola de Enfermagem de Ribeirão [Internet]. 2013 [acesso em: 23 jun. 2019]. Disponível em: http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-26092013-182224/pt-br.php.

21. Silva ARA, Souza CV, Viana ME, Sargentelli G, Serpa MJA, Gomes MZR. Health care-associated infection and hospital readmission in a home care service for children. **Am. J. Infect. Control.** [Internet] 2012 [acesso em: 23 jun. 2019];40(3):282-283. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.ajic.2011.03.002.

22. Silva ARA, Souza CV, Guimarães MEV, Sargentelli G, Gomes MZR. Incidence Rates of Healthcare Associated Infection in a Pediatric Home Healthcare Service. **Infect Control Hosp Epidemiol.** [Internet] 2012 [acesso em: 23 jun. 2019];33(8):845-848. Disponível em: https://doi.org/10.1086/666627.

23. Barros, LN. **Atenção Domiciliar da Regional de Saúde de Sobradinho/DF**: perfil clínico-epidemiológico de pacientes, análise de sobrevivência e fatores associados com doenças infecciosas e óbito, no período de 2003 a 2010 [dissertação]. Universidade de Brasília. [Internet]. 2012 [acesso em: 23 jun. 2019]. Disponível em: http://repositorio.unb.br/handle/10482/10939.

24. Silva ARA. **Infecções relacionadas à assistência domiciliar (home care) e em unidade de tratamento intensivo pediátricos** [Tese]. Fundação Oswaldo Cruz. Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas [Internet]. 2010 [acesso em: 23 jun. 2019]. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/9311.

25. Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2616, de 12 de maio de 1998**. [Internet] 1998 [acesso em: 23 jun. 2019]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt2616_12_05_1998.html.

26. Brasil. Casa Civil. **Lei nº 9.431, de 06 de janeiro de 1997**. Dispõe sobre a obrigatoriedade da manutenção de programa de controle de infecções hospitalares pelos hospitais do País. [Internet] 1997 [acesso em: 23 jun. 2019]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L9431.htm.

27. Valle ARMC, Andrade D. Assistência de enfermagem no domicílio: um olhar crítico sobre a produção científica. **R. pesq.: cuid. fundam. online** [Internet]. 2013 [acesso em: 23 jun. 2019];5(6):348-362. Disponível em: https://doi.org/10.9789/2175-5361.2013v5n6Esp2p348.

28. Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology. **APIC - HICPAC Surveillance Definitions for Home Health Care and Home Hospice Infections**. [Internet] 2008 [acesso em: 23 jun. 2019]. Disponível em:

http://www.apic.org/Resource_/TinyMceFileManager/Practice_Guidance/HH-Surv-Def.pdf.

29. Shang J, Dick AW, Larson EL, Stone PW. A research agenda for infection prevention in home healthcare. **Am. J. Infect. Control.** [Internet] 2018 [acesso em: 23 jun. 2019]; 46 (9). Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.ajic.2018.03.010.

30. Padoveze MC, Figueiredo RM, organizadores. **Prevenção e controle de infecções associadas à assistência extra-hospitalar**: atenção primária, ambulatório, serviços diagnósticos, assistência domiciliar e serviços de longa permanência. 2ª ed. São Paulo: APECIH, 2019.

31. Shang J, Ma C, Poghosyan L, Dowding D, Stone P. The prevalence of infections and patient risk factors in home health care: A systematic review. **Am. J. Infect. Control**. [Internet] 2014 [acesso em: 23 jun. 2019]; 42 (5). Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.ajic.2013.12.018.

32. Osakwe ZT, Larson E, Shang J. Urinary tract infection-related hospitalization among older adults receiving home health care. **Am. J. Infect. Control**. [Internet] 2018 [acesso em: 23 jun. 2019]. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.ajic.2018.12.012.

33. Shang J, Larson E, Liu J, Stone P. Infection in home health care: Results from national Outcome and Assessment Information Set data. Shang, Jingjing et al. **Am. J. Infect. Control.** [Internet] 2015 [acesso em: 23 jun. 2019];43(5). Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.ajic.2014.12.017.

34. Centers for Medicare & Medicaid Services. **Home Health Quality Reporting Program**. [Internet] 2019 [acesso em: 23 jun. 2019]. Disponível em https://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/HomeHealthQualityInits/index.html.

35. O'Connor M, Davitt JK. The Outcome and Assessment Information Set (OASIS): a review of validity and reliability. **Home Health Care Serv. Q.** [Internet] 2012 [acesso em: 23 jun. 2019];31(4). Disponível em: https://doi.org/10.1080/01621424.2012.703908.

36. Hanashiro M, Franco AOC, Ferraro AA, Troster EJ. Alternativas de tratamento para pacientes pediátricos em ventilação mecânica crônica. **J. Pediatr.** (Rio J.) [Internet]. 2011 [acesso em: 23 jun. 2019];87(2):145-149. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/S0021-75572011000200010.

37. Rossetto V, Toso BRGO, Rodrigues RM, Viera CS, Neves ET. Cuidado desenvolvido às crianças com necessidades especiais de saúde nos serviços de atenção domiciliar no Paraná - Brasil. **Esc. Anna Nery** [Internet]. 2019 [acesso em: 23 jun. 2019];23(1):e20180067. Available from: http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2018-0067.

38. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Boletim Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde nº 17: **Avaliação dos indicadores nacionais das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) e Resistência Microbiana no ano de 2017**. [Internet]. 2018 [acesso em: 23

jun. 2019]. Disponível em: https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/category/boletins-estatisticos.

39. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Critérios Diagnósticos de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde**. [Internet] 2017 [acesso em: 23 jun. 2019]. Disponível em: https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/category/cursos-aulas-e-seminarios.

40. Junior CN, Padoveze MC, Lacerda RA. Governmental surveillance system of healthcare-associated infection in Brazil. **Rev. Esc. Enferm. USP.** [Internet]. 2014 [acesso em: 23 jun. 2019];48(4). Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420140000400012.

41. Russel D, Dowding DW, McDonald MV, Adams V, Rosati RJ, Larson EL, et al. Factors for compliance with infection control practices in home healthcare: findings from a survey of nurses' knowledge and attitudes toward infection control. **Am. J. Infect. Control.** [Internet] 2018 [acesso em: 23 jun. 2019];46(11). Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.ajic.2018.05.005.

42. Padoveze MC, Juskevicius LF, Santos TR, Nichiata LI, Ciosak SI, Bertolozzi MR. O conceito de vulnerabilidade aplicado às Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde. **Rev. Bras. Enferm.** [Internet]. 2019 [acesso em: 23 jun. 2019];72(1):299-303. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0584.

43. Joint Comission International – JCI. **International Patient Safety Goals.** [Internet] 2011 [acesso em: 23 jun. 2019]. Disponível em: www.jointcommissioninternational.org/assets/3/7/JCI_2017_IPSG_Infographic_062017.pdf.

44. Núcleo Nacional das Empresas de Serviços de Atenção Domiciliar - NEAD. Associação Nacional de Hospitais Privados. **Manual de Atenção Domiciliar**. [Internet] 2016 [acesso em: 23 jun. 2019]. Disponível em: http://www.neadsaude.org.br/nead-digital/Manual-de-Atencao-Domiciliar-ANAHP-NEAD/Manual-de-Atencao-Domiciliar-ANAHP-NEAD.pdf.

4 ESTUDO 2: CONTROLE DE INFECÇÃO NA ATENÇÃO DOMICILIAR: ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DO INSTRUMENTO *SURVEY OF INFECTION CONTROL IN HOME HEALTH CARE*

Infection Control in Home Care: Cross-cultural adaptation of the instrument *Survey of Infection Control in Home Health Care*

RESUMO

Objetivo: Adaptar o instrumento *Survey of Infection Control in Home Health Care* para a cultura brasileira.

Métodos: Estudo metodológico de adaptação transcultural. Foram realizadas as etapas de tradução, síntese, retrotradução e avaliação por comitê de especialistas.

Resultados: Duas rodadas de avaliação pelo comitê de especialistas foram necessárias para alcançarmos a concordância esperada. O Índice de Validade de Conteúdo geral foi de 0,97. Ao longo do processo foram excluídos três itens.

Conclusões: A versão pré-final do questionário “Pesquisa sobre controle de infecção na Atenção Domiciliar” alcançou validade de conteúdo satisfatória na avaliação dos especialistas. As etapas desenvolvidas contribuíram para as equivalências semântica, conceitual e cultural em relação ao instrumento original.

Palavras-chave: Serviços de Assistência Domiciliar, Controle de Infecção, Adaptação transcultural.

ABSTRACT

Objective: To adapt the “Survey of Infection Control in Home Health Care” instrument to Brazilian culture.

Methods: Methodological study of cross-cultural adaptation. The stages of translation, synthesis, back-translation and evaluation by a committee of experts were carried out.

Results: Two rounds of evaluation by the committee of experts were necessary to achieve the expected agreement. The Overall Content Validity Index was 0.97. During the process three items were excluded.

Conclusions: The pre-final version of the questionnaire *Pesquisa sobre controle de infecção na Atenção Domiciliar* reached satisfactory content validity in the evaluation

of specialists. The steps developed contributed to the semantic, conceptual and cultural equivalence of the original instrument.

Keywords: Home Health Care, Infection Control, Cross-cultural Adaptation.

INTRODUÇÃO

As infecções relacionadas à assistência à saúde – IRAS são eventos adversos comuns nos serviços de saúde e constituem um importante problema de saúde pública, com impacto na morbidade, mortalidade e qualidade de vida. Uma grande parte dessas infecções podem ser evitadas através de medidas efetivas de prevenção e controle de infecção[1] .

As IRAS não estão restritas aos hospitais. Tradicionalmente denominadas “infecções hospitalares”, a mudança na nomenclatura reflete a expansão do fenômeno para outras modalidades de assistência à saúde[2]. Assim, também são um problema na Atenção Domiciliar – AD, modalidade de atenção à saúde caracterizada por sua prestação no domicílio do paciente[3]. Estudo desenvolvido na Suécia identificou 271 (duzentos e setenta e um) eventos adversos – EA’s ocorridos entre 600 (seiscentos) pacientes da AD no período de um ano. A maioria dos EA’s (71,6%) foi considerada prevenível, e as IRAS foram os eventos mais frequentes[4]. Nos Estados Unidos da América – EUA, um estudo de proporção nacional com aproximadamente 200 mil pacientes assistidos por serviços de AD atribuiu 17% de todas as internações não planejadas no período de um ano às infecções[5]. Em revisão sistemática sobre a prevalência de infecções e fatores de risco na AD, os autores concluíram que os resultados encontrados variaram drasticamente entre os 25 (vinte e cinco) estudos incluídos, e a análise foi limitada por falhas metodológicas significativas. Entretanto, segundo os autores, a infecção é prevalente na AD e é provável que os riscos sejam influenciados por fatores socioambientais, como a capacidade do cuidador em prestar os cuidados necessários e as condições de limpeza e saneamento dos domicílios[6]. No Brasil, um estudo comparou a incidência de infecção geral entre crianças assistidas por um serviço de AD (11,1 por 1000 pacientes-dia) e internadas em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica – UTIP (15,3 por 1000 pacientes-dia). Apesar da AD apresentar um valor menor, essa diferença não foi considerada significativa[7].

O reconhecimento da ocorrência de IRAS em cenários extra hospitalares implica na necessidade de ampliar o conhecimento de medidas preventivas aos

profissionais de saúde que atuam nessas modalidades[8]. Entretanto, as evidências científicas são limitadas, e o conhecimento sobre soluções de controle de infecção nos ambientes extra-hospitalares se encontra em estágio inicial[9]. Pesquisadores norte-americanos afirmam que existem grandes lacunas no conhecimento sobre o controle de infecções na AD: as diretrizes se baseiam em opiniões de especialistas e evidências de ambientes hospitalares, e as estimativas de infecções na AD provavelmente são subestimadas[10]. No Brasil, pesquisas com enfoque em ações preventivas de infecções na AD são escassas[11].

Destaca-se estudo desenvolvido nos EUA que afirmou ser a adesão da equipe de enfermagem às práticas de controle de infecção na AD pouco investigada, apesar da importância da modalidade. Assim, os pesquisadores desenvolveram, validaram e aplicaram o instrumento – *Survey of Infection Control in Home Health Care* para avaliar a adesão às práticas de controle de infecção na AD e os conhecimentos e atitudes relacionados[12].

Dessa forma, percebe-se que o controle de infecção na AD é um tema pouco estudado no Brasil. A predileção pela adaptação transcultural de questionários previamente desenvolvidos e validados em outros países é recomendada na literatura, já que facilita a troca de informações e a divulgação do conhecimento científico[13] . Assim, o objetivo desse estudo é adaptar o instrumento *Survey of Infection Control in Home Health Care* à cultura brasileira.

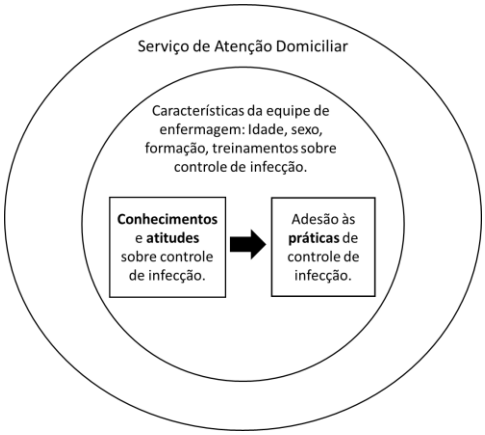
MÉTODOS

A escolha do instrumento *Survey of Infection Control in Home Health Care* – SICHHC justificou-se por ter sido o único instrumento sobre controle de infecção desenvolvido para a AD encontrado na literatura. Além disso, os autores concederam autorização para a pesquisa e disponibilizaram o instrumento sem ônus.

O SICHHC foi desenvolvido por pesquisadores norte-americanos e o seu objetivo é investigar a adesão autodeclarada da equipe de enfermagem às práticas de controle de infecção na AD e fatores associados. É composto originalmente por 52 (cinquenta e dois) itens, divididos em cinco seções: Elegibilidade do instrumento, Atitudes, Práticas, Conhecimentos e Questionário sociodemográfico. Sua elaboração baseou-se no Modelo Ecológico, que enfatiza a influência dos contextos social e organizacional no comportamento dos profissionais da saúde e na Teoria do

Comportamento Planejado, que sugere ser a adesão às práticas de controle de infecção influenciada positivamente por atitudes favoráveis e conhecimentos adequados[12]. Esses conceitos estão representados na Figura 1.

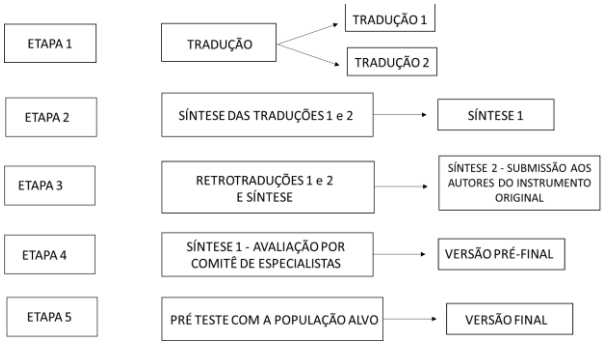
Figura 1 – Diagrama conceitual do instrumento Survey of Infection Control in Home Health Care.



Fonte: Adaptado de RUSSEL, 2018[12].

A utilização de um instrumento elaborado em outro contexto cultural requer uma avaliação prévia minuciosa quanto à equivalência com o original, dadas as diferenças entre definições, crenças e comportamentos[14]. O processo de adaptação transcultural seguiu as cinco etapas propostas por Beaton[15], conforme representado na Figura 2. Em revisão de artigos que descreviam o processo de adaptação transcultural de instrumentos pela enfermagem brasileira, foram incluídos 22 estudos. E em 20 deles, Beaton foi o referencial metodológico adotado[16].

Figura 2: Etapas do processo de Adaptação Transcultural.



Fonte: Adaptado de Beaton, 2000[15].

- ✓ **Etapa 1:** Tradução independente do instrumento (Inglês → Português) por dois tradutores nativos brasileiros. As traduções 1 e 2 foram os resultados dessa etapa;
- ✓ **Etapa 2:** As traduções 1 e 2 foram submetidas ao escrutínio dos pesquisadores e um participante externo com vistas à resolução das discrepâncias e construção da Síntese 1.
- ✓ **Etapa 3:** A Síntese 1 foi retrotraduzida (Português → Inglês) por dois tradutores independentes nativos norte-americanos sem acesso ao instrumento original. Resultaram duas versões que foram sintetizadas pelos pesquisadores em uma única versão – Síntese 2 e enviada aos autores do instrumento original.
- ✓ **Etapa 4:** Avaliação por comitê de especialistas. Nesta etapa todos os itens da Síntese 1, inclusive título e subtítulos, foram avaliados em relação às equivalências, comparando-os com o instrumento original. Optou-se pelo método Delphi, que possibilita a reunião de um conjunto de opiniões de especialistas e profissionais dispersos geograficamente e que atuam em diferentes instâncias e espaços, tendo como meta a busca de consensos. O processo de implementação desse método se dá em várias etapas[17]:

    - Escolha do grupo de especialistas;
    - Construção do questionário 1;
    - Contato com os especialistas e convite para a participação na pesquisa;
    - Envio do questionário;
    - Recebimento das respostas ao questionário 1;
    - Análise qualitativa e quantitativa das respostas;
    - Construção e envio do questionário 2 com *feedback*;
    - Recebimento das respostas ao questionário e sua análise;
    - Envio das seguintes rodadas de questionários, intercalando com as respectivas análises;
    - Final do processo e escrita do relatório final[17].

Os especialistas foram pré-selecionados por meio de análise dos currículos na Plataforma Lattes do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, dadas suas publicações na área e/ou reconhecida atuação em AD e/ou Controle de Infecção. A carta convite e as instruções, incluindo o questionário construído para a avaliação das equivalências, foram enviados aos especialistas pré-selecionados por meio eletrônico. Àqueles que concordaram em participar da pesquisa foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido –

TCLE e o preenchimento do quadro de critérios de seleção, apresentado a seguir, devendo-se atingir a pontuação mínima de quatro (4) pontos.

Quadro 1: Critérios de seleção para o comitê de especialistas.

Critérios de seleção para juízes especialistas	**Pontuação**
Autor de tese ou dissertação na temática Atenção Domiciliar, Controle de Infecção e/ou adaptação transcultural de instrumentos	3 pontos/trabalho (Máximo 6 pontos)
Autor de monografia de graduação ou especialização na temática	2 pontos/trabalho (Máx. 4 pontos)
Participação em grupos/ projetos de pesquisa na temática	1 pontos/participação (Máx. 2 pontos)
Autoria em trabalhos publicados sobre a temática	1 ponto/trabalho (Máx. 3 pontos)
Experiência docente na temática	1 ponto/ano (Máx. 3 pontos)
Atuação prática em Atenção Domiciliar ou Controle de Infecção	1 ponto/ano (Máx. 3 pontos)
Orientação de mestrado ou doutorado na temática	1 ponto/orientação (Máx. 2 pontos)
Participação em bancas avaliadoras de mestrado ou doutorado na temática	0,5 ponto/banca (Máx. 1 ponto)

Fonte: Adaptado de Freitas[18].

As equivalências avaliadas nessa etapa são definidas abaixo, baseadas na literatura[14-15]. Para cada equivalência foi definida uma escala Likert correspondente[17,19].

- ✓ Equivalência semântica: Relaciona-se à correspondência de sentido/significado de cada item (termos e palavras) da versão traduzida, comparada ao instrumento original. Não é obrigatória uma tradução literal, ou seja, que reproduza exatamente palavra por palavra, e sim uma tradução que mantenha o sentido do instrumento original. *O item traduzido corresponde ao item original?*

Escala Likert: 1. Corresponde totalmente; 2. Corresponde; 3. Indeciso; 4. Não corresponde; 5. Não corresponde totalmente.

- ✓ Equivalência conceitual: Avalia-se a pertinência/conformidade dos itens de cada seção do instrumento: elegibilidade, atitudes, práticas, conhecimentos e questionário sociodemográfico em relação aos seus conceitos e definições. *O item é pertinente à seção a qual pertence considerando o contexto – controle de infecção na Atenção Domiciliar?*

Escala Likert: 1. Totalmente pertinente; 2. Pertinente; 3. Indeciso; 4. Não pertinente; 5. Totalmente não pertinente.

- ✓ Equivalência cultural: Refere-se à adequação entre os aspectos culturais do país de origem do instrumento (Estados Unidos da América) e o país da versão adaptada (Brasil). *O item se adequa à cultura brasileira?*

Escala Likert: 1. Totalmente adequado; 2. Adequado; 3. Indeciso; 4. Inadequado; 5. Totalmente inadequado.

A concordância entre os especialistas foi verificada de forma quantitativa por meio do Índice de Validade de Conteúdo – IVC. O cálculo para cada item foi feito a partir da somatória de respostas “1” e “2” dividido pelo número total de respostas. A concordância aceitável entre os especialistas foi igual ou superior a 0,8[13,19]. Ressalta-se que ao escolher as opções “4” e “5”, era solicitado ao especialista que justificasse a sua escolha e se possível oferecesse uma sugestão mais adequada. Para os itens que não alcançaram a concordância alvo em pelo menos umas das equivalências, foi realizada uma nova rodada de avaliação pelos especialistas, após reformulação dos itens de acordo com as sugestões e justificativas (análise qualitativa) apresentadas na rodada anterior.

- ✓ **Etapa 5:** A versão pré-final foi submetida aos membros da população alvo do instrumento com o objetivo de verificar se os itens eram compreensíveis para os enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem da AD. A avaliação da compreensão foi realizada por meio da escala tipo Likert com 3 graduações: 1- Não entendi; 2- Confuso; 3- Entendi. Originalmente a escala Likert é composta por cinco opções, entretanto frequentemente são encontradas variações na literatura. Em questionários que envolvem muitas questões são sugeridas escalas menores a fim de reduzir a complexidade na tomada de decisão. Além disso, escalas com mais itens geralmente são indicadas quando os participantes dominam o assunto objeto de estudo[20], caso da

Etapa 4, na qual se optou por cinco graduações. A avaliação da compreensão entre os participantes será avaliada de forma quantitativa, por meio do Coeficiente de Kappa[19].

