

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL
CAMPUS CHAPECÓ
CURSO DE ENFERMAGEM**

FABIANA MACIEL COFFERI

**ADESÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM QUE ATUAM EM UMA UTI
GERAL AO BUNDLE DE PREVENÇÃO A PAV EM UM HOSPITAL REGIONAL DO
OESTE CATARINENSE**

CHAPECÓ

2024

FABIANA MACIEL COFFERI

**ADESÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM QUE ATUAM EM UMA UTI
GERAL AO BUNDLE DE PREVENÇÃO A PAV EM UM HOSPITAL REGIONAL DO
OESTE CATARINENSE**

Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em
Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul
(UFFS), como requisito para obtenção do título de
bacharel de Enfermagem

Orientadora: Prof. Dra. Tatiana Gaffuri Da Silva

CHAPECÓ

2024

Bibliotecas da Universidade Federal da Fronteira Sul - UFFS

Cofferi, Fabiana Maciel

Adesão dos profissionais de enfermagem que atuam em uma uti geral ao bundle de prevenção a pav em um hospital regional do oeste catarinense / Fabiana Maciel Cofferi. -- 2024.

56 f.

Orientadora: Doutora Tatiana Gaffuri da