Os participantes dessa etapa foram escolhidos de forma intencional e abordados em seu local de trabalho, conforme a disponibilidade e concordância em participar da pesquisa. Os critérios de inclusão foram: tempo de atuação superior a seis meses na AD, aceitar participar do estudo e assinar o TCLE. Foram excluídos os profissionais que estavam ausentes no período da coleta de dados. O local do estudo foram os Serviços de Atenção Domiciliar – SAD da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.

O estudo foi registrado na Plataforma Brasil sob o número 98612718.0.0000.5553 e obteve parecer favorável após apreciação pelo comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde /FEPECS/SES/DF (parecer nº 2.988.509).

RESULTADOS

Os resultados das etapas 1 e 2 estão expostos no Apêndice 1, que contém as Traduções 1 e 2 e foi utilizado como ferramenta para construção da Síntese 1. Dentre os tradutores da Etapa 1, um era tradutor público e, portanto, forneceu uma tradução juramentada. O outro tinha vasta experiência na área da saúde. Participaram da Etapa 2, além dos pesquisadores, um enfermeiro brasileiro com formação avançada em língua inglesa. Resultou dessa etapa a Síntese 1, versão consensual após avaliação e discussão das discrepâncias, à luz da literatura da área.

Na etapa 3, as duas retrotraduções foram elaboradas a partir da Síntese 1 por tradutores nativos norte-americanos bilíngues (Inglês/ Português), sendo um com experiência na área da saúde e outro membro da *American Translators Association* – ATA. As retrotraduções foram condensadas na Síntese 2 pelos pesquisadores e submetida aos autores do SICHHC, que confirmaram a sua correspondência com o instrumento original – Anexo 1.

A carta convite foi enviada a 26 profissionais com reconhecida produção científica e/ou atuação na AD e/ou em Controle de Infecção, pré-selecionados por meio de avaliação do currículo publicizado pela Plataforma Lattes. Desses, onze (42%) concordaram em participar do comitê de especialistas – Etapa 4. Assim, o

comitê foi composto por oito enfermeiros (73%) e três médicos (27%), sendo dois pós-doutores (18%), cinco doutores (46%), três doutorandos (27%) e um mestre (9%). A pontuação em relação aos critérios de seleção apresentados no Quadro 1 variou de 07 a 18, com média de 12,4 pontos. A maioria dos especialistas era docente (73%) de instituições de ensino de diversas regiões do Brasil: Universidade Federal do Piauí, Universidade de São Paulo, Universidade Federal de São Carlos; Universidade Federal Fluminense; Universidade Federal de Goiás; Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo; Universidade de Brasília e Pontifícia Universidade Católica de Goiás.

Na primeira rodada de avaliação pelo comitê de especialistas, o IVC geral do instrumento foi satisfatório – 0,91. Do total de 58 itens, incluindo títulos e subtítulos, 45 (78%) obtiveram IVC almejado nas três equivalências: superior a 0,8. Isso significa que, para cada um desses 45 itens, oito ou mais especialistas optaram pelas respostas "Corresponde totalmente/ Corresponde", "Totalmente pertinente/ Pertinente" ou "Totalmente adequado/Adequado" nas três equivalências avaliadas. Os demais (13 itens, 22%) não alcançaram a taxa de concordância aceitável entre os especialistas em pelo menos uma das equivalências. Dentre esses, dois itens foram considerados inadequados à cultura brasileira e não foram encontradas formas de adaptação. Dessa forma, os itens 45 (IVC médio - 0,48) e 50 (IVC médio - 0,36) foram excluídos. Os 11 (onze) itens restantes foram adequados às sugestões dos especialistas e compuseram a segunda rodada de avaliação pelo comitê. Todos os itens reavaliados alcançaram um IVC superior a 0,8 em cada uma das equivalências. O IVC geral do instrumento saltou de 0,91 na primeira rodada para 0,97 após a segunda. Os resultados parciais da Etapa 4 estão elencados no Quadro 5. Os dados da etapa 5 ainda estão sendo coletados, e os seus resultados serão apresentados posteriormente. A versão pré-final da "Pesquisa sobre Controle de Infecção na Atenção Domiciliar" é apresentada no Apêndice 3.

DISCUSSÃO

A adaptação transcultural é um processo indispensável para que instrumentos possam ser utilizados de forma confiável em diferentes contextos linguísticos e culturais[14,21]. As etapas desta pesquisa foram desenvolvidas de forma a garantir as equivalências conceitual, semântica e cultural entre o instrumento original

e a versão adaptada para o Brasil. Para tanto, as cinco etapas propostas por Beaton[15] foram cuidadosamente reproduzidas e documentadas.

As principais discrepâncias encontradas ao comparar as Traduções 1 e 2 se relacionaram às diferentes nomenclaturas relacionadas à AD no Brasil e seus prestadores e aos graus de formação e categorias profissionais da enfermagem nos dois países. Convém ressaltar que a resolução dessas divergências, à luz de publicações dos dois países, são adaptações que contribuem para a equivalência entre as versões do instrumento[14]. Isso posto, na Etapa 2, a primeira adaptação realizada no instrumento foi no seu título, porém com repercussão para todo o instrumento e a sua aplicabilidade. O termo *Home Health Care* foi traduzido como "*Home Care* (Assistência Domiciliar)" e "Assistência Médica Domiciliar". De forma consensual, optou-se pela adoção do termo "Atenção Domiciliar – AD". Apesar de não ter sido proposto pelos tradutores, a escolha se baseou em regulamentações da modalidade assistencial. Essa adaptação foi aceita pelos especialistas que participaram da Etapa 4 – IVC médio de 0,91 na primeira rodada de avaliação. Observa-se a similaridade entre as definições de *Home Health Care* e "Atenção Domiciliar":

> *Home Health Care*: conjunto de serviços médicos, terapêuticos e outros prestados na casa do paciente ou outro ambiente residencial com a finalidade de promoção, manutenção e recuperação da saúde ou maximização do grau de independência enquanto minimiza os efeitos de doenças ou deficiências, incluindo doenças terminais[22].
>
> Atenção Domiciliar: modalidade de atenção à saúde integrada às Rede de Atenção à Saúde (RAS), caracterizada por um conjunto de ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, paliação e promoção à saúde, prestadas em domicílio, garantindo continuidade de cuidados[3].

A assistência prestada no domicílio do paciente nos EUA – *Home Care Services*, país de origem do instrumento original, contempla os seguintes serviços: *Home Health Care*, *Home Infusion Therapy* e *Hospice Care*. A definição do primeiro termo já foi apresentada nesta pesquisa. O segundo serviço se destina à administração de terapias medicamentosas no domicílio, como quimioterapia, antibioticoterapia, analgesia e nutrição parenteral. O último se refere a um programa de cuidados paliativos que incluem cuidados físicos, psicológicos, sociais e espirituais destinados ao paciente em fim de vida, seus familiares e outros entes queridos, prestados no domicílio (*Home Hospice Care*) ou em outros serviços de internação[21,23].

No Brasil, a definição de AD consta na portaria em vigor do Ministério da Saúde e se aplica ao Sistema Único de Saúde – SUS. Importante salientar que nesse cenário a AD é composta por três modalidades, a depender da intensidade e frequência de cuidados requeridos em cada caso, inclusive a necessidade de equipamentos: Atenção Domiciliar 1 – AD1, Atenção Domiciliar 2 – AD2 e Atenção Domiciliar – AD3. A AD1 se destina a usuários que requerem cuidados com menor frequência e com menor necessidade de intervenções multiprofissionais e é prestada pelas equipes da Atenção Básica, por meio de acompanhamento regular no domicílio. Para a AD2 e AD3 são elegíveis os pacientes com necessidade de procedimentos mais complexos e uso de recursos/insumos contínuos ou temporários. A AD3 se distingue por agregar o uso de equipamentos e procedimentos mais complexos, como a ventilação mecânica, demandando maiores períodos de acompanhamento profissional no domicílio[3].

Na assistência suplementar à saúde, a AD pode ser oferecida pelos planos de saúde como substituição à internação hospitalar. Caso o plano de saúde não ofereça a modalidade, deverá manter o beneficiário internado até a sua alta hospitalar. Se oferecer, deve obedecer ao “Regulamento técnico de funcionamento dos serviços que prestam Atenção Domiciliar” da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA[24]. Esse regulamento se aplica a serviços públicos e privados e prevê duas modalidades de AD: Assistência Domiciliar e Internação Domiciliar. Além disso, apresenta algumas definições:

> - Atenção domiciliar: termo genérico que envolve ações de promoção à saúde, prevenção, tratamento de doenças e reabilitação desenvolvidas em domicílio.
> - Assistência domiciliar: conjunto de atividades de caráter ambulatorial, programadas e continuadas desenvolvidas em domicílio.
> - Internação Domiciliar: conjunto de atividades prestadas no domicílio, caracterizadas pela atenção em tempo integral ao paciente com quadro clínico mais complexo e com necessidade de tecnologia especializada.
> - Serviço de Atenção Domiciliar – SAD: instituição pública ou privada responsável pelo gerenciamento e operacionalização de assistência e/ou internação domiciliar[25].

Dessa forma, pode-se concluir que a AD no Brasil engloba serviços públicos e privados com diferentes complexidades de cuidados, recursos tecnológicos e prestadores, conforme sintetizado no Quadro 2. A adoção do termo “Atenção Domiciliar” na Síntese 2 torna todos esses serviços elegíveis para a utilização da versão brasileira do instrumento SICHHC.

Quadro 2: Modalidades da Atenção Domiciliar no Brasil.

Atenção Domiciliar - AD			
Serviços públicos e privados[25]		**SUS[3]**	
Modalidades	**Prestadores**	**Modalidades**	**Prestadores**
Assistência Domiciliar	SAD	AD1	Atenção Básica
Internação Domiciliar		AD2 e AD3	SAD

Fonte: Dados da pesquisa.

Outra adaptação realizada na Etapa 2 se referiu ao termo “Serviço de Atenção Domiciliar”, adotado na síntese 1 no Item 2 – Seção Elegibilidade do instrumento e demais itens que se referiam ao prestador da AD. As traduções sugeridas foram: “Empresa de Assistência Domiciliar” e “Agência de Atendimento Domiciliar”. No âmbito do SUS, os Serviços de Atenção Domiciliar – SAD são responsáveis pelas modalidades AD2 e AD3 e são definidos como um serviço substitutivo ou complementar à internação hospitalar e complementar aos cuidados realizados na atenção básica e em serviços de urgência[3]. Outra definição de SAD, descrita anteriormente, contempla todos os serviços públicos ou privados que prestam AD[25]. O IVC médio do Item 2 foi de 0,85 na primeira rodada, revelando que os especialistas concordaram com a adoção do termo. Apesar da modalidade AD1 ser prestada pela Atenção Básica e não por um SAD, acredita-se que o instrumento objeto desta pesquisa possa ser utilizado por todos os prestadores de AD, já que as práticas, conhecimentos e atitudes relacionados ao controle de infecção são os mesmos e contemplam as atividades assistenciais realizadas no domicílio do paciente.

O item 1, seção - Elegibilidade do instrumento, aborda a enfermagem e suas categorias. Para alcançar o IVC mínimo de 0,8 nas três equivalências foram necessárias duas rodadas de avaliação pelo comitê. O quadro 3 apresenta as modificações realizadas no item ao longo desta pesquisa.

Quadro 3: Item 1 e suas versões ao longo da pesquisa.

Versão original	Tradução 1	Tradução 2	Síntese 1	Versão após a 1ª rodada do comitê de especialistas	Versão pré-final
Are you a licensed Registered Nurse (RN)? ___ Yes ___ No	Você é afiliado a alguma entidade de Classe? ___ Sim. ___ Não.	Você é formado (a) em enfermagem e está inscrito no Conselho? ___ Sim. ___ Não.	Você é formado (a) em enfermagem? ___ Sim. ___ Não.	Qual a sua formação? ___ Graduação em Enfermagem. ___ Curso técnico em Enfermagem.	Qual a sua profissão? ___ Auxiliar de Enfermagem. ___ Técnico de Enfermagem. ___ Enfermeiro.

Fonte: Dados da pesquisa.

A tradução literal do item seria “Você é um enfermeiro licenciado e registrado?”. Entretanto, após discussões entre os pesquisadores e sugestões apresentadas pelos especialistas, optou-se por incluir nesse item todos os profissionais elegíveis para a utilização do instrumento – todas as categorias da Enfermagem, conforme afirmam os próprios autores[12]. Foi observado que a tradução literal induziria ao entendimento de que a utilização do instrumento se restringe à categoria Enfermeiro. Assim, optou-se pela Síntese 1, entretanto, essa versão não foi bem aceita na primeira rodada de avaliação pelos especialistas (IVC médio - 0,67). O item foi então readequado conforme as sugestões apresentadas pelo comitê e submetido à segunda rodada. Embora tenha obtido o IVC desejado (IVC médio 2ª rodada - 1), foi constatado que o item não contemplava a categoria Auxiliar de enfermagem. Assim, o item foi modificado pelos pesquisadores. As discussões referentes a esse item se basearam nas diferenças entre as equipes de enfermagem no Brasil e nos EUA, resumidas no quadro 4. Vale ressaltar que nos EUA, especificamente no Estado de Nova York, onde o instrumento foi desenvolvido, validado, testado e aplicado, os profissionais da enfermagem são licenciados por meio de exame pelo conselho nacional da profissão: *National Council Licensure Examination – NCLEX* e posteriormente registrados no que seria o departamento estadual de educação – *New York State/Education Departament/Office of the Professions*[26]. No Brasil, as categorias da enfermagem estão definidas na lei federal que regulamenta o exercício da profissão. A legalidade do exercício é conferida ao profissional, ao inscrever-se no Conselho Regional de Enfermagem – COREN da jurisdição onde atua[27].

Quadro 4: Graus de formação e carreira profissional na Enfermagem nos EUA e no Brasil.

<table>
<tr><th></th><th colspan="2">Estados Unidos da América - EUA*</th><th colspan="2">Brasil</th></tr>
<tr><th>Graus de escolaridade</th><th>Graus de formação em Enfermagem</th><th>Categorias de Enfermagem</th><th>Graus de formação em Enfermagem</th><th>Categorias de Enfermagem (registradas no Conselho**)</th></tr>
<tr><td rowspan="2">Nível médio</td><td rowspan="2">LPN Program</td><td rowspan="2">Licensed Practical Nurse – LPN</td><td>Curso de formação em Auxiliar de Enfermagem</td><td>Auxiliar de Enfermagem</td></tr>
<tr><td>Curso Técnico de Enfermagem</td><td>Técnico de Enfermagem</td></tr>
<tr><td rowspan="3">Graduação</td><td>Associate Degree in Nursing - ADN</td><td rowspan="3">Registered Nurse - RN</td><td rowspan="3">Graduação em Enfermagem</td><td rowspan="5">Enfermeiro</td></tr>
<tr><td>Associate of Science in Nursing - ASN</td></tr>
<tr><td>Bachelor of Science in Nursing - BSN</td></tr>
<tr><td rowspan="3">Pós-graduação</td><td>Master of Science in Nursing - MSN</td><td>Nurse Practitioner - NP</td><td>Especialização em Enfermagem</td></tr>
<tr><td>Master of Science in Nursing - MSN</td><td rowspan="2">Clinical Nurse Specialist - CNS</td><td>Mestrado em Enfermagem</td></tr>
<tr><td>Doctor of Nursing Practice - DNP</td><td>Doutorado em Enfermagem</td></tr>
</table>

* Especificamente no Estado de Nova York.
**Não foi considerada a categoria Parteiro.
Nos Estados da Califórnia e do Texas é utilizado o termo *Licensed Vocacional Nurse* – LVN ao invés de LPN.
RN – Pré-requisito para NP ou CNS. BSN – Pré-requisito para MSN e DNP.
Fontes: http://www.op.nysed.gov/prof/nurse/ e http://www.cofen.gov.br

De forma geral, o instrumento alcançou um IVC geral aceitável – 0,91 na primeira rodada de avaliação pelo comitê de especialistas. Entretanto, optou-se por considerar o IVC de cada item em cada equivalência avaliada como forma de garantir maior qualidade ao instrumento. Assim, treze itens compuseram a segunda rodada de avaliação. Dentre esses, sete itens (54%) estavam contidos nas seções “Elegibilidade do instrumento” e “Questionário sociodemográfico”. Considerando o total de itens das duas seções – quatorze, a metade alcançou o IVC desejado na 1ª rodada, conforme exposto no Quadro 5. Alguns conteúdos relacionados a esses itens já foram discutidos anteriormente, como o Item 1 referente às categorias da

Enfermagem, cuja discussão englobou os níveis de escolaridade, abordados no Item 47. No item 4 alterou-se a palavra “chefe” para “gestor”, conforme sugerido. O Item 52 se referia as formas de contratação dos profissionais e por isso foi adaptado ao cenário brasileiro. Assim, os itens 1, 4, 47 e 52 obtiveram o IVC esperado após reavaliação pelo comitê. O item 46, que aborda a raça ou cor da pele, também obteve o resultado esperado após a segunda rodada. Entretanto, após reflexões sobre o item, optou-se por excluí-lo. Inicialmente, a manutenção do item foi sustentada pelos pesquisadores em respeito à Portaria do Ministério da Saúde, que determina a inclusão do quesito raça/cor em todos os instrumentos de coleta de dados adotados pelos serviços públicos e pesquisas de saúde junto aos serviços conveniados ou contratados pelo SUS. Essa determinação se refere à autodeclaração de raça/cor do usuário do SUS e não do profissional[28]. *Razões de raça não são estudadas nesse sentido no Brasil*, alertou um especialista. Dessa forma, apesar de obter o IVC esperado, o item 46 foi excluído.

Os itens 45 e 50 também foram excluídos na primeira rodada. Não foram encontradas formas de adaptá-los à cultura brasileira, reflexo da baixa equivalência cultural desses itens apontada pelo comitê (0,18 e 0,09 respectivamente). O item 45 questionava se o profissional da enfermagem era hispânico ou latino, talvez reflexo do grande número de imigrantes naquele país. Já o item 50 se referia ao tempo em que o profissional trabalhava para o *Visiting Nurse Service of New York* – VNSNY, uma organização de cuidados domiciliares dos EUA, sem fins lucrativos, com aproximadamente 1500 (um mil e quinhentos) profissionais da enfermagem credenciados, considerada a maior do país[29]. Originalmente, o instrumento SICHHC se destinou a coletar dados entre os profissionais do VNSNY, o que justifica a presença do item. Na versão brasileira do instrumento, optou-se por não restringir o instrumento a nenhum serviço ou organização específica. Assim, acredita-se que a exclusão dos itens 45 e 50 não causa prejuízos à versão brasileira e foi fortemente sugerida pelos especialistas.

Quadro 5: Itens que não alcançaram o IVC alvo na primeira rodada do comitê de especialistas.

Seções e número de itens de cada seção	Itens com IVC < 0,8 em pelo menos uma equivalência na 1ª rodada	IVC médio do item e IVC por equivalência (semântica, conceitual e cultural) 1ª rodada	Itens excluídos	IVC médio do item e IVC por equivalência (semântica, conceitual e cultural) 2ª rodada
Critérios de elegibilidade (4 itens)	1	**0,67** (**0,64**; **0,73**; **0,64**)		1(1; 1; 1)
	4	**0,76** (0,82; **0,73**; **0,73**)		1(1; 1; 1)
Práticas (18 itens)	5	**0,79** (**0,73**; 0,91; **0,73**)		1(1; 1; 1)
	15	**0,79** (0,82; 0,82; **0,73**)		0,95 (1; 0,87; 1)
	16	0,82 (**0,73**; 0,91; 0,82)		0,95 (1; 0,87; 1)
	17	**0,79** (**0,64**; 0,91; 0,82)		0,95 (1; 0,87; 1)
Atitudes (13 itens)	32	0,82 (0,91; 0,91; **0,64**)		1(1; 1; 1)
Conhecimentos (7 itens)	40	**0,46** (**0,55**; **0,55**; **0,27**)		0,95 (1; 1; 0,87)
Questionário sociodemográfico (10 itens)	45	**0,48** (0,82; **0,45**; **0,18**)	**X**	**X**
	46	**0,76** (0,82; 0,82; **0,64**)	**X***	0,95 (0,87; 1; 1)
	47	0,79 (0,82; 0,91; **0,64**)		0,95 (0,87; 1; 1)
	50	**0,36** (**0,64**; **0,36**; **0,09**)	**X**	**X**
	52	0,88 (1; 0,91; **0,73**)		1(1; 1; 1)

Destacados em negrito os IVC's não aceitos (IVC <0,8). *Item excluído após a 2ª rodada.
Fonte: Dados da pesquisa.

As seções "Atitudes", "Práticas" e "Conhecimentos" correspondem aos domínios relacionados à temática Controle de Infecção na AD propriamente dita. Do total de 38 itens contidos nessas seções, a maioria (32 itens ou 84%) obteve o IVC almejado em cada equivalência na primeira rodada do comitê, contrapondo-se com o resultado alcançado nas outras seções, nas quais a metade dos itens foram submetidos à segunda rodada. O principal conteúdo abordado nesses itens são as precauções padrão, compostas pelas seguintes medidas: higiene das mãos, uso de Equipamentos de Proteção Individual – EPI's e descarte adequado de resíduos perfurocortantes. As precauções padrão são consideradas as principais medidas para a prevenção e controle de infecções e estão amparadas em recomendações com forte evidência de instituições internacionais como a Organização Mundial de Saúde – OMS e *Centers for Disease Control and Prevention* – CDC[1,9,30-32], o que talvez justifique a maior concordância entre os especialistas do comitê nessas seções. Ao considerar os seis itens das seções "Atitudes", "Práticas" e "Conhecimentos" que compuseram a segunda rodada, observou-se que os especialistas inicialmente concordaram com a equivalência conceitual, exceto em referência ao item 40, e sugeriram ajustes na

escrita dos itens, de forma a torná-los mais facilmente compreensíveis, com exceção dos itens 32 e 40.

O item 32 relacionava uma série de produtos que deveriam estar disponíveis para os profissionais ao visitar os pacientes. Os especialistas alegaram que alguns produtos, ou a sua forma de apresentação, não se aplicavam ao contexto da AD no Brasil. Assim, “Kit para diagnóstico rápido de *Staphylococcus Aureus* resistentes à meticilina – MRSA” foi excluído; e “lenços de clorexidina” foi adaptado para “Soluções à base de clorexidina”. Assim, o IVC médio do item variou de 0,82 para 1 após a segunda rodada. O item 40 por sua vez se referia à “*nursing bag*” – versão original ou “bolsa de enfermagem” – Síntese 1. Os termos causaram confusão entre os especialistas, que justificaram não ser usual no Brasil ou que poderia ser confundido com a bolsa de artigos pessoais do profissional. Assim, optou-se por incluir a definição e a finalidade da “bolsa de enfermagem”: recipiente ou objeto no qual os insumos necessários à assistência ao paciente são transportados. Apesar da baixa concordância desse item (IVC médio 1ª rodada – 0,46), optou-se por não o excluir, dada a sua importância e por ser possível adaptá-lo. A segunda rodada de avaliação do comitê demonstrou boa aceitação após os reajustes (IVC médio 2ª rodada – 0,95). Ainda que o termo não seja usual no Brasil, os insumos relacionados à assistência precisam de alguma forma serem transportados da sede do SAD para a residência do usuário ou vice-versa. A manutenção desse item pode despertar a atenção dos profissionais para a forma como isso é feito, já que as “bolsas de enfermagem” na AD podem ser reservatórios de microrganismos multirresistentes[33].

O tamanho do questionário utilizado para avaliação das equivalências pelo comitê de especialistas pode ter motivado viés nos resultados. Na primeira rodada, foram avaliados 56 itens (incluindo título e subtítulos) com cinco opções de resposta para cada. A extensão do questionário pode predispor os participantes a manter a mesma resposta ao longo do seu preenchimento[20]. Na segunda rodada, o número de itens foi reduzido de 56 para 11, o que pode ter reduzido o risco desse viés. Outra limitação desse estudo foi a redução do número de especialistas da primeira para a segunda rodada – de onze para oito. Por fim, os resultados da Etapa 5 do processo de adaptação transcultural não estão contidos neste estudo. Essa etapa visa à avaliação da compreensão do instrumento por sua população alvo, e os dados ainda estão sendo coletados.

CONCLUSÕES

Ao final deste estudo, obtivemos a versão pré-final do questionário “Pesquisa sobre controle de infecção na Atenção Domiciliar”. As etapas de tradução, síntese, retrotradução e avaliação por comitê de especialistas contribuíram para as equivalências semântica, conceitual e cultural entre as versões original e adaptada à língua portuguesa e cultura brasileira. Na análise dos especialistas, os resultados demostraram satisfatória validade de conteúdo. A avaliação da compreensão da versão pré-final pela população alvo está em andamento e completará o processo de adaptação transcultural.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization – WHO. **Guidelines on core components of infection prevention and control programmes at the national and acute health care facility level**. Geneva: World Health Organization; 2016. [Internet] 2016 [acesso em: 23 jun. 2019]. Disponível em: https://www.who.int/gpsc/core-components.pdf.

2. Padoveze MC, Juskevicius LF, Santos TR, Nichiata LI, Ciosak SI, Bertolozzi MR. The concept of vulnerability applied to Healthcare-associated Infections. **Rev Bras Enferm** [Internet]. 2019 2016 [acesso em: 23 jun. 2019]; 72(1):299-303. Disponível em: DOI http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0584.

3. Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016**. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. [Internet] Brasília: Ministério da Saúde; 2016 [acesso em: 23 jun. 2019]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html.

4. Schildmeijer KGI, Unbeck M, Ekstedt M, Lindblad M, Nilsson L. Adverse events in patients in home healthcare: a retrospective record review using trigger tool methodology. **BMJ Open**. [Internet] 2018 [acesso em: 23 jun. 2019];8(1). Disponível: https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-019267.

5. Shang J, Larson E, Liu J, Stone P. Infection in home health care: Results from national Outcome and Assessment Information Set data. Shang, Jingjing et al. **Am. J. Infect. Control.** [Internet] 2015 [acesso em: 23 jun. 2019];43(5). Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.ajic.2014.12.017.

6. Shang J, Ma C, Poghosyan L, Dowding D, Stone P. The prevalence of infections and patient risk factors in home health care: A systematic review. Am. **J. Infect. Control.** [Internet] 2014 [acesso em: 23 jun. 2019];42(5). Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.ajic.2013.12.018.

7. Silva, ARA. **Infecções relacionadas à assistência domiciliar (Home Care) e em unidades de tratamento intensivo pediátricos**. [tese] Instituto Oswaldo Cruz, Pós-Graduação em Pesquisa Clínica em Doenças Infecciosas. [Internet] 2010 [acesso em: 23 jun. 2019]. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/xmlui/handle/icict/9311.

8. Padoveze MC, Figueiredo RM. The role of primary care in the prevention and control of healthcare associated infections. **REEUSP** [Internet]. 2014 [acesso em: 23 jun. 2019]; 48(6):1137-44. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0080-623420140000700023.

9. Organização Mundial da Saúde. Higiene das Mãos na Assistência à Saúde Extra-hospitalar e Domiciliar e nas Instituições de Longa Permanência - Um **Guia para a Implementação da Estratégia Multimodal da OMS para a Melhoria da Higiene das Mãos e da Abordagem "Meus 5 Momentos para a Higiene das Mãos"**. Tradução de OPAS – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. [Internet]. Dec 2014 [acesso em: 23 jun. 2019]. Disponível em: https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/assistencia-a-saude-extra-hospitalar-e-domiciliar-e-nas-instituicoes-de-longa-permanencia.

10. Shang J, Dick AW, Larson EL, Stone PW. A research agenda for infection prevention in home healthcare. **Am. J. Infect. Control.** [Internet] 2018 [acesso em: 23 jun. 2019];46(9). Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.ajic.2018.03.010.

11. Valle, ARMC. **Competências do enfermeiro para ações preventivas na atenção domiciliar com ênfase nos riscos de infecção** [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. [Internet] 2013 [acesso em: 23 jun. 2019]. Disponível em: https://doi.org/10.11606/T.22.2013.tde-26092013-182224.

12. Russel D, Dowding DW, McDonald MV, Adams V, Rosati RJ, Larson EL, et al. Factors for compliance with infection control practices in home healthcare: findings from a survey of nurses' knowledge and attitudes toward infection control. **Am. J. Infect. Control.** [Internet] 2018 [acesso em: 23 jun. 2019];46(11). Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.ajic.2018.05.005.

13. Coluci MZO, Alexandre NMC, Milani D. Construção de instrumentos de medida na área da saúde. **Ciênc. saúde coletiva** [Internet]. 2015 [acesso em: 23 jun. 2019];20(3):925-936. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015203.04332013.

14. Reichenheim ME, Moraes CL. Operacionalização de adaptação transcultural de instrumentos de aferição usados em epidemiologia. **Rev. Saúde Pública** [Internet]. 2007 [acesso em: 23 jun. 2019];41(4):665-673. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102006005000035.

15. Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. **SPINE** [Internet]. 2000 [acesso em: 23 jun. 2019];25(24):3186-3191. Disponível em: https://doi.org/10.1097/00007632-200012150-00014.

16. Lino CRM, Brüggemann OM, Souza ML, Barbosa SFF, Santos EKA. Adaptação transcultural de instrumentos de pesquisa conduzida pela enfermagem do Brasil: uma revisão integrativa. **Texto Contexto Enferm.** [Internet]. 2017 [acesso em: 23 jun. 2019];26(4). Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017001730017.

17. Marques JBV, Freitas D. Método DELPHI: caracterização e potencialidades na pesquisa em Educação. **Pro-Posições** [Internet] 2018 [acesso em: 23 jun. 2019];29(2):389-415. Disponível em: https://dx.doi.org/10.1590/1980-6248-2015-0140.

18. Freitas LV, Teles LMR, Lima TM, Vieira NFC, Barbosa RCM, Pinheiro AKB et al. Exame físico no pré-natal: construção e validação de hipermídia educativa para a Enfermagem. **Acta paul. enferm.** [Internet]. 2012 [acesso em: 23 jun. 2019];25(4):581-588. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002012000400016.

19. Alexandre NMC, Coluci MZO. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciênc. saúde coletiva** [Internet]. 2011 [acesso em: 23 jun. 2019];16(7):3061-3068. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000800006.

20. Dalmoro M, Vieira KM. Dilemas na construção de escalas Tipo Likert: o número de itens e a disposição influenciam nos resultados? **Revista Gestão Organizacional.** [Internet]. 2013 [acesso em: 23 jun. 2019];6:161-174. Disponível em: http://dx.doi.org/10.22277/rgo.v6i3.1386.

21. Tuthill EL, Butler LM, McGrath JM, Cusson RM, Makiwane GN, Gable RK, et al. Cross-cultural adaptation of instruments assessing breastfeeding determinants: a multi-step approach. **Int Breastfeed J.** [Internet]. 2014 [acesso em: 23 jun. 2019];9:(16). Disponível em: https://doi.org/10.1186/1746-4358-9-16.

22. U.S. Departament of health and human services - Centers for Disease Control and Prevention. National Center for Health Statistics Characteristics and Use of Home Health Care by Men and Women Aged 65 and Over, by Adrienne L. Jones, B.S.; Lauren Harris-Kojetin, Ph.D.; and Roberto Valverde, M.P.H., Division of Health Care Statistics. **National Health Statistics Reports.** [Internet]. 2012 [acesso em: 23 jun. 2019];52. Disponível em: https://www.cdc.gov/nchs/data/nhsr/nhsr052.pdf.

23. Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology. **APIC - HICPAC Surveillance Definitions for Home Health Care and Home Hospice Infections**. [Internet] 2008 [acesso em: 23 jun. 2019]. Disponível em: http://www.apic.org/Resource_/TinyMceFileManager/Practice_Guidance/HH-Surv-Def.pdf.

24. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar **Resolução Normativa - RN nº 428, de 7 de novembro de 2017**. Atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura assistencial mínima nos planos privados de assistência à saúde, contratados a partir de 1º de janeiro de 1999. [Internet] 2017 [acesso em: 23 jun. 2019]. Disponível em:

http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MzUwMg==.

25. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução RDC nº 11, de 26 de janeiro de 2006**. Dispõe sobre o Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que prestam Atenção Domiciliar. [Internet] 2006 [acesso em: 23 jun. 2019]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2006/res0011_26_01_2006.html.

26. New York State. Education Department. Office of the Professions. **Nursing**. [acesso em: 23 jun. 2019]. Disponível em: http://www.op.nysed.gov/prof/nurse/.

27. Brasil. Presidência da República. **Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986**. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. [Internet] 1986 [acesso em: 23 jun. 2019]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L7498.htm.

28. Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria nº 344, de 1º de fevereiro de 2017**. Dispõe sobre o preenchimento do quesito raça/cor nos formulários dos sistemas de informação em saúde. [Internet] 2017 [acesso em: 23 jun. 2019]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0344_01_02_2017.html.

29. **Visiting Nurse Service of New York**. [acesso em: 23 jun. 2019]. Disponível em: https://www.vnsny.org/.

30. World Health Organization – WHO. **WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care**. First Global Patient Safety Challenge Clean Care is Safer Care. Geneva: World Health Organization. [Internet] 2009 [acesso em: 23 jun. 2019]. Disponível em: https://www.who.int/gpsc/5may/background/5moments/en/.

31. Siegel JD, Rhinehart E, Jackson M, Chiarello L, and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee, 2007 Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings. **2007 Guideline for Isolation Precautions**: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings. [Internet] 2007 [acesso em: 23 jun. 2019]. Disponível em: https://www.cdc.gov/niosh/docket/archive/pdfs/NIOSH-219/0219-010107-siegel.pdf.

32. World Health Organization – WHO. **Save Lives**: Clean Your Hands. Guide to implementation. A Guide to the Implementation of the WHO Multimodal Hand Hygiene Improvement Strategy. Geneva: World Health Organization. [Internet] 2009 [acesso em: 23 jun. 2019]. Disponível em: https://www.who.int/gpsc/5may/tools/system_change/en/.

33. Bakunas-Kenneley I, Madigan EA. Infection prevention and control in home health care: The nurse's bag. **Am. J. Infect. Control.** [Internet] 2009 [acesso em: 23 jun. 2019];37(8). Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.ajic.2009.03.004.

5 PRODUTO DESENVOLVIDO: PESQUISA SOBRE CONTROLE DE INFECÇÃO NA ATENÇÃO DOMICILIAR – MANUAL DE UTILIZAÇÃO

O instrumento *Survey of Infection Control in Home Health Care* foi desenvolvido por pesquisadores norte-americanos e o seu objetivo é investigar a adesão da equipe de enfermagem às práticas de controle de infecção na Atenção Domiciliar – AD e fatores associados. É composto originalmente por 52 itens, divididos em cinco seções: critérios de elegibilidade, conhecimentos, atitudes, práticas e questionário sociodemográfico. A população alvo do instrumento é a equipe de enfermagem dos serviços de Atenção Domiciliar – SAD (RUSSEL *et al.,* 2018).

Após o processo de adaptação transcultural, a versão brasileira do instrumento – Pesquisa sobre Controle de Infecção na Atenção Domiciliar, totalizou 49 itens, já que três foram excluídos por não se adaptarem à cultura brasileira. Enfatiza-se que a adaptação foi realizada com a participação de tradutores brasileiros, retrotradutores nativos norte-americanos, especialistas e pesquisadores em controle de infecção e/ou AD e profissionais de enfermagem da AD. Seguiram-se, portanto, todos os passos metodológicos recomendados internacionalmente (BEATON *et al.*, 2000).

A utilização do instrumento – Pesquisa sobre Controle de Infecção na Atenção Domiciliar apresenta vários possíveis benefícios:

- Identificação da adesão autorreferida às práticas de controle de infecção na AD;
- Identificação dos níveis de conhecimento sobre a temática e o quanto estes saberes estão incorporados pelos profissionais, por meio de suas atitudes e práticas;
- A exposição ao instrumento pode sensibilizar os profissionais e assim influenciar comportamentos mais seguros, para si próprios e para os pacientes sob seus cuidados;
- Os resultados da pesquisa podem sensibilizar também os gestores do SAD ao identificar condições de trabalho que dificultam ou impedem a adesão às práticas e consequentemente podem aumentar as chances de ocorrência de eventos adversos infecciosos. Além disso, pode constituir uma importante ferramenta para o planejamento de atividades educativas.

Controle de Infecção na Atenção Domiciliar – Por que pesquisar?

Tradicionalmente, o termo “Infecção hospitalar” se refere à infecção adquirida após a admissão do paciente e que se manifesta durante a internação ou após a alta, quando puder ser relacionada com a internação ou procedimentos hospitalares (BRASIL, 1998). A mudança de nomenclatura para Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde – IRAS, incorpora infecções adquiridas em outras modalidades de atenção à saúde e reflete uma tendência de ampliação da abrangência do fenômeno, extrapolando a assistência hospitalar (PADOVEZE *et al*., 2019).

Nos Estados Unidos da América – EUA, a *Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology* – APIC e o *Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee* – HICPAC, definem a Infecção Relacionada à Assistência Domiciliar como aquela que não estava presente e nem incubada no momento da admissão do paciente no serviço de AD. Infecções manifestadas em até 48 horas após a admissão são reportadas ao serviço de saúde que previamente assistia ao paciente (APIC; EMBRY; CHINNES, 2008).

Desde 2006, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA determina que todo SAD elabore e implemente um Programa de Prevenção de Controle de Infecção e Eventos Adversos – PCPIEA. O objetivo é a redução da incidência e gravidade desses eventos (BRASIL, 2006). O programa é uma importante ferramenta para sistematizar e operacionalizar as ações de controle de infecção.

As IRAS são eventos adversos comuns nos serviços de saúde e são responsáveis por considerável elevação nos custos do cuidado prestado ao paciente, além de aumentar o tempo de internação, a morbidade e a mortalidade (BRASIL, 2017). Uma grande parte dessas infecções poderiam ser evitadas por meio de ações efetivas de prevenção e controle de infecção (WHO, 2016). As principais medidas relacionadas ao profissional e ao SAD estão contempladas na Pesquisa sobre Controle de Infecção na Atenção Domiciliar e serão discutidas a seguir.

Pesquisa sobre Controle de Infecção na Atenção Domiciliar

O instrumento está dividido em 5 seções, apresentadas no Quadro 1. A elaboração do instrumento original foi baseada em teorias que enfatizam a influência dos contextos social e organizacional no comportamento dos profissionais de saúde

e na concepção de que a adesão às práticas de controle de infecção é influenciada por conhecimentos e atitudes (RUSSEL *et al.,* 2018). Importante enfatizar que não se pretende “culpar” o profissional da enfermagem pelas infecções relacionadas à AD. O objetivo é relacionar a adesão autorreferida às práticas de controle de infecção a fatores referentes ao próprio profissional, ao paciente e seu domicílio e às condições de organização do SAD, como a disponibilização de insumos necessários e treinamentos. Discussões recentes ampliam o entendimento das IRAS para além do indivíduo (usuário do serviço de saúde e profissional da saúde) e englobam os serviços de saúde e esferas do governo; no entanto, não isentam o profissional da sua responsabilidade (PADOVEZE *et al.*, 2019).

Quadro 1: Seções, itens e respostas esperadas.

Seções	**Itens**	**Respostas apropriadas/adequadas – baseadas em situações ideais**
Elegibilidade do instrumento	Itens 1 a 4	Respostas pessoais.
Seção sobre atitudes	Itens 5 a 22	Item 5 – Risco alto a muito alto. Itens 6 a 20 (exceto item 18) – “Concordo” e “Concordo totalmente”. Itens 18, 21 e 22 - “Discordo” e “Discordo totalmente”.
Seção sobre práticas	Itens 23 a 35	Itens 23 a 30 - “Frequentemente” e “Sempre”. Item 31 – “Raramente” e “Nunca”. Item 32 – Todos as opções. Itens 33 a 35 – Respostas pessoais.
Seção sobre conhecimentos	Itens 36 a 42	Item 36 – “Concordo”. Item 37 – “Discordo”. Item 38 – Adornos nas mãos, lesões nas mãos e unhas postiças. Item 39 – Afirmações verdadeiras: • Usar antibióticos em excesso pode levar ao desenvolvimento de microrganismos multirresistentes. • Os microrganismos podem ser transmitidos por contato direto ou indireto; • Os médicos podem transmitir microrganismos por meio do estetoscópio. Item 40 – Afirmações verdadeiras: • Há uma parte para materiais limpos e outra para materiais sujos na maleta/bolsa de enfermagem; • A maleta/bolsa de enfermagem deve ser limpa quando visivelmente suja/contaminada; • A higiene das mãos deve ser realizada após manuseio da maleta/bolsa. • A maleta/bolsa de enfermagem deve ter, pelo menos, dois compartimentos. Item 41 – Opção correta:

Seções	Itens	Respostas apropriadas/adequadas – baseadas em situações ideais
		• Quando as mãos não estiverem visivelmente sujas. Item 42 – Afirmações verdadeiras: • Incluem recomendações de proteção para pacientes e profissionais de saúde; • Aplicam-se a todos os pacientes.
Questionário sociodemográfico	Itens 43 a 49	Respostas pessoais.

Fonte: Dados do estudo.

Reforça-se que são elegíveis para essa pesquisa os profissionais de enfermagem dos SAD públicos e privados. Esse manual de utilização se destina a auxiliar na interpretação dos resultados da Pesquisa sobre Controle de Infecção na Atenção Domiciliar.

A seguir, as seções sobre Atitudes, Práticas e Conhecimentos que correspondem aos domínios do controle de infecção na AD propriamente ditos serão discutidas de acordo com os assuntos principais abordados e com base na literatura e recomendações de normativas nacionais e internacionais. Ao apresentar os itens do instrumento, as respostas consideradas apropriadas/adequadas estão destacadas em negrito.

1. Risco de infecção na AD – Itens 5 e 6

Semelhantes a resultados encontrados em hospitais, os eventos adversos – EA's mais frequentes em SAD pesquisados na Suécia foram as IRAS (21,8%), quedas (18,8%) e lesões por pressão (17%). Além disso, a maioria dos EA's foram considerados preveníveis (71,6%) e resultaram em danos que requereram recursos adicionais de assistência à saúde (SCHILDMEIJER *et al.*, 2018). Em estudo brasileiro com 973 pacientes assistidos por um SAD, 394 (40,5%) desenvolveram alguma infecção durante o período do estudo. As infecções do trato urinário foram as mais frequentes (50,2%), acompanhadas de pneumonias (24,8%) e infecções de feridas (14,9%) (BARROS, 2012). Em outro estudo brasileiro, os pesquisadores compararam as taxas de incidência de infecção geral entre crianças assistidas por um SAD e internadas na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica – UTIP de referência. Apesar da AD apresentar valores menores, essa diferença não foi considerada significativa (SILVA, 2010).

Assim, pode-se afirmar que as IRAS são um problema sério na AD (SHANG *et al.*, 2015) e atingem tanto usuários dos serviços de saúde quanto profissionais. De forma geral, quanto maior a exposição a procedimentos de caráter invasivo e a presença de fatores de suscetibilidade (extremos de idade, doenças e tratamentos imunossupressores, desnutrição e obesidade), maior será a probabilidade da ocorrência de IRAS (*PADOVEZE et al., 2019*).

Item 5
Como você percebe o risco de adquirir uma infecção relacionada à assistência à saúde em uma escala de 1 a 10, na qual 1 significa nenhum risco e 10 risco muito alto? __ 1 (nenhum risco) __ 2 __ 3 __ 4 __ 5 __ **6** __ **7** __ **8** __ **9** __ **10 (risco muito alto)**

Item 6
Infecções são um problema sério na Atenção Domiciliar. __ Discordo totalmente. __ Discordo. __ Nem concordo nem discordo. __ **Concordo.** __ **Concordo totalmente.**

2. Transmissão de infecções – Itens 7, 11 e 15

As pessoas – os próprios pacientes, profissionais da saúde, cuidadores, familiares e visitantes – podem ser fontes ou reservatórios de agentes infecciosos. A fonte é o local onde o agente se encontra. Ali, ele sobrevive e se multiplica até atingir o hospedeiro suscetível. Além das fontes ou reservatórios humanos, os agentes infeciosos também podem estar presentes no ambiente – superfícies, materiais, equipamentos, água, soluções e medicamentos, e nos vetores – mosquitos, ratos e outros.

As pessoas que convivem e/ou visitam os pacientes podem apresentar uma infecção que se manifesta com sintomas ou não – a doença pode estar no período de

incubação, sem apresentar sintomas ou com sintomas inespecíficos, ou ainda a pessoa pode estar colonizada com microrganismos, condição que não manifesta sintomas clínicos. Ou seja, nem sempre a presença de um agente infeccioso ocasiona sintomas. Idealmente, pessoas com sinais e sintomas de doenças infecciosas (gripe, catapora, caxumba etc.) não devem visitar os pacientes, incluindo os próprios profissionais. Sempre deve ser enfatizada a importância da higiene das mãos e da higiene respiratória (ou etiqueta da tosse) como forma de prevenir a transmissão de agentes infecciosos, seja do paciente para o profissional, familiares e visitantes quanto o inverso (CORRÊA; SILVA; FERNANDES, 2012).

Item 7
Pacientes com infecções podem transmiti-las aos profissionais de saúde. __ Discordo totalmente. __ Discordo. __ Nem concordo nem discordo. __ **Concordo.** __ **Concordo totalmente.**

Item 11
Os pacientes podem adquirir infecções através do contato com pessoas que os visitam ou que moram com eles. __ Discordo totalmente. __ Discordo. __ Nem concordo nem discordo. __ **Concordo.** __ **Concordo totalmente.**

Item 15
O Serviço de Atenção Domiciliar no qual trabalho permite que eu fique em casa quando estou doente. __ Discordo totalmente. __ Discordo. __ Nem concordo nem discordo. __ **Concordo.** __ **Concordo totalmente.**

Figura 1: Higiene respiratória ou etiqueta da tosse.

Fonte: http://www.gripe.sc.gov.br/include/pdf/cartazPrevencaoGripeA4Impressao.pdf

3. Vacinas – Itens 12, 13 e 14

Item 12
A vacinação dos pacientes contra a Influenza os protege da gripe. __ Discordo totalmente. __ Discordo. __ Nem concordo nem discordo. __ **Concordo.** __ **Concordo totalmente.**

Item 13
A vacinação dos profissionais de saúde contra a Influenza protege os pacientes da gripe. __ Discordo totalmente. __ Discordo. __ Nem concordo nem discordo. __ **Concordo.** __ **Concordo totalmente.**

Item 14
A vacina contra a gripe é segura. __ Discordo totalmente. __ Discordo. __ Nem concordo nem discordo. __ **Concordo.** __ **Concordo totalmente.**

A Influenza é uma doença respiratória infecciosa de origem viral, que pode levar ao agravamento e ao óbito, especialmente nos indivíduos que apresentam fatores ou condições de risco para as complicações da infecção (crianças menores de 5 anos de idade, gestantes, idosos, portadores de doenças crônicas não transmissíveis e outras condições clínicas especiais). A melhor maneira de prevenir a gripe é vacinar-se anualmente. O objetivo da vacinação contra a Influenza é reduzir as complicações, as internações e a mortalidade decorrentes das infecções pelo vírus da Influenza.

Os trabalhadores da saúde estão mais expostos à Influenza e estão incluídos nos grupos prioritários para vacinação visando a sua proteção individual e para evitar a transmissão dos vírus, principalmente aos pacientes de maior risco.

As vacinas contra a Influenza têm um perfil de segurança considerado excelente e são bem toleradas. Aquelas utilizadas durante as campanhas de vacinação são constituídas por vírus inativados, fracionados e purificados, portanto, não contêm vírus vivos e não causam a doença. Manifestações como dor no local da injeção, eritema e enduração ocorrem em 15% a 20% dos pacientes, geralmente resolvidas em 48 horas. Manifestações sistêmicas também são benignas e autolimitadas, como febre, mal-estar e mialgia que podem começar de 6 a 12 horas após a vacinação e persistir por um a dois dias, sendo notificadas em menos de 10% das pessoas vacinadas. Essas manifestações são mais frequentes em pessoas que não tiveram contato anterior com os antígenos da vacina. A vacinação não agrava sintomas de pacientes asmáticos nem induz sintomas respiratórios (BRASIL, 2019).

Nos Estados Unidos – EUA, estima-se que a vacina evitou 7 milhões de casos de gripe, 109 mil hospitalizações e 8 mil mortes relacionadas à infecção na temporada de 2017/2018 (ONU, 2019).

Figura 2: Mitos e verdades da vacina contra a gripe.

Fonte: http://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/gripe

Embora o instrumento original foque na vacina contra a gripe, o Ministério do Trabalho, por meio da NR – 32, que estabelece as diretrizes básicas para a implementação de medidas de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde, determina que o empregador deva fornecer ao trabalhador outras vacinas recomendadas:

> Da Vacinação dos Trabalhadores:
> - A todo trabalhador dos serviços de saúde deve ser fornecido, gratuitamente, programa de imunização ativa contra tétano, difteria, hepatite B e os estabelecidos no Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional – PCMSO;
> - Sempre que houver vacinas eficazes contra outros agentes biológicos a que os trabalhadores estão, ou poderão estar, expostos, o empregador deve fornecê-las gratuitamente;
> - A vacinação deve obedecer às recomendações do Ministério da Saúde;
> - O empregador deve assegurar que os trabalhadores sejam informados das vantagens e dos efeitos colaterais, assim como dos riscos a que estarão expostos por falta ou recusa de vacinação, devendo, nestes casos, guardar documento comprobatório e mantê-lo disponível à inspeção do trabalho. (BRASIL, 2011)

4 Reconhecendo infecções – Item 10

Item 10
Estou suficientemente capacitado para reconhecer infecções nos pacientes. __ Discordo totalmente. __ Discordo. __ Nem concordo nem discordo. __ **Concordo.** __ **Concordo totalmente.**

Infecção é a penetração, multiplicação e/ou desenvolvimento de um agente infeccioso (bactérias, fungos, vírus, protozoários e parasitas) em determinado hospedeiro. A presença de sinais e sintomas caracteriza a doença ou síndrome infecciosa e são as consequências das lesões causadas pelo agente e pela resposta do hospedeiro (CORRÊA; SILVA; FERNANDES, 2012).

O diagnóstico e tratamento precoce das infecções estão relacionados a menor risco de complicações, como a sepse. A sepse é definida como uma disfunção de órgãos que ameaça a vida, provocada por uma resposta desregulada do hospedeiro à infecção. É considerada um problema de saúde pública e está relacionada a altas taxas de mortalidade (ILAS, 2018)

Figura 3: Sinais de alerta para a sepse.

Fonte: https://diamundialdasepse.com.br/wp_content/uploads/2018/06/Cartaz_DMS2018_leve.pdf

5 Práticas gerais de prevenção e controle de infecção – Itens 19, 20, 21, 22, 31, 32, 33, 34 e 35

Item 19

Práticas de prevenção e controle de infecção ajudam a me proteger contra infecções.

__ Discordo totalmente.
__ Discordo.
__ Nem concordo nem discordo.
__ **Concordo.**
__ **Concordo totalmente.**

Item 20

O Serviço de Atenção Domiciliar no qual trabalho enfatiza a importância da prevenção de infecções.

__ Discordo totalmente.
__ Discordo.
__ Nem concordo nem discordo.
__ **Concordo.**
__ **Concordo totalmente.**

Item 21

Se estou muito atarefado, é difícil priorizar as práticas de prevenção de infecções quando estou cuidando dos pacientes.

__ **Discordo totalmente.**
__ **Discordo.**
__ Nem concordo nem discordo.
__ Concordo.
__ Concordo totalmente.

Item 22

Frequentemente tenho dificuldade para inserir e manter dispositivos invasivos conforme as técnicas de assepsia quando estou muito atarefado.

__ **Discordo totalmente.**
__ **Discordo.**
__ Nem concordo nem discordo.
__ Concordo.
__ Concordo totalmente.

Nos serviços de saúde há exposição a múltiplos riscos, entre eles os biológicos. Uma grande variedade de agentes infecciosos pode ser transmitida aos trabalhadores após a exposição a sangue e outros materiais biológicos. O vírus da HIV e o vírus da Hepatite são os agentes frequentemente mais envolvidos nas infecções ocupacionais (BRASIL, 2010a). Na AD os profissionais da enfermagem

também estão sujeitos a acidentes com risco biológico já que manipulam sangue e material biológico com frequência (FIGUEIREDO; MAROLDI, 2012).

A adoção das precauções padrão (higiene das mãos, uso de Equipamentos de Proteção Individual – EPI's e descarte adequado de perfurocortantes) na assistência a todos os pacientes é a principal medida para reduzir os riscos de exposição ao sangue ou a outros materiais biológicos. Assim, práticas de prevenção e controle de infecção protegem pacientes e profissionais (BRASIL, 2010a; FIGUEIREDO; MAROLDI, 2012). Mesmo em situações adversas, como sobrecarga de trabalho, os profissionais da saúde devem priorizar essas práticas porque envolvem a sua própria segurança e a segurança dos pacientes.

Desde 2006, a ANVISA determina que os SAD, públicos e privados, elaborem e implementem um Programa de Prevenção e Controle de Infecções (BRASIL, 2006). Uma das principais atividades nesses programas é a constante capacitação e sensibilização dos profissionais quanto à importância das medidas preventivas.

Item 31

Com que frequência as seguintes condições encontradas na residência do paciente interferem na minha habilidade de implementar boas práticas de controle de infecção?

	Nunca	**Raramente**	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
Pouca luminosidade					
Desordem					
Infestações					
Animais domésticos					
Ausência de água encanada					
Crianças indisciplinadas					
Ambiente sujo					
Má higiene do paciente					
Indique outras condições _____					

Item 32

Ao visitar pacientes, geralmente tenho os seguintes produtos disponíveis (selecione todas as opções que se apliquem):

__ **Água e sabão.**
__ **Preparação alcoólica para higienização das mãos.**
__ **Caixa/coletor para materiais perfurocortantes.**
__ **Álcool.**
__ **Peça semifacial filtrante – PFF2 ou "Máscara N95".**
__ **Máscaras cirúrgicas.**
__ **Campos estéreis.**
__ **Luvas.**
__ **Luvas estéreis.**
__ **Soluções a base de clorexidina.**
__ **Outros. Especificar: _____**

A adesão às práticas de controle de infecção pode ser influenciada negativamente por condições relacionadas à organização dos SAD, como indisponibilidade de matérias e insumos necessários, a não oferta de treinamentos/ capacitações e sobrecarga de trabalho. Condições relacionadas ao domicílio também podem interferir na adesão – limpeza e organização do ambiente, iluminação, ventilação, animais domésticos e presença de vetores – ratos, pulgas, baratas, mosquitos (PADOVEZE *et al*., 2019; VALLE, 2013). Ressalta-se que o reconhecimento desses fatores que interferem na adesão, não isenta o profissional

de enfermagem da sua responsabilidade de prestar uma assistência livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência e de aprimorar os seus conhecimentos técnico-científicos (COFEN, 2017).

Item 33
De quais dos seguintes treinamentos/cursos específicos sobre controle de infecção você já participou? Selecione todas as opções que se apliquem. __ Treinamento interno do Serviço de Atenção Domiciliar. __ Especialização em Controle de Infecção. __ Curso de formação em Controle de Infecção de alguma associação de profissionais de Controle de Infecção. __ Outros. Especificar: _____ __ Nenhum curso específico em controle de infecções.

Item 34
Indique quais dos seguintes instrumentos você já utilizou para tomada de decisões no controle de infecção e no cuidado de pacientes com infecção (selecione todas as opções que se apliquem): __ Protocolos e Procedimentos Operacionais Padrão – POP's do Serviço de Atenção Domiciliar. __ Guias de prática clínica. __ Livros. __ Revistas científicas. __ Ferramenta eletrônica para tomada de decisões clínicas. __ Sites de organizações. __ Outros, favor especificar: _____ __ Nenhum dos itens citados.

Item 35
Quando foi a última vez que você recebeu treinamento sobre prevenção e controle de infecção? __ Há mais de 1 ano. __ Entre 6 meses e 1 ano. __ Entre 1 mês e 6 meses. __ No último mês. __ Nunca fiz treinamento em controle de infecção.

Apesar do termo não ser usual no Brasil, o item 40 da pesquisa aborda a maleta/bolsa de enfermagem – recipiente ou objeto no qual os insumos necessários à assistência ao paciente são transportados. Os insumos precisam de alguma forma serem transportados da sede do SAD para a residência do paciente ou vice-versa. A intenção é promover a discussão sobre como isso ocorre, já que as "bolsas de enfermagem" na AD podem conter microrganismos multirresistentes (BAKUNAS-KENELLY; MADIGAN, 2009).

Item 40
Quais das seguintes afirmações são corretas sobre a maleta/bolsa de enfermagem – recipiente ou objeto no qual os insumos necessários à assistência ao paciente são transportados? Selecione todas as opções que se apliquem. __ **Há uma parte para materiais limpos e outra para materiais sujos na maleta/bolsa de enfermagem.** __ **A maleta/bolsa de enfermagem deve ser limpa quando visivelmente suja/contaminada.** __ **A higiene das mãos deve ser realizada após manuseio da maleta/bolsa.** __ **A maleta/bolsa de enfermagem deve ter, pelo menos, dois compartimentos.**

6 Precauções padrão – Itens 37 e 42

Item 37
Precauções padrão não precisam ser utilizadas em pacientes sem infecção. __ Concordo. __ Não tenho certeza. __ **Discordo.**

Item 42
Sobre as precauções padrão, assinale as afirmações verdadeiras: __ Incluem recomendações de proteção apenas para pacientes. __ **Incluem recomendações de proteção para pacientes e profissionais de saúde.** __ **Aplicam-se a todos os pacientes.** __ Aplicam-se apenas a profissionais de saúde que tenham contato com sangue e fluidos corporais.

As Precauções Padrão são compostas por medidas que devem ser aplicadas no atendimento a todos os pacientes em qualquer cenário de assistência à saúde, independente da suspeita ou não da presença de algum agente infeccioso. A implementação e a adesão às Precauções Padrão constituem a estratégia primária para evitar a transmissão de microrganismos de um paciente para outro, do paciente para o profissional de saúde e do profissional de saúde para o paciente (SIEGEL *et al.*, 2007). Os componentes básicos das Precauções Padrão estão representados na Figura 4.

Figura 3 – Precauções Padrão.

Fonte: https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/category/cartazes/3.

6.1 Higiene das mãos - Itens 9, 16, 23, 25, 41

Item 9
Ao higienizar as minhas mãos, eu protejo os meus pacientes de infecções. __ Discordo totalmente. __ Discordo. __ Nem concordo nem discordo. __ **Concordo.** __ **Concordo totalmente.**

A higiene das mãos é considerada a medida mais barata e efetiva para evitar a transmissão de infecções durante o atendimento aos pacientes. É uma medida de baixo custo que promove a segurança dos pacientes e das equipes de profissionais que atuam na assistência (BRASIL, 2018a).

Item 23
Faço higiene das mãos antes e após o contato com os pacientes. __ Nunca. __ Raramente. __ Às vezes. __ **Frequentemente.** __ **Sempre.**

Figura 5: Cartaz da campanha de higiene das mãos 2019.

Fonte:https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/cartaz-5-de-maio?category_id=184

A organização Mundial de Saúde – OMS recomenda a higiene das mãos nos cinco momentos (OMS, 2014), conforme representado nas Figuras 6 e 7.

Figuras 6 e 7: Cinco momentos para a higienização das mãos.

Fonte:https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/category/higienizacao-das-maos/3

Item 25
Lavo as mãos ou as fricciono com preparação alcoólica imediatamente após retirar as luvas. __ Nunca. ___ Raramente. __ Às vezes. __ **Frequentemente.** __ **Sempre.**

Item 41
Em qual situação é apropriada a fricção das mãos com preparação alcoólica em vez de lavar com água e sabão? Selecione todas as opções que se apliquem. __ Após uso do banheiro. __ Antes de comer ou beber. __ **Quando as mãos não estiverem visivelmente sujas.** __ Quando o paciente apresentar infecção por *Clostridium difficile*.

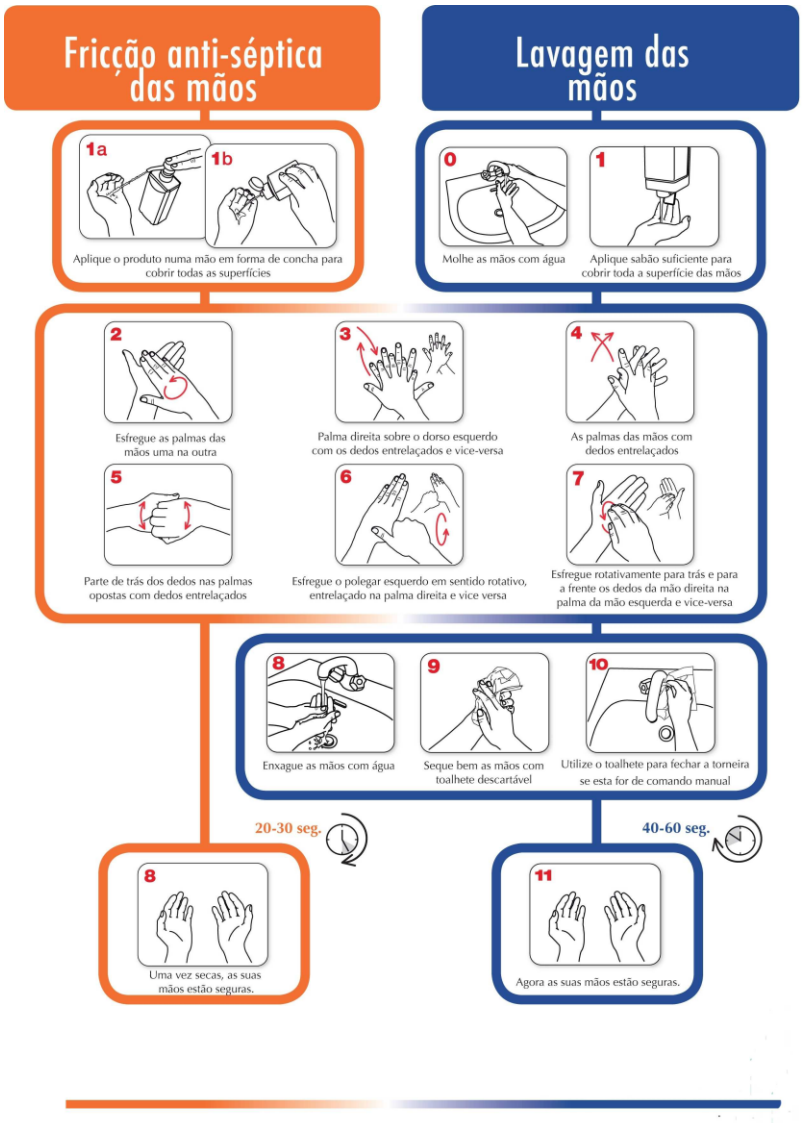
Também são recomendações da Organização Mundial de Saúde - OMS:

1. Lavar as mãos com sabão e água quando visivelmente sujas ou contaminadas com material orgânico, sangue ou outros fluidos corporais e se houver forte suspeita ou comprovação de exposição a organismos que formam esporos (exemplo: Infecção por *Clostridium difficile*) ou após usar o banheiro;
2. Uso preferencial de produtos para higienização das mãos a base de álcool para higiene das mãos em todas as situações listadas abaixo, desde que as mãos não estejam visivelmente sujas:

a. antes e depois de ter contato direto com pacientes;
b. após a remoção das luvas;
c. antes de manusear dispositivos invasivos para o cuidado do paciente;
d. após ter contato com fluidos corporais ou excrementos, membranas ou mucosas, pele não intacta ou curativos;
e. ao mudar de um local contaminado do corpo para um local limpo do corpo durante o cuidado com o paciente;

f. após contato com objetos (inclusive equipamentos médicos) nas proximidades do paciente (WHO, 2009).

Figura 8: Como fazer a higiene das mãos.



Fonte: https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/category/cartazes

Item 16
No Serviço de Atenção Domiciliar no qual trabalho, os produtos para higiene das mãos estão facilmente acessíveis. __ Discordo totalmente. __ Discordo. __ Nem concordo nem discordo. __ **Concordo.** __ **Concordo totalmente.**

A NR - 32 determina que todo local onde exista possibilidade de exposição a agente biológico deve ter lavatório exclusivo para higiene das mãos abastecido com

água corrente, sabonete líquido, toalha descartável e lixeira provida de sistema de abertura sem contato manual (BRASIL, 2011).

A ANVISA deliberou que é obrigatória a disponibilização de preparação alcoólica para fricção antisséptica das mãos nos pontos de assistência e tratamento de todos os serviços de saúde do país:

> Ponto de assistência e tratamento: local onde ocorrem simultaneamente as presenças do paciente e do profissional de saúde e a prestação da assistência ou tratamento, envolvendo o contato com o paciente (BRASIL, 2010b).

Na AD a lavagem das mãos com água e sabão pode estar prejudicada no domicílio. Dessa forma, a fricção antisséptica das mãos com preparação alcoólica pode ser a melhor opção. Visando à correta utilização dessa técnica de higiene das mãos, a ANVISA recomenda a seleção de luvas isentas de talco para uso em serviços de saúde. Isso evita reações em contato com a preparação alcoólica, facilitando a correta higiene das mãos nos cinco momentos. Importante ressaltar que a fricção antisséptica das mãos com preparação alcoólica não substitui a higienização simples das mãos, na presença de sujidade visível nas mãos ou no caso de Infecção por *Clostridium difficile* (BRASIL, 2018a).

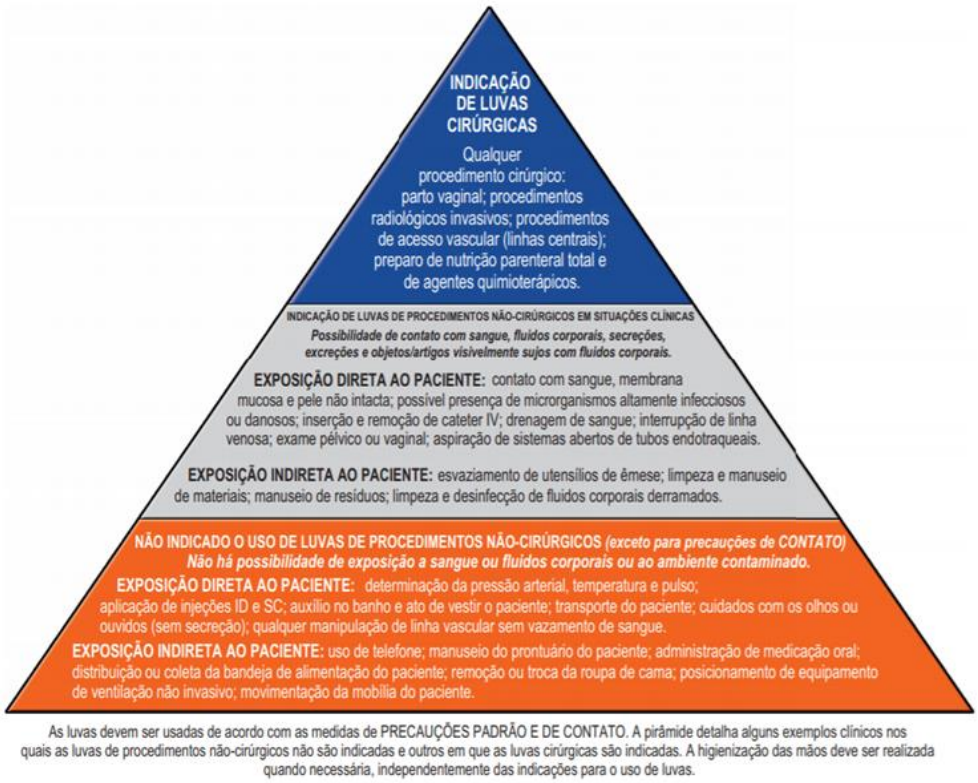
6.2 Uso de luvas – Item 24

Item 24
Calço luvas quando há previsão de exposição a sangue ou fluidos corporais. __ Nunca. __ Raramente. __ Às vezes. __ **Frequentemente.** __ **Sempre.**

A OMS recomenda que as luvas devam ser utilizadas nas seguintes situações:

> 1. Antes de um procedimento asséptico;
> 2. Ao prever contato com sangue ou outro fluido corporal, independentemente da existência de condições que exijam técnica estéril, e incluindo o contato com pele não intacta e membrana mucosa;
> 3. Contato com um paciente (e suas imediações) durante as precauções de contato (OMS, 2005).

Figura 9: A Pirâmide das Luvas – para apoiar a tomada de decisão sobre quando usar (ou não usar) luvas.



Fonte:http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/controle/higienizacao_oms/folha%20informativa%206.pdf

6.3 Uso de máscaras – Itens 8, 17, 18, 26, 36

Item 8
Eu sempre sei quando devo usar máscara. __ Discordo totalmente. __ Discordo. __ Nem concordo nem discordo. __ **Concordo.** __ **Concordo totalmente.**

Item 18
Usar máscara dificulta a comunicação com meus pacientes. __ **Discordo totalmente.** __ **Discordo.** __ Nem concordo nem discordo. __ Concordo. __ Concordo totalmente.

Item 26
Uso máscara cirúrgica sempre que existe a possibilidade de respingos ou espirros. __ Nunca. __ Raramente. __ Às vezes. __ **Frequentemente.** __ **Sempre.**

Item 36
Máscaras e óculos de proteção são necessários mesmo em procedimentos e atividades relacionadas ao cuidado de pacientes com pouca probabilidade de gerar respingos de sangue ou fluidos corporais. __ **Concordo.** __ Não tenho certeza. __ Discordo.

A máscara cirúrgica é considerada um Equipamento de Proteção Individual – EPI e constitui uma barreira de uso individual que cobre o nariz e a boca. É indicada para proteger o profissional da saúde de infecções por inalação de gotículas transmitidas a curta distância (Precauções para gotículas) e pela projeção de sangue ou outros fluidos corpóreos que possam atingir suas vias respiratórias. Além disso, tem a função de minimizar a contaminação do ambiente com secreções respiratórias geradas pelo próprio profissional ou pelo paciente em condição de transporte.

Indicações para o uso de máscaras cirúrgicas:

> 1. Sempre que existir o risco de projeção de sangue ou outros fluidos corporais que possam atingir as vias respiratórias – Precauções padrão;
> 2. Nos casos suspeitos ou confirmados de infecções transmitidas por gotículas – Precauções para gotículas;
> 3. Minimizar a contaminação do ambiente com secreções respiratórias geradas pelo paciente em condição de transporte – Precauções para gotículas e aerossóis) (BRASIL, 2009).

Item 17
No Serviço de Atenção Domiciliar no qual trabalho, as máscaras estão facilmente acessíveis. __ Discordo totalmente. __ Discordo. __ Nem concordo nem discordo. __ **Concordo.** __ **Concordo totalmente.**

A Norma Regulamentadora – NR 32 determina que os empregadores deverão fornecer aos trabalhadores da saúde os Equipamentos de Proteção Individual - EPI, descartáveis ou não, que deverão estar à disposição em número suficiente nos

postos de trabalho, de forma que seja garantido o imediato fornecimento ou reposição (BRASIL, 2011).

6.5 Uso de avental – Item 27

Item 27
Uso capote/avental se há possibilidade de contaminação por sangue ou por fluidos corporais. __ Nunca. __ Raramente. __ Às vezes. __ **Frequentemente.** __ **Sempre.**

O avental deve ser utilizado sempre que houver risco de contato com sangue ou outros fluidos corporais – Precauções padrão. No caso de precaução de contato, o avental deve ser utilizado sempre que for realizar procedimento que provoque contato com o paciente ou com superfícies próximas ao paciente (CORRÊA; SILVA; FERNANDES, 2012).

6.5 Uso de óculos de proteção – Itens 28 e 36

Óculos de proteção devem ser utilizados sempre que houver risco de respingo de sangue e outros fluidos corporais (CORRÊA; SILVA; FERNANDES, 2012).

Item 28
Uso óculos de proteção quando existe a possibilidade de exposição a respingos de sangue ou fluidos corporais. __ Nunca. __ Raramente __ Às vezes. __ **Frequentemente.** __ **Sempre.**

Item 36
Máscaras e óculos de proteção são necessários mesmo em procedimentos e atividades relacionadas ao cuidado de pacientes com pouca probabilidade de gerar respingos de sangue ou fluidos corporais. __ **Concordo.** __ Não tenho certeza. __ Discordo.

6.6 Descarte de resíduos perfurocortantes – Item 29

Item 29
Descarto agulhas em coletores para materiais perfurocortantes. __ Nunca. _ Raramente. __ Às vezes. __ **Frequentemente.** __ **Sempre.**

A ANVISA regulamenta as boas práticas de gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde e determina que os materiais perfurocortantes (agulhas, escalpes, lâminas de barbear, lâminas de bisturi) devem ser descartados em recipientes identificados, rígidos, providos com tampa, resistentes à punctura, ruptura e vazamento (BRASIL, 2018b).

Sobre o descarte de materiais perfurocortantes, a NR-32 determina que:

> - Os trabalhadores que utilizarem objetos perfurocortantes devem ser os responsáveis pelo seu descarte;
>
> - São vedados o reencape e a desconexão manual de agulhas (BRASIL, 2011).

7 Descarte de resíduos dos serviços de saúde – Item 30

Item 30
Descarto todos os materiais potencialmente contaminados em sacos impermeáveis. __ Nunca. __ Raramente. __ Às vezes. __ **Frequentemente.** __ **Sempre.**

A ANVISA determina que os Resíduos de Serviços de Saúde – RSS com a possível presença de agentes biológicos que, por suas características, podem apresentar risco de infecção, devem ser acondicionados em saco constituído de material resistente a ruptura, vazamento e impermeável. Especificamente sobre os RSS dos SAD, a norma diz que:

> Art. 23 Os RSS gerados pelos serviços de atenção domiciliar devem ser acondicionados e recolhidos pelos próprios agentes de atendimento ou por pessoa treinada para a atividade e encaminhados à destinação final ambientalmente adequada.
> Parágrafo único. O transporte destes RSS pode ser feito no próprio veículo utilizado para o atendimento e deve ser realizado em coletores de material resistente, rígido, identificados e com sistema de fechamento dotado de

dispositivo de vedação, garantindo a estanqueidade e o não tombamento (BRASIL, 2018b).

8 Cuidados com as mãos – Item 38

Item 38
Quais das seguintes condições podem abrigar germes nocivos nas mãos? Selecione todas as opções que se apliquem. __ **Adornos nas mãos.** __ **Lesões nas mãos.** __ **Unhas postiças.** __ Marcas de nascença.

A NR-32 determina que:

- Os trabalhadores com feridas ou lesões nos membros superiores só podem iniciar suas atividades após avaliação médica obrigatória com emissão de documento de liberação para o trabalho;
- O empregador deve vedar o uso de adornos nos postos de trabalho (BRASIL, 2011).

A ANVISA por meio do manual sobre Higienização das mãos, orienta:

- Manter as unhas naturais, limpas e curtas;
- Não usar unhas postiças quando entrar em contato direto com os pacientes;
- Evitar utilizar anéis, pulseiras e outros adornos quando assistir ao paciente (BRASIL, 2014).

São comuns campanhas nos serviços de saúde alertando quanto à proibição do uso de adornos, conforme Figura 10.

Figura 10: Campanha alerta os profissionais da saúde quanto à restrição do uso de adornos.

Fonte: http://www2.ebserh.gov.br/web/hc-ufmg/noticia-destaque/-/asset_publisher/Nm3SIn4Jbrre/content/id/3606940/2018-11-campanha-alerta-trabalhadores-para-restricoes-do-uso-de-adornos

9 Resistência aos antimicrobianos – Item 39

A resistência aos antimicrobianos – AMR é um dos maiores desafios para a saúde pública, com importante impacto na saúde humana e animal. Embora o desenvolvimento da AMR seja um fenômeno natural dos microrganismos, está ocorrendo uma maior pressão seletiva e disseminação por:

- mau uso de medicamentos antimicrobianos na saúde humana;
- programas inadequados ou inexistentes de prevenção e controle de infecções, o que favorece a transmissão da resistência entre os microrganismos e a exposição de indivíduos a microrganismos resistentes;
- antimicrobianos de má qualidade;
- fraca capacidade laboratorial;
- vigilância e monitoramento inadequados;
- insuficiente regulamentação e fiscalização do uso dos medicamentos antimicrobianos (BRASIL, 2018c).

A fim de prevenir e controlar a resistência aos antimicrobianos, o tema está sendo tratado no contexto mundial e nacional respeitando-se a abordagem de Saúde Única, o que requer o trabalho em conjunto da saúde humana, animal e ambiental (BRASIL, 2018c).

Item 39
Quais das seguintes afirmações em relação aos microrganismos multirresistentes são verdadeiras? Selecione todas as opções que se apliquem. __ **Usar antibióticos em excesso pode levar ao desenvolvimento de microrganismos multirresistentes;** __ **Os microrganismos podem ser transmitidos por contato direto ou indireto;** __ **Os médicos podem transmitir microrganismos por meio do estetoscópio.** __ Não é necessário o uso de capote/avental durante a assistência a pacientes colonizados ou infectados com microrganismos multirresistentes; __ Precauções de contato não são indicadas na assistência a pacientes colonizados ou infectados com microrganismos multirresistentes.

Figura 11: Resistência aos antibióticos.

Fonte: http://portal.anvisa.gov.br/antibioticos/profissionais.

Os microrganismos podem ser transmitidos a partir de pessoas infectadas ou colonizadas por esses patógenos para outras pessoas – pacientes, profissionais da saúde e visitantes por meio de contato direto (tocando a pessoa infectada/colonizada e estabelecendo a transmissão pessoa a pessoa) ou contato indireto (ao tocar superfícies contaminadas próximas ao paciente ou por meio de artigos e equipamentos) (CORRÊA; SILVA; FERNANDES, 2012).

O avental (ou capote) na precaução de contato deve ser utilizado sempre que for realizar procedimento que provoque contato com o paciente ou com superfícies e equipamentos envolvidos no atendimento ao paciente. A precaução de contato é indicada no caso de infecção ou colonização por microrganismos multirresistentes (CORRÊA; SILVA; FERNANDES, 2012).

REFERÊNCIAS

ASSOCIATION FOR PROFESSIONALS IN INFECTION CONTROL AND EPIDEMIOLOG – APIC; EMBRY, F. C.; CHINNES, L. F. APIC - HICPAC **Surveillance Definitions for Home Health Care and Home Hospice Infections**. Atlanta: APIC/HICPAC/CDC, 2008. Disponível em: http://www.apic.org/Resource_/TinyMceFileManager/Practice_Guidance/HH-Surv-Def.pdf. Acesso em: 23 jun. 2019.

BAKUNAS-KENELLY, I; MADIGAN EA. Infection prevention and control in home health care: the nurse's bag. **American Journal of Infection Control**, New York, v. 37, n. 8, p. 687-688, 2009. DOI: https://doi.org/10.1016/j.ajic.2009.03.004. Disponível em: https://www.ajicjournal.org/article/S0196-6553(09)00541-0/fulltext. Acesso em: 23 jun. 2019.

BARROS, L. N. **Atenção domiciliar da Regional de Saúde de Sobradinho/DF:** perfil clínico-epidemiológico de pacientes, análise de sobrevivência e fatores associados com doenças infecciosas e óbito, no período de 2003 a 2010. 2012. Dissertação (Mestrado em Medicina Tropical) – Faculdade de Medicina, Universidade de Brasília, Brasília, 2012. Disponível em: http://repositorio.unb.br/handle/10482/10939. Acesso em: 23 jun. 2019.

BEATON, D. E. *et al*. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. **Spine**, Lebanon, v. 25, n. 24, p. 3186-3191, 2000. Disponível em https://journals.lww.com/spinejournal/Citation/2000/12150/Guidelines_for_the_Process_of_Cross_Cultural.14.aspx

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Critérios Diagnósticos de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde**. Brasília: Anvisa, 2017. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/3507912/Caderno+2+-+Critérios+Diagnósticos+de+Infecção+Relacionada+à+Assistência+à+Saúde/7485b45a-074f-4b34-8868-61f1e5724501. Acesso em: 23 jun. 2019.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Nota técnica n°01/2018 GVIMS/GGTES/ANVISA:** orientações gerais para higiene das mãos em serviços de saúde. Brasília, DF: ANVISA, 2018a. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/271858/NOTA+T%C3%89CNICA+N%C2%BA01-2018+GVIMS-GGTES-ANVISA/ef1b8e18-a36f-41ae-84c9-53860bc2513f. Acesso em: 23 jun. 2019.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Segurança do paciente**. Higienização das mãos. Brasília, DF: Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2014. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/manuais/paciente_hig_maos.pdf. Acesso em: 23 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **21ª Campanha Nacional de Vacinação contra a Influenza. Informe técnico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/marco/01/Informe-Cp-Influenza-29-02-2019-final.pdf. Acesso em: 23 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução RDC nº 11, de 26 de janeiro de 2006**. Dispõe sobre o Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que prestam Atenção Domiciliar. Brasília, DF: Ministério da Saúde, [2006]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2006/res0011_26_01_2006.html. Acesso em: 22 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução-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. Brasília, DF: Ministério da Saúde, [2010b]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0042_25_10_2010.html. Acesso em: 23 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2616, de 12 de maio de 1998**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, [1998]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt2616_12_05_1998.html. Acesso em: 23 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução da Diretoria Colegiada – 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. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018b. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/3427425/RDC_222_2018_.pdf/c5d3081d-b331-4626-8448-c9aa426ec410. Acesso em: 23 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Plano de ação nacional de prevenção e controle da resistência aos antimicrobianos no âmbito da saúde única 2018-2022 (PAN-BR)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018c. Disponível em: http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/dezembro/20/af-pan-br-17dez18-20x28-csa.pdf. Acesso em: 23 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Recomendações para abordagem da exposição ocupacional a materiais biológicos:** HIV e hepatites B e C. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a. Disponível em: https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/images/documentos/manuais/2008_MS_HIV_hepatites_B_e_C.pdf. Acesso em: 23 jun. 2019.

BRASIL. Ministério do Trabalho. **Norma Regulamentadora 32** – Segurança e saúde no trabalho em Serviços de Saúde. Brasília, DF: Ministério do Trabalho, [2011]. Disponível em: http://trabalho.gov.br/images/Documentos/SST/NR/NR32.pdf. Acesso em: 23 jun. 2019.

BRASIL. Nacional de Vigilância Sanitária. **Cartilha de proteção respiratória contra agentes biológicos para trabalhadores de saúde**. Brasília: Anvisa, 2009. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/documents/33868/327133/Cartilha+de+Prote%C3%A7%C3%A3o+Respirat%C3%B3ria+contra+Agentes+Biol%C3%B3gicos+para+Trabalhado

res+da+Sa%C3%BAde/271a71bf-04ff-4688-a7a1-e48eb7000767. Acesso em: 23 jun. 2019.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM – COFEN. **Resolução COFEN nº 564/2017**. Aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Brasília: COFEN, [2017]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html. Acesso em: 23 jun. 2019.

CORRÊA, L.; SILVA, A. A.; FERNANDES, M. V. L. (org.). **Precauções e isolamento**. 2ª ed. São Paulo: Associação Paulista de Epidemiologia e Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde, 2012.

FIGUEIREDO, R. M.; MAROLDI, M. A. C. Internação domiciliar: risco de exposição biológica para a equipe de saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 145-150, 2012. DOI: https://doi.org/10.1590/S0080-62342012000100020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000100020&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 23 jun. 2019.

INSTITUTO LATINO AMERICANO DE SEPSE – ILAS. **Implementação de protocolo gerenciado da sepse**. Protocolo clínico. São Paulo: ILAS, 2018. Disponível em: https://www.ilas.org.br/assets/arquivos/ferramentas/protocolo-de-tratamento.pdf. Acesso em: 23 jun. 2019.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS – ONU. ONU esclarece mitos e verdades sobre a vacina contra a gripe. **Nações Unidas Brasil**, 16 mai. 2019. Disponível em: https://nacoesunidas.org/onu-esclarece-mitos-e-verdades-sobre-a-vacina-contra-a-gripe/. Acesso em: 23 jun. 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. Diretrizes da OMS sobre higienização das mãos na assistência à saúde (versão preliminar avançada): resumo. Genebra: World Health Organization, 2005. Disponível em: http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/diretriz e-as-omshigienizacaomaos-versaoprelim-avancada. Acesso em: 23 jun. 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. **Salve vidas**: Higienize suas mãos. Higiene das mãos na Assistência à Saúde Extra-hospitalar e Domiciliar e nas Instituições de Longa Permanência. Um guia para a implementação da Estratégia Multimodal da OMS para a melhoria da higiene das mãos e da abordagem “Meus 5 momentos para a higiene das mãos”. Brasília: OPAS/ANVISA, 2014. Disponível em: https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/assistencia-a-saude-extra-hospitalar-e-domiciliar-e-nas-instituicoes-de-longa-permanencia. Acesso em: 23 jun. 2019.

PADOVEZE, M. C. *et al*. The concept of vulnerability applied to Healthcare-associated Infections. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 72, n. 1, p. 299-303, 2019. DOI: https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0584. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672019000100299&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 22 jun. 2019.

RUSSEL, D. *et al*. Factors for compliance with infection control practices in home healthcare: findings from a survey of nurses' knowledge and attitudes toward infection control. **American Journal of Infection Control**, New York, v. 46, n. 11, p. 1211-1217, 2018. DOI: https://doi.org/10.1016/j.ajic.2018.05.005. Disponível em: https://www.ajicjournal.org/article/S0196-6553(18)30578-9/pdf. Acesso em: 23 jun. 2019.

SCHILDMEIJER, K. G. I. *et al*. Adverse events in patients in home healthcare: a retrospective record review using trigger tool methodology. **BMJ Open**, London, v. 8, n. 1, p. e019267, 2018. DOI: https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-019267. Disponível em: https://bmjopen.bmj.com/content/8/1/e019267. Acesso em: 23 jun. 2019.

SHANG, J. *et al*. Infection in home health care: Results from national Outcome and Assessment Information Set data. **American Journal of Infection Control**, New York, v. 43, n. 5, p. 454-459, 2015. DOI: https://doi.org/10.1016/j.ajic.2014.12.017. Disponível em: https://www.ajicjournal.org/article/S0196-6553(14)01424-2/fulltext. Acesso em: 23 jun. 2019.

SIEGEL, J. D. *et al*. 2007 **Guideline for Isolation Precautions:** Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings. Atlanta: CDC/HICPAC, 2007. Disponível em: https://www.cdc.gov/niosh/docket/archive/pdfs/NIOSH-219/0219-010107-siegel.pdf. Acesso em: 23 jun. 2019.

SILVA, A. R. A. **Infecções relacionadas à assistência domiciliar (home care) e em unidade de tratamento intensivo pediátricos**. 2010. Tese (Doutorado em Pesquisa Clínica em Doenças Infecciosas) – Fundação Oswaldo Cruz, Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas, Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/9311. Acesso em: 23 jun. 2019.

VALLE, A. R. M. C. **Competências do enfermeiro para ações preventivas na atenção domiciliar com ênfase nos riscos de infecção**. 2013. Tese (Doutorado em Enfermagem Fundamental) – Escola de Enfermagem de Ribeirão, Universidade de São Paulo, 2013. DOI: https://doi.org/10.11606/T.22.2013.tde-26092013-182224. Disponível em: http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-26092013-182224/pt-br.php. Acesso em: 23 jun. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **Guidelines on core components of infection prevention and control programmes at the national and acute health care facility level**. Geneva: World Health Organization, 2016. Disponível em: https://www.who.int/gpsc/ipc-components-guidelines/en/. Acesso em: 23 jun. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **WHO guidelines on hand hygiene in health care**. Geneva: World Health Organization, 2009. Disponível em: https://www.who.int/gpsc/5may/tools/9789241597906/en/. Acesso em: 23 jun. 2019.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo desta dissertação percebeu-se o potencial da Atenção Domiciliar – AD em oferecer uma assistência integral ao idoso, mantendo a autonomia de estar no seu domicílio e próximo ao conforto dos familiares. O afastamento do usuário dos riscos da internação hospitalar também já foi apontado como uma vantagem da AD. Entretanto, o domicílio como cenário de assistência à saúde também oferece perigos. Em relação às infecções relacionadas à assistência à saúde –IRAS, destacam-se como possíveis riscos a falta de treinamento e capacitação do cuidador e do profissional para prestar os cuidados necessários e as condições de limpeza e organização do ambiente. Além disso, a falsa certeza de que o hospital é o único responsável por eventos adversos infecciosos, pode desencorajar os profissionais a adotarem medidas básicas de prevenção indicadas a todos serviços de saúde – as precauções padrão, comprometendo a segurança do paciente e do próprio profissional, que fica exposto a riscos biológicos ocupacionais.

A revisão da literatura revelou o quão escassos são os estudos brasileiros que abordam ações sistematizadas de prevenção e controle de infecção na AD. Assim, acredita-se que os produtos desta dissertação, em especial o instrumento *Survey of Infection Control in Home Health Care* adaptado para a cultura brasileira, possam contribuir para uma maior sensibilização e discussão sobre o tema, alertando profissionais e gestores dos serviços sobre uma assistência à saúde mais segura no domicílio.

APÊNDICE A – TRADUÇÕES 1 E 2 E SÍNTESE 1

Survey of Infection Control in Home Health Care – Instrumento original

Pesquisa de Controle de Infecções em Serviços de Home Care (Assistência Domiciliar – AD) – Tradução 1

Pesquisa sobre Controle de Infecções na Assistência Médica Domiciliar – Tradução 2

	Versão Original	Tradução 1	Tradução 2	Adaptações	Síntese 1
	Survey of Infection Control in Home Health Care	**Pesquisa de Controle de Infecções em Serviços de Home Care (Assistência Domiciliar – AD)**	**Pesquisa sobre Controle de Infecções na Assistência Médica Domiciliar**	Tradução 2: - Substituir "Controle de Infecções" por "Controle de Infecção"; - Substituir "Assistência Médica Domiciliar" por "Atenção Domiciliar".	**Pesquisa sobre Controle de Infecção na Atenção Domiciliar**
	Survey Eligibility	**Elegibilidade da Pesquisa**	**Elegibilidade para a pesquisa**	Tradução 1: - Substituir "da pesquisa" por "do instrumento".	**Elegibilidade do instrumento**
1	Are you a licensed Registered Nurse (RN)? __ Yes __ No	Você é afiliado a alguma entidade de Classe? ___ Sim ___ Não	Você é formado (a) em enfermagem e está inscrito no conselho? ___ Sim ___ Não	Tradução 2: - Retirar "e está inscrito no conselho".	Você é formado (a) em enfermagem? ___ Sim ___ Não
2	Do you work at a Certified Home Health Agency (a Home Care provider)? __ Yes __ No	Você trabalha para uma Empresa Certificada em Assistência Domiciliar (Prestadora de Serviços)? ___ Sim ___ Não	Você trabalha em uma Agência de Atendimento Domiciliar Certificada (um prestador de assistência domiciliar)? ___ Sim ___ Não	Tradução 2: - Substituir: "uma Agência de Atendimento Domiciliar Certificada (um prestador de assistência domiciliar)" por "um Serviço de Atenção Domiciliar".	Você trabalha em um Serviço de Atenção Domiciliar? ___ Sim. ___ Não.
3	Do you see patients at least once a week? __ Yes __ No	Você acompanha pacientes pelo menos uma vez por semana? ___ Sim	Você visita pacientes pelo menos uma vez por semana? ___ Sim	Tradução 2 – sem alterações.	Você visita pacientes pelo menos uma vez por semana? ___ Sim

	Versão Original	Tradução 1	Tradução 2	Adaptações	Síntese 1
		___ Não	___ Não		___ Não
4	Are you a nursing team manager? __ Yes __ No	Você é chefe de equipe de enfermagem? ___ Sim ___ Não	Você lidera uma equipe de enfermeiros? ___ Sim ___ Não	Tradução 1 – sem alterações.	Você é chefe de equipe de enfermagem? ___ Sim ___ Não
	Attitude Section	**Seção: Postura**	**Seção sobre atitude**	Tradução 2 – sem alterações.	**Seção sobre atitude**
5	How do you perceive your risk of acquiring a health care associated infection on a 1 to 10 scale with 1 meaning no risk and 10 very high risk? __ 1 (no risk) __ 2 __ 3 __ 4 __ 5 __ 6 __ 7 __ 8 __ 9 __ 10 (very high risk)	Como você avalia o risco de contrair problemas de saúde associados à infecção? Considere uma escala de 1 a 10, em que 1 é sem riscos e 10 é risco muito alto. __ 1 (sem riscos) __ 2 __ 3 __ 4 __ 5 __ 6 __ 7 __ 8 __ 9 __ 10 (risco muito alto)	Qual é a sua percepção sobre o risco que você corre de desenvolver uma infecção associada ao atendimento de saúde, em uma escala de 1 a 10, em que 1 significa nenhum risco e 10 risco muito alto? __ 1 (nenhum risco) __ 2 __ 3 __ 4 __ 5 __ 6 __ 7 __ 8 __ 9 __ 10 (risco muito alto)	Tradução 2: - Substituir “que você corre de” por “de você”; - Substituir “infecção associada ao atendimento de saúde” por “infecção relacionada à assistência à saúde”.	Qual é a sua percepção sobre o risco de você desenvolver uma infecção relacionada à assistência à saúde, em uma escala de 1 a 10, em que 1 significa nenhum risco e 10 risco muito alto? __ 1 (nenhum risco) __ 2 __ 3 __ 4 __ 5 __ 6 __ 7 __ 8 __ 9 __ 10 (risco muito alto)
6	Infections are a serious problem in home care. __ Strongly Disagree __ Disagree __ Neither Agree nor Disagree __ Agree __ Strongly Agree	Infecções são um problema sério na assistência domiciliar. __ Discordo totalmente __ Discordo __ Nem concordo nem discordo __ Concordo __ Concordo totalmente	As infecções são um problema grave no atendimento domiciliar. __ Discordo totalmente __ Discordo __ Nem concordo nem discordo __ Concordo __ Concordo totalmente	Tradução 1 – sem alterações.	Infecções são um problema sério na Atenção Domiciliar. __ Discordo totalmente __ Discordo __ Nem concordo nem discordo __ Concordo __ Concordo totalmente
7	Patients with infections can spread their infection to health care workers. __ Strongly Disagree __ Disagree __ Neither Agree nor Disagree __ Agree __ Strongly Agree	Pacientes com infecção podem transmiti-la aos cuidadores da assistência domiciliar. __ Discordo totalmente __ Discordo __ Nem concordo nem discordo __ Concordo __ Concordo totalmente	Pacientes que apresentam infecções podem disseminar sua infecção entre os profissionais de saúde. __ Discordo totalmente __ Discordo __ Nem concordo nem discordo __ Concordo __ Concordo totalmente	Tradução 2: - Substituir “disseminar sua infecção entre os” por “disseminá-las aos”.	Pacientes que apresentam infecções podem disseminá-las aos profissionais de saúde. __ Discordo totalmente __ Discordo __ Nem concordo nem discordo __ Concordo __ Concordo totalmente

	Versão Original	Tradução 1	Tradução 2	Adaptações	Síntese 1
8	I always know when I should wear a mask. __ Strongly Disagree __ Disagree __ Neither Agree nor Disagree __ Agree __ Strongly Agree	Eu sempre sei quando devo usar máscara. __ Discordo totalmente __ Discordo __ Nem concordo nem discordo __ Concordo __ Concordo totalmente	Sempre sei quando preciso usar máscara. __ Discordo totalmente __ Discordo __ Nem concordo nem discordo __ Concordo __ Concordo totalmente	Tradução 1 – sem alterações.	Eu sempre sei quando devo usar máscara. __ Discordo totalmente __ Discordo __ Nem concordo nem discordo __ Concordo __ Concordo totalmente
9	When I perform hand hygiene, I protect my patients from infections. __ Strongly Disagree __ Disagree __ Neither Agree nor Disagree __ Agree __ Strongly Agree	Ao fazer assepsia das mãos, estou protegendo meus pacientes de infecções. __ Discordo totalmente __ Discordo __ Nem concordo nem discordo __ Concordo __ Concordo totalmente	Ao higienizar minhas mãos estou protegendo meus pacientes de infecções. __ Discordo totalmente __ Discordo __ Nem concordo nem discordo __ Concordo __ Concordo totalmente	Tradução 2 – sem alterações.	Ao higienizar minhas mãos estou protegendo meus pacientes de infecções. __ Discordo totalmente __ Discordo __ Nem concordo nem discordo __ Concordo __ Concordo totalmente
10	I receive enough education to recognize infections in patients. __ Strongly Disagree __ Disagree __ Neither Agree nor Disagree __ Agree __ Strongly Agree	Recebo informações suficientes para reconhecer infecções nos pacientes. __ Discordo totalmente __ Discordo __ Nem concordo nem discordo __ Concordo __ Concordo totalmente	Estou suficientemente capacitada para reconhecer infecções nos pacientes. __ Discordo totalmente __ Discordo __ Nem concordo nem discordo __ Concordo __ Concordo totalmente	Tradução 2: - Substituir “capacitada” por “capacitado”.	Estou suficientemente capacitado para reconhecer infecções nos pacientes. __ Discordo totalmente __ Discordo __ Nem concordo nem discordo __ Concordo __ Concordo totalmente
11	Patients can develop infections from contact with people who visit or live with them. __ Strongly Disagree __ Disagree __ Neither Agree nor Disagree __ Agree __ Strongly Agree	Os pacientes podem desenvolver infecções por contato com pessoas que os visitam ou que vivam com eles. __ Discordo totalmente __ Discordo __ Nem concordo nem discordo __ Concordo __ Concordo totalmente	Os pacientes podem desenvolver infecções através do contato com pessoas que os visitam ou que moram com eles. __ Discordo totalmente __ Discordo __ Nem concordo nem discordo __ Concordo __ Concordo totalmente	Tradução 2 – sem alterações.	Os pacientes podem desenvolver infecções através do contato com pessoas que os visitam ou que moram com eles. __ Discordo totalmente __ Discordo __ Nem concordo nem discordo __ Concordo __ Concordo totalmente
12	Influenza vaccination of patients protects them against Influenza. __ Strongly Disagree __ Disagree __ Neither Agree nor Disagree __ Agree __ Strongly Agree	A vacinação contra a Influenza nos pacientes os protege da gripe. __ Discordo totalmente __ Discordo __ Nem concordo nem discordo __ Concordo __ Concordo totalmente	Vacinar os pacientes contra a gripe os protege da gripe. __ Discordo totalmente __ Discordo __ Nem concordo nem discordo __ Concordo __ Concordo totalmente	Tradução 1: - Substituir “contra a Influenza nos pacientes” por “dos pacientes contra a Influenza”.	A vacinação dos pacientes contra a Influenza os protege da gripe. __ Discordo totalmente __ Discordo __ Nem concordo nem discordo __ Concordo __ Concordo totalmente

	Versão Original	Tradução 1	Tradução 2	Adaptações	Síntese 1
13	Influenza vaccination of health care workers protects patients from Influenza. __ Strongly Disagree __ Disagree __ Neither Agree nor Disagree __ Agree __ Strongly Agree	A vacinação contra a influenza nos cuidadores os protege contra a gripe. __ Discordo totalmente __ Discordo __ Nem concordo nem discordo __ Concordo __ Concordo totalmente	Vacinar os profissionais de saúde contra a gripe protege os pacientes da gripe. __ Discordo totalmente __ Discordo __ Nem concordo nem discordo __ Concordo __ Concordo totalmente	Tradução 2: - Substituir "vacinar os profissionais" por "a vacinação dos profissionais"; - Substituir "contra a gripe" por "contra a Influenza".	A vacinação dos profissionais de saúde contra a Influenza protege os pacientes da gripe. __ Discordo totalmente __ Discordo __ Nem concordo nem discordo __ Concordo __ Concordo totalmente
14	The Influenza vaccine is safe. __ Strongly Disagree __ Disagree __ Neither Agree nor Disagree __ Agree __ Strongly Agree	A vacinação contra a influenza é segura. __ Discordo totalmente __ Discordo __ Nem concordo nem discordo __ Concordo __ Concordo totalmente	A vacina contra a gripe é segura. __ Discordo totalmente __ Discordo __ Nem concordo nem discordo __ Concordo __ Concordo totalmente	Tradução 2 – sem alterações.	A vacina contra a gripe é segura. __ Discordo totalmente __ Discordo __ Nem concordo nem discordo __ Concordo __ Concordo totalmente
15	Our agency makes it easy for me to stay home when I am sick. __ Strongly Disagree __ Disagree __ Neither Agree nor Disagree __ Agree __ Strongly Agree	Minha empresa me dá condições de ficar em casa quando estou doente. __ Discordo totalmente __ Discordo __ Nem concordo nem discordo __ Concordo _ Concordo totalmente	A agência onde trabalho não cria caso quando preciso ficar em casa por estar doente. __ Discordo totalmente __ Discordo __ Nem concordo nem discordo __ Concordo __ Concordo totalmente	Tradução 1: - Substituir "Minha empresa" por "Meu Serviço de Atenção Domiciliar".	Meu Serviço de Atenção Domiciliar me dá condições de ficar em casa quando estou doente. __ Discordo totalmente __ Discordo __ Nem concordo nem discordo __ Concordo _ Concordo totalmente
16	Our agency makes hand hygiene products easily accessible to me. __ Strongly Disagree __ Disagree __ Neither Agree nor Disagree __ Agree __ Strongly Agree	Minha empresa me disponibiliza produtos de higienização das mãos de maneira facilitada. __ Discordo totalmente __ Discordo __ Nem concordo nem discordo __ Concordo __ Concordo totalmente	Na agência onde trabalho é fácil conseguir produtos para higienizar as mãos. __ Discordo totalmente __ Discordo __ Nem concordo nem discordo __ Concordo __ Concordo totalmente	Tradução 1: - Substituir "Minha empresa" por "Meu Serviço de Atenção Domiciliar". - Substituir "de higienização" por "para higiene".	Minha empresa me disponibiliza produtos para higiene das mãos de maneira facilitada. __ Discordo totalmente __ Discordo __ Nem concordo nem discordo __ Concordo __ Concordo totalmente
17	Our agency makes masks easily accessible. __ Strongly Disagree __ Disagree __ Neither Agree nor Disagree __ Agree	Minha empresa me disponibiliza máscaras de maneira facilitada. __ Discordo totalmente __ Discordo __ Nem concordo nem discordo	Na agência onde trabalho é fácil conseguir máscaras. __ Discordo totalmente __ Discordo __ Nem concordo nem discordo	Tradução 1: - Substituir "Minha empresa" por "Meu Serviço de Atenção Domiciliar".	Meu Serviço de Atenção Domiciliar me disponibiliza máscaras de maneira facilitada. __ Discordo totalmente. __ Discordo.

	Versão Original	Tradução 1	Tradução 2	Adaptações	Síntese 1
	__ Strongly Agree	__ Concordo __ Concordo totalmente	__ Concordo __ Concordo totalmente		__ Nem concordo nem discordo. __ Concordo. __ Concordo totalmente.
18	Wearing a mask makes it hard to communicate with my patients. __ Strongly Disagree __ Disagree __ Neither Agree nor Disagree __ Agree __ Strongly Agree	O uso de máscaras dificulta a comunicação com meus pacientes. _ Discordo totalmente __ Discordo __ Nem concordo nem discordo __ Concordo __ Concordo totalmente	Usar máscara dificulta a comunicação com meus pacientes. __ Discordo totalmente __ Discordo __ Nem concordo nem discordo __ Concordo __ Concordo totalmente	Tradução 2 – sem alterações.	Usar máscara dificulta a comunicação com meus pacientes. __ Discordo totalmente __ Discordo __ Nem concordo nem discordo __ Concordo __ Concordo totalmente
19	Infection prevention practices help protect me from contracting infections. __ Strongly Disagree __ Disagree __ Neither Agree nor Disagree __ Agree __ Strongly Agree	Práticas de prevenção a infecção ajudam a me proteger contra infecções. __ Discordo totalmente __ Discordo __ Nem concordo nem discordo __ Concordo __ Concordo totalmente	As práticas de prevenção de infecções ajudam a proteger contra infecções. __ Discordo totalmente __ Discordo __ Nem concordo nem discordo __ Concordo __ Concordo totalmente	Tradução 1; - Substituir “prevenção a infecção” por “prevenção de infecção”.	Práticas de prevenção de infecção ajudam a me proteger contra infecções. __ Discordo totalmente __ Discordo __ Nem concordo nem discordo __ Concordo __ Concordo totalmente
20	My home care agency emphasizes the importance of infection prevention. __ Strongly Disagree __ Disagree __ Neither Agree nor Disagree __ Agree __ Strongly Agree	Minha empresa de assistência domiciliar enfatiza a importância da prevenção a infecções. __ Discordo totalmente __ Discordo __ Nem concordo nem discordo __ Concordo __ Concordo totalmente	Minha agência de atendimento domiciliar dá ênfase à importância de se prevenir infecções. __ Discordo totalmente __ Discordo __ Nem concordo nem discordo __ Concordo __ Concordo totalmente	Tradução 1; - Substituir “Minha empresa de assistência domiciliar” por “Meu Serviço de Atenção Domiciliar”. - Substituir “prevenção a infecção” por “prevenção de infecção”.	Meu Serviço de Atenção Domiciliar enfatiza a importância da prevenção de infecções. __ Discordo totalmente __ Discordo __ Nem concordo nem discordo __ Concordo __ Concordo totalmente
21	If I am really busy, it is hard to prioritize infection prevention practices when I am taking care of patients. __ Strongly Disagree __ Disagree __ Neither Agree nor Disagree __ Agree __ Strongly Agree	Estar muito atarefado(a) dificulta a priorização de práticas de prevenção à infecção no cuidado dos pacientes. __ Discordo totalmente __ Discordo __ Nem concordo nem discordo __ Concordo __ Concordo totalmente	Se estou realmente ocupado, é difícil priorizar as práticas de prevenção de infecções quando estou atendendo os pacientes. __ Discordo totalmente __ Discordo __ Nem concordo nem discordo __ Concordo __ Concordo totalmente	Tradução 2: - Substituir “se estou realmente ocupado” por “se estou muito atarefado”; - Substituir “estou atendendo os pacientes” por “estou cuidando dos pacientes”.	Se estou muito atarefado, é difícil priorizar as práticas de prevenção de infecções quando estou cuidando dos pacientes. __ Discordo totalmente. __ Discordo. __ Nem concordo nem discordo. __ Concordo. __ Concordo totalmente.
	I often find it difficult to insert and maintain invasive devices using aseptic technique when I am busy.	Normalmente, quando estou ocupado(a), acho difícil conciliar o manuseio e	Quando estou ocupado, geralmente tenho dificuldade para inserir e manter dispositivos invasivos conforme as técnicas de assepsia.	Tradução 2: - Substituir “geralmente” por “frequentemente”;	Frequentemente tenho dificuldade para inserir e manter dispositivos invasivos

	Versão Original	Tradução 1	Tradução 2	Adaptações	Síntese 1
22	__ Strongly Disagree __ Disagree __ Neither Agree nor Disagree __ Agree __ Strongly Agree	manutenção de equipamentos invasivos com técnicas de assepsia. __ Discordo totalmente __ Discordo __ Nem concordo nem discordo __ Concordo __ Concordo totalmente	__ Discordo totalmente __ Discordo __ Nem concordo nem discordo __ Concordo __ Concordo totalmente	-Transferir "quando estou ocupado" para o final da frase; - Substituir "quando estou ocupado" por "quando estou atarefado";	conforme as técnicas de assepsia quando estou atarefado. __ Discordo totalmente __ Discordo __ Nem concordo nem discordo __ Concordo __ Concordo totalmente
	Practices Section	**Seção: Procedimentos**	**Seção de práticas**	Tradução 2 – sem alterações	**Seção de práticas**
23	I perform hand hygiene measures before and after patient care activities. __ Never __ Rarely __ Sometimes __ Often __ Always	Eu faço assepsia de mãos antes e depois de manusear o paciente. __ Nunca __ Raramente __ Algumas Vezes __ Frequentemente __ Sempre	Faço assepsia das mãos antes e depois de atender os pacientes. __ Nunca __ Raramente __ Às vezes __ Frequentemente __ Sempre	Tradução 2: - Incluir "eu" no começo da frase. - Substituir "faço assepsia" por "faço higiene"	Eu faço higiene das mãos antes e depois de atender os pacientes. __ Nunca __ Raramente __ Às vezes __ Frequentemente __ Sempre
24	I wear gloves when I anticipate exposure to bodily fluids or blood products. __ Never __ Rarely __ Sometimes __ Often __ Always	Calço luvas quando presumo que haverá exposição a fluídos corporais ou produtos de sangue. __ Nunca __ Raramente __ Algumas Vezes __ Frequentemente __ Sempre	Calço luvas quando há previsão de exposição a fluidos corporais ou produtos hemoderivados. __ Nunca __ Raramente __ Às vezes __ Frequentemente __ Sempre	Tradução 2: - Substituir "produtos hemoderivados" por "sangue".	Calço luvas quando há previsão de exposição a sangue ou fluidos corporais. __ Nunca. __ Raramente. __ Algumas vezes. __ Frequentemente. __ Sempre.
25	I wash my hands or use alcohol-based hand rub immediately after the removal of gloves. __ Never __ Rarely __ Sometimes __ Often __ Always	Faço assepsia das mãos ou uso álcool asséptico imediatamente após descalçar as luvas. __ Nunca __ Raramente __ Algumas Vezes __ Frequentemente __ Sempre	Lavo as mãos ou uso produto para higienização a base de álcool imediatamente após tirar as luvas. __ Nunca __ Raramente __ Às vezes __ Frequentemente __ Sempre	Tradução 2: - Substituir "uso produto para higienização a base de álcool" por "as fricciono com preparação alcoólica".	Lavo as mãos ou as fricciono com preparação alcoólica imediatamente após tirar as luvas. __ Nunca __ Raramente __ Às vezes __ Frequentemente __ Sempre
26	I wear a disposable face mask whenever there is a possibility of a splash or splatter. __ Never __ Rarely	Faço uso de máscaras descartáveis sempre que há probabilidade de respingos ou espirros. __ Nunca	Uso máscara descartável sempre que existir a possibilidade de respingos ou salpicos. __ Nunca __ Raramente	Tradução 2: - Substituir "existir" por "existe".	Uso máscara descartável sempre que existe a possibilidade de respingos ou espirros. __ Nunca.

	Versão Original	Tradução 1	Tradução 2	Adaptações	Síntese 1
	__ Sometimes __ Often __ Always	__ Raramente __ Algumas Vezes __ Frequentemente __ Sempre	__ Às vezes __ Frequentemente __ Sempre	- Substituir "salpicos" por "espirros".	__ Raramente. __ Às vezes. __ Frequentemente. __ Sempre.
27	I wear a gown if soiling with blood or bodily fluids is likely. __ Never __ Rarely __ Sometimes __ Often __ Always	Faço uso de jaleco se há probabilidade de contaminação por sangue ou por fluídos corporais. __ Nunca __ Raramente __ Algumas Vezes __ Frequentemente __ Sempre	Visto a bata quando existe a possibilidade de me sujar com sangue ou fluidos corporais. __ Nunca __ Raramente __ Às vezes __ Frequentemente __ Sempre	Tradução 1: - Substituir "jaleco" por "capote/avental"; - Substituir "probabilidade" por "possibilidade".	Faço uso de capote/avental se há possibilidade de contaminação por sangue ou por fluidos corporais. __ Nunca. __ Raramente. __ Algumas vezes. __ Frequentemente. __ Sempre.
28	I wear goggles/ eye shield when I may be exposed to the splashing of bloody discharge/ fluid. __ Never __ Rarely __ Sometimes __ Often __ Always	Faço uso de óculos de proteção/protetor de olhos se houver risco de exposição a respingos de secreções sanguíneas ou fluídos. __ Nunca __ Raramente __ Algumas Vezes __ Frequentemente __ Sempre	Uso óculos de proteção quando existe a possibilidade de exposição a respingos de sangue. __ Nunca __ Raramente __ Às vezes __ Frequentemente __ Sempre	Tradução 2: - Acrescentar "Eu"; - Acrescentar "ou fluidos corporais".	Eu uso óculos de proteção quando existe a possibilidade de exposição a respingos de sangue ou fluidos corporais. __ Nunca. __ Raramente. __ Algumas vezes. __ Frequentemente. __ Sempre.
29	I dispose of needles in a sharps container. __ Never __ Rarely __ Sometimes __ Often __ Always	Faço descarte de agulhas em coletores para materiais perfurocortantes. __ Nunca __ Raramente __ Algumas Vezes __ Frequentemente __ Sempre	Descarto as agulhas no recipiente para objetos cortantes. __ Nunca __ Raramente __ Às vezes __ Frequentemente __ Sempre	Tradução 1; - Substituir "faço descarte de" por "eu descarto".	Eu descarto agulhas em coletores para materiais perfurocortantes. __ Nunca __ Raramente __ Algumas Vezes __ Frequentemente __ Sempre
30	I dispose of all potentially contaminated materials into an impermeable bag. __ Never __ Rarely __ Sometimes __ Often __ Always	Faço descarte de todo material potencialmente contaminável em sacos impermeáveis. __ Nunca __ Raramente __ Algumas Vezes __ Frequentemente __ Sempre	Descarto todos os materiais potencialmente contaminados em bolsas impermeáveis. __ Nunca __ Raramente __ Às vezes __ Frequentemente __ Sempre	Tradução 2: - Acrescentar "eu". - Substituir "bolsas" por "sacos".	Eu descarto todos os materiais potencialmente contaminados em sacos impermeáveis. __ Nunca __ Raramente __ Às vezes __ Frequentemente __ Sempre
31				Tradução 1:	

<table>
<tr><th></th><th>Versão Original</th><th>Tradução 1</th><th>Tradução 2</th><th>Adaptações</th><th>Síntese 1</th></tr>
<tr><td></td><td>How often do the following conditions in patients' homes interfere with your ability to implement good infection control practices?
<table><tr><th></th><th>Never</th><th>Rarely</th><th>Sometimes</th><th>Often</th><th>Always</th></tr><tr><td>Poor lighting</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Clutter</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Infestations</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Pets</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>No running water</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Unruly children</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Dirty environment</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Poor patient hygiene</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Enter another option</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table></td><td>Com que frequência as seguintes condições na residência do paciente interferem em sua habilidade de implementar boas práticas de controle de infecção?
<table><tr><th></th><th>Nunca</th><th>Raramente</th><th>Algumas Vezes</th><th>Frequentemente</th><th>Sempre</th></tr><tr><td>Pouca luminosidade</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Desordem</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Infestações</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Animais domésticos</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Ausência de água potável</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Crianças indisciplinadas</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Ambiente sujo</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Má higiene do paciente</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Indique outras condições</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table></td><td>Com que frequência as seguintes condições encontradas na residência dos pacientes interferem na sua capacidade de adotar as boas práticas em controle de infecções?
<table><tr><th></th><th>Nunca</th><th>Raramente</th><th>Às vezes</th><th>Frequentemente</th><th>Sempre</th></tr><tr><td>Pouca iluminação</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Desordem</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Infestações</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Animais de estimação</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Falta de água encanada</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Crianças indisciplinadas</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Ambiente sujo</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Má higiene do paciente</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Outras</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table></td><td>- Incluir "encontradas";
- Substituir "em sua" por "na sua";
- Substituir "ausência de água potável" por "ausência de água encanada".</td><td>Com que frequência as seguintes condições encontradas na residência do paciente interferem em sua habilidade de implementar boas práticas de controle de infecção?
<table><tr><th></th><th>Nunca</th><th>Raramente</th><th>Algumas Vezes</th><th>Frequentemente</th><th>Sempre</th></tr><tr><td>Pouca luminosidade</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Desordem</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Infestações</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Animais domésticos</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Ausência de água encanada</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Crianças indisciplinadas</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Ambiente sujo</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Má higiene do paciente</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Indique outras condições</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td>Tradução 2;</td><td></td></tr>
</table>

	Versão Original	Tradução 1	Tradução 2	Adaptações	Síntese 1
32	I usually have the following supplies available when visiting patients (select all that apply): __ Soap and water __ Alcohol-based hand sanitizer __ Non-alcohol based hand sanitizer __ Sharps box/ container __ Methicilin Resistant strains of Staphylococcus Aureus (MRSA) kit __ Alcohol Swabs __ Alcohol __ Face shields __ Face masks __ Drape or sterile barriers __ Gloves __ Sterile gloves __ Chlorhexidine wipes __ Other, please specify: _____ __ None of these	Eu, geralmente, tenho os seguintes suprimentos disponíveis ao visitar pacientes (selecione todos os que se aplicam): __ Água e sabão __ Antisséptico de mão à base de álcool __ Antisséptico de mão sem álcool __ Caixas/coletores para material perfurocortante __ Material de prevenção/combate à MRSA __ Compressas com álcool __ Álcool __ Protetor facial __ Máscara facial __ Campo ou lençóis esterilizados __ Luvas __ Luvas esterilizadas __ Lenços umedecidos com clorexidina __ Outros, favor especificar: _____ __ Nenhum dos itens citados	Ao visitar pacientes, costumo ter comigo os seguintes produtos (selecione todas as opções que se aplicam): __ Sabão e água __ Desinfetante para as mãos à base de álcool __ Desinfetante para as mãos sem álcool na composição __ Caixa/recipiente para objetos cortantes __ Kit para diagnóstico rápido de estirpes de *Staphylococcus Aureus* resistentes à meticilina (SARM) __ Lenços de álcool __ Álcool __ Protetores faciais __ Máscaras faciais __ Campo cirúrgico __ Luvas __ Luvas estéreis __ Toalhetes de clorexidina __ Outros. Especificar: __ Nenhuma das opções anteriores	- Substituir “costumo ter comigo” por “geralmente tenho”; - Substituir “desinfetante” por “antisséptico”; - Substituir “recipiente” por “coletor”; - Substituir “objetos cortantes” por “materiais perfurocortantes”; - Retirar “estirpes”; - Substituir “campo cirúrgico” por “campos estéreis”; - Substituir “toalhetes” por “lenços”.	Ao visitar pacientes, geralmente tenho os seguintes produtos (selecione todas as opções que se aplicam): __ Sabão e água __ Antisséptico para as mãos à base de álcool __ Antisséptico para as mãos sem álcool na composição __ Caixa/coletor para materiais perfurocortantes __ Kit para diagnóstico rápido de *Staphylococcus Aureus* resistentes à meticilina (MRSA) __ Lenços de álcool __ Álcool __ Protetores faciais __ Máscaras faciais __ Campos estéreis __ Luvas __ Luvas estéreis __ Lenços de clorexidina __ Outros. Especificar: __ Nenhuma das opções anteriores
33	Which specific infection control training or certification have you received (select all that apply)? __ Employee training at your agency __ Certification in Infection Control (CIC) __ State or local training course of certificate __ National APIC training course __ Other, please specify: _____ __ No specific infection control training	Que treinamentos ou certificados sobre controle de infecção você já realizou (favor selecionar todos que se aplicam)? __ Treinamento interno em sua empresa __ Certificação em Prevenção e Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) __ Certificação de curso de treinamento regional ou estadual __ Certificação pela Associação Brasileira dos Profissionais em Controle de Infecções e Epidemiologia Hospitalar (ABIH) __ Outros, favor especificar: _____ __ Nenhum dos treinamentos citados.	Qual dos seguintes treinamentos específicos ou certificações de controle de infecções você fez (selecione todas as opções que se aplicam)? __ Treinamento destinado aos funcionários da agência __ Certificação em Controle de Infecções __ Curso de certificação estadual ou local __ Curso de formação nacional da Associação de Profissionais em Controle de Infecções e Epidemiologia (APIC) __ Outros. Especificar: __ Nenhum curso específico em controle de infecções	Tradução 2: - Substituir “qual” por “Qual (s); - Substituir “fez” por “participou”; - Substituir “de” por “sobre”; - Substituir “treinamento destinado aos funcionários da agência” por “treinamento interno do Serviço de Atenção Domiciliar”; - Excluir a opção de resposta “Curso de certificação estadual ou local”; - Substituir “Curso de formação nacional da Associação de Profissionais em Controle de Infecções e Epidemiologia (APIC)” por “Curso de formação em Controle de Infecção de alguma associação	Quais dos seguintes treinamentos específicos ou certificações sobre controle de infecções você participou (selecione todas as opções que se aplicam)? __ Treinamento interno do Serviço de Atenção Domiciliar. __ Certificação em Controle de Infecções. __ Curso de formação em Controle de Infecção de alguma associação de profissionais de Controle de Infecção. __ Outros. Especificar: _____ __ Nenhum curso específico em controle de infecções.

	Versão Original	Tradução 1	Tradução 2	Adaptações	Síntese 1
				de profissionais de Controle de Infecção.”	
34	Please indicate which of the following you have used to help make decisions about infection control and the care of patients who have infections (select all that apply): __ Agency policies and procedures __ Clinical practice guidelines __ Textbooks __ Scientific journals __ Electronic clinical decision support __ Professional consult __ Organizational websites __ Other, please specify: _____ ____ __ None of these.	Favor indicar quais dos seguintes instrumentos você já utilizou para tomada de decisões no controle de infecção e no cuidado de pacientes com infecção (favor selecionar todos que se aplicam): __ Políticas e procedimentos da empresa __ Guias de prática clínica __ Livros __ Revistas científicas __ Ferramenta eletrônica para tomada de decisões clínicas __ Consultoria profissional __ Outros, favor especificar: _____ ____ __ Nenhum dos itens citados	Qual das seguintes opções você usou para basear sua decisão sobre controle de infecções e atendimento de pacientes com infecções (selecione todas as opções que se aplicam): __ Políticas internas e procedimentos da agência __ Diretrizes de prática clínica __ Livros didáticos __ Revistas científicas __ Sistema eletrônico para auxiliar nas decisões clínicas __ Consulta a um profissional __ Sites de organizações __ Outros. Especificar: __ Nenhuma das opções anteriores.	Tradução 1: - Substituir “da empresa” por “do Serviço de Atenção Domiciliar”. - Incluir “sites de organizações”.	Favor indicar quais dos seguintes instrumentos você já utilizou para tomada de decisões no controle de infecção e no cuidado de pacientes com infecção (favor selecionar todos que se aplicam): __ Políticas e procedimentos do Serviço de Atenção Domiciliar. __ Guias de prática clínica. __ Livros. __ Revistas científicas. __ Ferramenta eletrônica para tomada de decisões clínicas. __ Consultoria profissional. __ Sites de organizações. __ Outros, favor especificar: _____ _ __ Nenhum dos itens citados.
35	When was the last time you received training on infection control topics? __ More than a year ago __ More than six months but less than a year __ More than one month but less than six months __ Within the past month __ Within the past two weeks __ I have never received training on infection control topics.	Quando foi a última vez que você realizou treinamento em tópicos de controle de infecção? __ Há mais de um ano __ No período de seis meses e um ano __ No período de um e seis meses __ Durante o mês passado __ Durante as últimas duas semanas __ Eu nunca realizei treinamento em tópicos de controle de infecção	Quando foi a última vez que você recebeu treinamento sobre controle de infecções? __ Há mais de 1 ano __ Entre 6 meses e 1 ano __ Entre 1 e 6 meses __ No último mês __ Nas últimas 2 semanas __ Nunca fiz treinamento em controle de infecções	Tradução 2 – sem alterações.	Quando foi a última vez que você recebeu treinamento sobre controle de infecções? __ Há mais de 1 ano. __ Entre 6 meses e 1 ano. __ Entre 1 e 6 meses. __ No último mês. __ Nas últimas 2 semanas. __ Nunca fiz treinamento em controle de infecções.
	Knowledge Section	**Seção: Conhecimentos**	**Seção sobre conhecimentos**	Tradução 2 – sem alterações.	**Seção sobre conhecimentos**
36	Masks and goggles are necessary if procedures and patient-care activities are unlikely to cause splashing of blood or bodily fluids. __ Agree	Máscaras e óculos de proteção são necessários mesmo em atividades relacionadas a procedimentos e cuidado de pacientes com pouca probabilidade de gerar respingos de sangue ou fluídos corporais.	É necessário o uso de máscara e óculos de proteção quando os procedimentos e o atendimento ao paciente não têm potencial de respingar sangue ou fluidos corporais. __ Concordo	Tradução 1: - Substituir “atividades relacionadas a procedimentos e cuidado de pacientes” por “procedimentos e atividades	Máscaras e óculos de proteção são necessários mesmo em procedimentos e atividades relacionadas ao cuidado de pacientes com pouca probabilidade

	Versão Original	Tradução 1	Tradução 2	Adaptações	Síntese 1
	__ Uncertain __ Disagree	__ Concordo __ Não tenho certeza __Discordo	__ Não tenho certeza __ Discordo	relacionadas ao cuidado de pacientes”;	de gerar respingos de sangue ou fluidos corporais. __ Concordo. __ Não tenho certeza. __Discordo.
37	Standard precautions do not need to be applied to persons without infections. __ Agree __ Uncertain __ Disagree	Precauções padrão não são necessárias em pacientes sem infecção. __ Concordo __ Não tenho certeza __Discordo	Não é necessário adotar os cuidados de praxe quando se trata de pacientes sem infecções. __ Concordo __ Não tenho certeza __ Discordo	Tradução 1: - Substituir “não são necessárias” por “não precisam ser utilizadas”.	Precauções padrão não precisam ser utilizadas em pacientes sem infecção. __ Concordo __ Não tenho certeza __Discordo
38	Which of the following sources can harbor harmful germs on hands (select all that apply)? __ Jewelry worn on the hands __ Damaged skin __ Artificial fingernails __ Birthmarks	Quais das seguintes fontes podem abrigar germes nocivos às mãos (favor selecionar todos que se aplicam)? __ Uso de joias nas mãos __ Pele lesionada __ Unhas postiças __ Marcas de nascença	Quais das seguintes opções nas mãos podem conter micro-organismos nocivos (selecione todas as que se aplicam)? __ Joias nas mãos __ Lesões na pele __ Unhas postiças __ Marcas de nascença	Tradução 1: - Substituir “às” por “nas”; - Retirar “uso de”; - Substituir “pele lesionada” por “lesões nas mãos”.	Quais das seguintes fontes podem abrigar germes nocivos nas mãos (favor selecionar todos que se aplicam)? __ Joias nas mãos __ Lesões nas mãos __ Unhas postiças __ Marcas de nascença
39	Which of the following are true about multiple drug resistant organisms (select all that apply)? __ Antibiotic overuse can cause the development of multiple drug resistant organisms. __ The organisms can be spread by direct or indirect contact. __ Clinicians can transfer organisms through a stethoscope. __ Gowns are not required for patients who have active multiple drug resistant organisms. __ Contact precautions are not required for patients who have active multiple drug resistant organisms.	Quais das seguintes situações são verdadeiras quando se trata de micro-organismos resistentes a múltiplos medicamentos (favor selecionar todos que se aplicam)? __ O uso exagerado de antibióticos pode desenvolver micro-organismos resistentes a múltiplos medicamentos. __ Micro-organismos podem ser propagados por contato direto ou indireto. __ Médicos podem transferir micro-organismos por meio do estetoscópio. __ Jalecos não são necessários para pacientes com micro-organismos resistentes a múltiplos medicamentos. __ Prevenção a contatos é desnecessária em pacientes com micro-organismos resistentes a múltiplos medicamentos.	Quais das seguintes afirmações em relação a micro-organismos resistentes a múltiplos antimicrobianos é verdadeira (selecione todas as que se aplicam)? __ Usar antibióticos em excesso pode levar ao desenvolvimento de micro-organismos resistentes a múltiplos antimicrobianos. __ Os micro-organismos podem se espalhar por contato direto ou indireto. __ Os médicos podem passar micro-organismos com o uso do estetoscópio. __ Não é necessário o uso de bata no caso de pacientes com micro-organismos resistentes a múltiplos antimicrobianos. __ Não é necessário tomar precauções em relação a contato no caso de pacientes com micro-organismos resistentes a múltiplos antimicrobianos.	Tradução 2: - Substituir “é verdadeira” por “são verdadeiras”; - Substituir “passar” por “transmitir”; - Substituir “bata” por “capote/avental”; - Substituir “não é necessário tomar precauções em relação a contato” por “Precauções de contato não são necessárias”.	Quais das seguintes afirmações em relação a micro-organismos resistentes a múltiplos antimicrobianos são verdadeiras (selecione todas as que se aplicam)? __ Usar antibióticos em excesso pode levar ao desenvolvimento de micro-organismos resistentes a múltiplos antimicrobianos. __ Os micro-organismos podem se espalhar por contato direto ou indireto. __ Os médicos podem transmitir micro-organismos com o uso do estetoscópio. __ Não é necessário o uso de capote/avental no caso de pacientes com micro-organismos resistentes a múltiplos antimicrobianos. __ Precauções de contato não são necessárias no caso de pacientes com micro-organismos resistentes a múltiplos antimicrobianos.

	Versão Original	Tradução 1	Tradução 2	Adaptações	Síntese 1
40	Which of the following are correct statements about the nursing bag (select all that apply)? __ There is a clean and dirty side of the nursing bag. __ The nursing bag should be cleaned when visibly soiled. __ Hand hygiene should be performed after touching the bag. __ The nursing bag should have at least two compartments.	Quais das seguintes assertivas é correta sobre a bolsa de enfermagem (favor selecionar todas que se aplicam)? __ Há uma divisória com um lado limpo e um sujo na bolsa de enfermagem. __ A bolsa de enfermagem deve ser limpa quando visivelmente suja/contaminada. __ Assepsia das mãos deve ser realizada após manuseio da bolsa. __ A bolsa de enfermagem deve ter, pelo menos, dois compartimentos.	Quais das seguintes afirmações em relação à maleta de enfermagem estão corretas (selecione todas as que se aplicam)? __ A maleta tem um lado limpo e um lado sujo. __ A maleta de enfermagem deve ser limpa quando estiver visivelmente suja. __ Deve-se higienizar as mãos após tocar a maleta. __ A maleta de enfermagem deve ter pelo menos dois compartimentos.	Tradução 1: - Substituir "é correta" por "são corretas"; - Substituir "divisória com um lado limpo e outro sujo" por "parte para materiais limpos e outra para materiais sujos"; - Substituir "assepsia" por "a higiene".	Quais das seguintes assertivas são corretas sobre a bolsa de enfermagem (favor selecionar todas que se aplicam)? __ Há uma parte para materiais limpos e outra para materiais sujos na bolsa de enfermagem. __ A bolsa de enfermagem deve ser limpa quando visivelmente suja/contaminada. __ A higiene das mãos deve ser realizada após manuseio da bolsa. __ A bolsa de enfermagem deve ter, pelo menos, dois compartimentos.
41	In which situation is it appropriate to use an alcohol-based hand rub in place of washing your hands with soap and water (select all that apply)? __ After using the bathroom. __ Before eating and drinking. __ When hands are not visibly soiled. __ When patient has a Clostridium difficile infection.	Em que situação é apropriada a higienização das mãos com álcool em vez da lavagem com água e sabão (favor selecionar todas que se aplicam)? __ Após uso do banheiro. __ Antes de comer ou beber. __ Quando as mãos estiverem visivelmente sujas/contaminadas. __ Quando o paciente apresentar infecção hospitalar causada pela superbactéria Clostridium difficile.	Em que situações se deve usar produto para as mãos à base de álcool em vez de lavar as mãos com água e sabão (selecione todas as opções que se aplicam)? __ Após usar o banheiro. __ Antes de comer e beber. __ Quando as mãos não estiverem visivelmente sujas. __ Quando o paciente tiver uma infecção por *Clostridium difficile*	Tradução 1: - Substituir "situação" por "situação (s)"; - Substituir "higienização" por "fricção"; - Substituir "em vez da lavagem" por "em vez de lavar" - Incluir "não" (3º tópico); - Retirar "contaminadas"; - Substituir "hospitalar causada pela superbactéria" por "por".	Em que situação (s) é apropriada a fricção das mãos com álcool em vez de lavar com água e sabão (favor selecionar todas que se aplicam)? __ Após uso do banheiro. __ Antes de comer ou beber. __ Quando as mãos não estiverem visivelmente sujas. __ Quando o paciente apresentar infecção por *Clostridium difficile.*
42	Standard precautions (select all that apply): __ Include the recommendations to protect only the patients. __ Include the recommendations to protect the patients and the healthcare workers. __ Apply to all patients. __ Apply to only healthcare workers who have contact with bodily fluids.	Precauções padrão (favor selecionar todas que se aplicam): __ Incluem recomendações de proteção apenas para pacientes. __ Incluem recomendações de proteção para pacientes e profissionais de saúde. __ Aplicam-se a todos os pacientes. __ Aplicam-se apenas a profissionais de saúde que tenham contato com fluídos corporais.	Cuidados de praxe (selecionar todas as opções que se aplicam): __ Incluir recomendações para proteger apenas os pacientes. __ Incluir recomendações para proteger pacientes e profissionais de saúde. __ Aplicar a todos os pacientes. __ Aplicar somente aos profissionais de saúde que têm contato com fluidos corporais.	Tradução 1 – sem alterações.	Precauções padrão (favor selecionar todas que se aplicam): __ Incluem recomendações de proteção apenas para pacientes. __ Incluem recomendações de proteção para pacientes e profissionais de saúde. __ Aplicam-se a todos os pacientes. __ Aplicam-se apenas a profissionais de saúde que tenham contato com fluídos corporais.
	Part 1: Demographic Questionnaire	**Parte 1: Questionário Demográfico**	**Parte 1: Questionário demográfico**	Tradução 1 = Tradução 2	**Parte 1: Questionário demográfico**
434	Age (in years)	Idade (em anos)	Idade (em anos)	Tradução 1 = Tradução 2	Idade (em anos)

	Versão Original	Tradução 1	Tradução 2	Adaptações	Síntese 1
	_____	_____	_____		_____
44	Gender __ Male __ Female	Gênero __ Masculino __ Feminino	Sexo __ Masculino __ Feminino	Tradução 2 – sem alterações	Sexo __ Masculino __ Feminino
45	Are you Hispanic or Latino (a)? __ Yes __ No	Você é hispânico ou latino? __ Sim __ Não	Você é hispânico(a) ou latino(a)? __ Sim __ Não	Tradução 2 – sem alterações	Você é hispânico(a) ou latino(a)? __ Sim __ Não
46	What is your race? __ American Indian or Alaska Native __ Asian __ Black or African American __ Native Hawaiian or other Pacific Islander __ White or Caucasian __ More than one group	Qual sua raça? __ Indígena americano ou esquimó __ Asiático __ Negro ou afrodescendente __ Havaiano ou nativo das Ilhas do Pacífico (Polinésia, Melanésia e Micronésia) __ Branco ou caucasiano __ Multiétnico	Qual é a sua raça? __ Indígena norte-americano ou nativo do Alasca __ Asiática __ Negra ou afro-americana __ Nativos havaianos ou de outras ilhas do Pacífico __ Branca ou caucasiana __ Pertenço a mais de um grupo	Tradução 2: - Acrescentar “ou cor”; - Substituir opções de resposta por “Amarela; Branca; Indígena, Parda ou Preta”.	Qual é a sua raça ou cor? __ Amarela. __ Branca. __ Indígena. __ Parda. __ Preta.
47	What is the highest level of education that you have completed? __ Less than high school __ High school __ Some college __ Associate degree __ Bachelor’s degree __ Graduate degree	Qual o último grau de escolaridade que você completou? __ Menos que o ensino médio __ Ensino Médio __ Faculdade __ Tecnólogo __ Bacharelado __ Licenciatura	Qual é a sua escolaridade? __ Ensino médio incompleto __ Ensino médio __ Faculdade incompleta __ Tecnólogo __ Graduação __ Pós-graduação	Tradução 2: - Opção de resposta nº 2: Acrescentar “completo”; - Opção de resposta nº 3: retirar “incompleta”.	Qual é a sua escolaridade? __ Ensino médio incompleto __ Ensino médio completo __ Faculdade __ Tecnólogo __ Graduação __ Pós-graduação
48	What is the highest level of nursing education that you have completed? __ Licensed Practical Nurse (LPN) or Licensed Vocational Nurse (LVN) __ Diploma in nursing __ Associate’s degree in nursing __ Bachelor’s degree in nursing __ Master’s degree in nursing __ Doctoral degree in nursing	Qual o último grau de escolaridade da área de enfermagem que você completou? __ Auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem __ Graduação em enfermagem __ Tecnólogo em enfermagem __ Bacharelado em enfermagem __ Mestrado em enfermagem __ Doutorado em enfermagem	Na área de enfermagem, qual foi o título mais alto que você obteve? __ Técnico em enfermagem ou auxiliar de enfermagem __ Formação em enfermagem __ Tecnólogo em Enfermagem __ Bacharel em Enfermagem __ Mestrado em Enfermagem __ Doutorado em Enfermagem	Tradução 1: - Substituir “o último grau de escolaridade na área da enfermagem” por “a sua maior titulação em Enfermagem”; - Opção de resposta nº 1: dividir em duas opções – Curso de Auxiliar em Enfermagem e Curso Técnico em Enfermagem”; - Excluir as opções: “Tecnólogo em Enfermagem” e	Qual a sua maior titulação em Enfermagem? __ Curso de Auxiliar em Enfermagem. __ Curso Técnico em Enfermagem. __ Graduação em Enfermagem. __ Mestrado em Enfermagem. __ Doutorado em enfermagem.

	Versão Original	Tradução 1	Tradução 2	Adaptações	Síntese 1
				"Bacharelado em Enfermagem".	
49	How many years have you worked as a nurse (enter 0 if less than 1 year)? _____	Quantos anos de experiência em enfermagem você possui (informe 0 para menos de um ano)? _____	Há quantos anos você trabalha como enfermeiro (a) (responder zero se menos de 1 ano)? _____	Tradução 1 – sem alterações	Quantos anos de experiência em enfermagem você possui (informe 0 para menos de um ano)? _____
50	How many years have you worked at VNSNY (enter 0 if less than 1 year)? _____	Há quantos anos você trabalha na VNSNY (informe 0 para menos de um ano)? _____	Há quantos anos você trabalha na VNSNY (responder zero se menos de 1 ano)? _____	Tradução 1: - Acrescentar a descrição de VNSNY: "Serviço de Enfermeiros Visitadores de New York".	Há quantos anos você trabalha na VNSNY – "Serviço de Enfermeiros Visitadores de New York" (informe 0 para menos de um ano)? _____
51	How many years have you worked as a home care nurse? _____	Há quantos anos você atua como cuidador em assistência domiciliar? _____	Há quantos anos você trabalha como enfermeiro (a) em atendimento domiciliar? _____	Tradução 2: - Substituir "enfermeiro" por "profissional de enfermagem"; - Substituir em "atendimento domiciliar" por "Serviço de Atenção Domiciliar".	Há quantos anos você trabalha como profissional de enfermagem em Serviço de Atenção Domiciliar? _____
52	What is your primary position at the home care agency? __ Team Manager __ Full-Time Staff Nurse __ Part-Time Staff Nurse __ Per-Diem Staff Nurse	Qual foi sua primeira função em empresa de assistência domiciliar? __ Gerente de equipe __ Enfermeiro (a) em período integral __ Enfermeiro (a) em meio-período __ Enfermeiro (a) por diárias	Qual é seu cargo principal na agência de atendimento domiciliar? __ Líder da Equipe __ Enfermeiro (a) em tempo integral __ Enfermeiro (a) de meio período __ Enfermeiro (a) diarista	Tradução 2: - Retirar "principal"; - Substituir "agência" por "empresa"; - Substituir "líder" por "chefe de equipe de enfermagem".	Qual é seu cargo na empresa de atendimento domiciliar? __ Gerente da Equipe __ Enfermeiro (a) em tempo integral __ Enfermeiro (a) de meio período __ Enfermeiro (a) diarista

APÊNDICE B – VERSÃO PRÉ-FINAL DA "PESQUISA SOBRE CONTROLE DE INFECÇÃO NA ATENÇÃO DOMICILIAR"

Pesquisa sobre Controle de Infecção na Atenção Domiciliar

Elegibilidade do instrumento

1. Qual é a sua profissão?
___ Auxiliar de Enfermagem.
___ Técnico de Enfermagem.
___ Enfermeiro.

2. Você trabalha em um Serviço de Atenção Domiciliar?
___ Sim.
___ Não.

3. Você visita pacientes no seu domicílio pelo menos uma vez por semana?
___ Sim.
___ Não.

4. Você é gestor/chefe de equipe de enfermagem?
___ Sim.
___ Não.

Seção sobre atitudes

5. Como você percebe o risco de adquirir uma infecção relacionada à assistência à saúde em uma escala de 1 a 10, na qual 1 significa nenhum risco e 10 risco muito alto?
__ 1 (nenhum risco)
__ 2
__ 3
__ 4
__ 5
__ 6
__ 7
__ 8
__ 9
__ 10 (risco muito alto)

6. Infecções são um problema sério na Atenção Domiciliar.
__ Discordo totalmente.
__ Discordo.
__ Nem concordo nem discordo.
__ Concordo.
__ Concordo totalmente.

7. Pacientes com infecções podem transmiti-las aos profissionais de saúde.
__ Discordo totalmente.
__ Discordo.
__ Nem concordo nem discordo.
__ Concordo.
__ Concordo totalmente.

8. Eu sempre sei quando devo usar máscara.
__ Discordo totalmente.
__ Discordo.
__ Nem concordo nem discordo.
__ Concordo.
__ Concordo totalmente.

9. Ao higienizar as minhas mãos, eu protejo os meus pacientes de infecções.
__ Discordo totalmente.
__ Discordo.
__ Nem concordo nem discordo.
__ Concordo.
__ Concordo totalmente.

10. Estou suficientemente capacitado para reconhecer infecções nos pacientes.
__ Discordo totalmente.
__ Discordo.
__ Nem concordo nem discordo.
__ Concordo.
__ Concordo totalmente.

11. Os pacientes podem adquirir infecções através do contato com pessoas que os visitam ou que moram com eles.
__ Discordo totalmente.
__ Discordo.
__ Nem concordo nem discordo.
__ Concordo.
__ Concordo totalmente.

12. A vacinação dos pacientes contra a Influenza os protege da gripe.
__ Discordo totalmente.
__ Discordo.
__ Nem concordo nem discordo.
__ Concordo.
__ Concordo totalmente.

13. A vacinação dos profissionais de saúde contra a Influenza protege os pacientes da gripe.
__ Discordo totalmente.
__ Discordo.
__ Nem concordo nem discordo.
__ Concordo.
__ Concordo totalmente.

14. A vacina contra a gripe é segura.
__ Discordo totalmente.
__ Discordo.
__ Nem concordo nem discordo.
__ Concordo.
__ Concordo totalmente.

15. O Serviço de Atenção Domiciliar no qual trabalho permite que eu fique em casa quando estou doente.
__ Discordo totalmente.
__ Discordo.
__ Nem concordo nem discordo.
__ Concordo.
__ Concordo totalmente.

16. No Serviço de Atenção Domiciliar no qual trabalho, os produtos para higiene das mãos estão facilmente acessíveis.
__ Discordo totalmente.
__ Discordo.
__ Nem concordo nem discordo.
__ Concordo.
__ Concordo totalmente.

17. No Serviço de Atenção Domiciliar no qual trabalho, as máscaras estão facilmente acessíveis.
__ Discordo totalmente.
__ Discordo.
__ Nem concordo nem discordo.
__ Concordo.
__ Concordo totalmente.

18. Usar máscara dificulta a comunicação com meus pacientes.
__ Discordo totalmente.
__ Discordo.
__ Nem concordo nem discordo.
__ Concordo.
__ Concordo totalmente.

19. Práticas de prevenção e controle de infecção ajudam a me proteger contra infecções.
__ Discordo totalmente.
__ Discordo.
__ Nem concordo nem discordo.
__ Concordo.
__ Concordo totalmente.

20. O Serviço de Atenção Domiciliar no qual trabalho enfatiza a importância da prevenção de infecções.
__ Discordo totalmente.
__ Discordo.
__ Nem concordo nem discordo.
__ Concordo.
__ Concordo totalmente.

21. Se estou muito atarefado, é difícil priorizar as práticas de prevenção de infecções quando estou cuidando dos pacientes.
__ Discordo totalmente.
__ Discordo.
__ Nem concordo nem discordo.
__ Concordo.
__ Concordo totalmente.

22. Frequentemente tenho dificuldade para inserir e manter dispositivos invasivos conforme as técnicas de assepsia quando estou muito atarefado.
__ Discordo totalmente.
__ Discordo.
__ Nem concordo nem discordo.
__ Concordo.
__ Concordo totalmente.

Seção sobre práticas

23. Faço higiene das mãos antes e após o contato com os pacientes.
__ Nunca.
__ Raramente.
__ Às vezes.
__ Frequentemente.
__ Sempre.

24. Calço luvas quando há previsão de exposição a sangue ou fluidos corporais.
__ Nunca.
__ Raramente.
__ Às vezes.
__ Frequentemente.
__ Sempre.

25. Lavo as mãos ou as fricciono com preparação alcoólica imediatamente após retirar as luvas.
__ Nunca.
___ Raramente.
__ Às vezes.
__ Frequentemente.
__ Sempre.

26. Uso máscara cirúrgica sempre que existe a possibilidade de respingos ou espirros.
__ Nunca.
__ Raramente.
__ Às vezes.
__ Frequentemente.
__ Sempre.

27. Uso capote/avental se há possibilidade de contaminação por sangue ou por fluidos corporais.
__ Nunca.
__ Raramente.
__ Às vezes.
__ Frequentemente.
__ Sempre.

28. Uso óculos de proteção quando existe a possibilidade de exposição a respingos de sangue ou fluidos corporais.
__ Nunca.
__ Raramente
__ Às vezes.
__ Frequentemente.
__ Sempre.

29. Descarto agulhas em coletores para materiais perfurocortantes.
__ Nunca.
_ Raramente.
__ Às vezes.
__ Frequentemente.
__ Sempre.

30. Descarto todos os materiais potencialmente contaminados em sacos impermeáveis.
__ Nunca.
__ Raramente.
__ Às vezes.
__ Frequentemente.
__ Sempre.

31. Com que frequência as seguintes condições encontradas na residência do paciente interferem na minha habilidade de implementar boas práticas de controle de infecção?

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
Pouca luminosidade					
Desordem					
Infestações					
Animais domésticos					
Ausência de água encanada					
Crianças indisciplinadas					
Ambiente sujo					
Má higiene do paciente					
Indique outras condições _____					

32. Ao visitar pacientes, geralmente tenho os seguintes produtos disponíveis (selecione todas as opções que se apliquem):
__ Água e sabão.
__ Preparação alcoólica para higienização das mãos.
__ Caixa/coletor para materiais perfurocortantes.
__ Álcool.
__ Peça semifacial filtrante – PFF2 ou "Máscara N95".
__ Máscaras cirúrgicas.
__ Campos estéreis.
__ Luvas.
__ Luvas estéreis.
__ Soluções a base de clorexidina.
__ Outros. Especificar: _____
__ Nenhuma das opções anteriores.

33. De quais dos seguintes treinamentos/cursos específicos sobre controle de infecções você já participou? Selecione todas as opções que se apliquem.
__ Treinamento interno do Serviço de Atenção Domiciliar.
__ Especialização em Controle de Infecção.
__ Curso de formação em Controle de Infecção de alguma associação de profissionais de Controle de Infecção.
__ Outros. Especificar:
_____
__ Nenhum curso específico em controle de infecções.

34. Indique quais dos seguintes instrumentos você já utilizou para tomada de decisões no controle de infecção e no cuidado de pacientes com infecção. Selecione todas as opções que se apliquem.
__ Protocolos e Procedimentos Operacionais Padrão – POP's do Serviço de Atenção Domiciliar.
__ Guias de prática clínica.
__ Livros.
__ Revistas científicas.
__ Ferramenta eletrônica para tomada de decisões clínicas.
__ Sites de organizações.
__ Outros, favor especificar: _____
__Nenhum dos itens citados.

35. Quando foi a última vez que você recebeu treinamento sobre prevenção e controle de infecção?
__ Há mais de 1 ano.
__ Entre 6 meses e 1 ano.
__ Entre 1 mês e 6 meses.
__ No último mês.
__ Nunca fiz treinamento em controle de infecção.

Seção sobre conhecimentos

36. Máscaras e óculos de proteção são necessários mesmo em procedimentos e atividades relacionadas ao cuidado de pacientes com pouca probabilidade de gerar respingos de sangue ou fluidos corporais.
__ Concordo.
__ Não tenho certeza.
__Discordo.

37. Precauções padrões não precisam ser utilizadas em pacientes sem infecção.
__ Concordo.
__ Não tenho certeza.
__Discordo.

38. Quais das seguintes condições podem abrigar germes nocivos nas mãos? Selecione todas as opções que se apliquem.
__ Adornos nas mãos.
__ Lesões nas mãos.
__ Unhas postiças.
__ Marcas de nascença.

39. Quais das seguintes afirmações em relação a microrganismos multirresistentes são verdadeiras? Selecione todas as opções que se apliquem.
__ Usar antibióticos em excesso pode levar ao desenvolvimento de microrganismos multirresistentes.
__ Os microrganismos podem ser transmitidos por contato direto ou indireto.
__ Os médicos podem transmitir microrganismos por meio do estetoscópio.
__ Não é necessário o uso de capote/avental no caso de pacientes com microrganismos multirresistentes.
__ Precauções de contato não são necessárias no caso de pacientes com microrganismos multirresistentes.

40. Quais das seguintes afirmações são corretas sobre a maleta/bolsa de enfermagem – recipiente ou objeto no qual os insumos necessários à assistência ao paciente são transportados? Selecione todas as opções que se apliquem.
__ Há uma parte para materiais limpos e outra para materiais sujos na maleta/bolsa de enfermagem.
__ A maleta/bolsa de enfermagem deve ser limpa quando visivelmente suja/contaminada.
__ A higiene das mãos deve ser realizada após manuseio da maleta/bolsa.
__ A maleta/bolsa de enfermagem deve ter, pelo menos, dois compartimentos.

41. Em qual situação é apropriada a fricção das mãos com preparação alcoólica em vez de lavar com água e sabão? Selecione todas as opções que se apliquem.
__ Após uso do banheiro.
__ Antes de comer ou beber.
__ Quando as mãos não estiverem visivelmente sujas.
__ Quando o paciente apresentar infecção por *Clostridium difficile*.

42. Sobre as precauções padrões, assinale as afirmações verdadeiras:
__ Incluem recomendações de proteção apenas para pacientes.
__ Incluem recomendações de proteção para pacientes e profissionais de saúde.
__ Aplicam-se a todos os pacientes.
__ Aplicam-se apenas a profissionais de saúde que tenham contato com sangue e fluidos corporais.

Parte 1: Questionário demográfico

43. Informe a sua idade (em anos). _____

44. Informe o seu sexo.
__ Masculino.
__ Feminino.

45. Qual é a sua escolaridade?
__ Ensino médio incompleto.
__ Ensino médio completo.
__ Curso técnico.
__ Graduação.
__ Pós-graduação.

46. Qual a sua maior titulação em Enfermagem?
__ Curso de formação em Auxiliar de Enfermagem ou Técnico em Enfermagem.
__ Graduação em Enfermagem.
__ Especialização em Enfermagem.
__ Mestrado em Enfermagem.
__ Doutorado em Enfermagem.

47. Quantos anos de experiência em enfermagem você possui? _____

48. Há quantos anos você trabalha como profissional de enfermagem em Serviço de Atenção Domiciliar?
_____

49. Qual o seu vínculo empregatício com o Serviço de Atenção Domiciliar que você trabalha?
___ Celetista ou "carteira assinada";
___ Estatutário ou servidor público;
___ Outro.

Agradecemos por completar esta pesquisa!

ANEXO A – SUBMISSÃO DA SÍNTESE 2 - RETROTRADUÇÃO AOS AUTORES DO INSTRUMENTO ORIGINAL

Re: Translation and cross-cultural adaptation "Survey of Infection Control in Home Health Care"

De: David Russell (David.Russell@vnsny.org)

Para: talitabsilveira@yahoo.com.br

Cc: viniciusmaldaner@gmail.com; leila.gottems@gmail.com

Data: quarta-feira, 3 de abril de 2019 09:41 BRT

Hi Talita,
The back translation is excellent and reflects all of the content in the original survey. Best, David

From: Talita Braga <talitabsilveira@yahoo.com.br>
Sent: Tuesday, April 2, 2019 5:21 PM
To: David Russell
Cc: Vinicius Maldaner Da Silva; Leila Gottems
Subject: Translation and cross-cultural adaptation "Survey of Infection Control in Home Health Care"

WARNING: This email arrived from a source external to VNSNY. Please validate the sender and the message content before clicking links or opening attachments.

Dr. Russel,

We submit the back translation of the questionnaire "Survey of Infection Control in Home Health Care" for your assessment.
This is a process of validity checking to make sure that the translated version is reflecting the same item content as the original version.
We adopt the methodology described by BEATON, 2000.
Please, let us know if we could help answer any question.

Best regards,

Talita and Vinícius.

BEATON, D.E. et al. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. SPINE, v. 25, n. 24, p. 3186-3191, 2000.

This electronic message is intended to be for the use only of the named recipient, and may contain information from Visiting Nurse Service of New York and/or its affiliates and subsidiaries ("VNSNY") that is confidential or privileged, or protected health information from VNSNY that is confidential under HIPAA. If you are not the intended recipient, you are hereby notified that any disclosure, copying, distribution or use of the contents of this message is strictly prohibited. If you have received this message in error or are not the named recipient, please notify us immediately by contacting the sender at the electronic mail address noted above, and delete and destroy all copies of this message. Thank you.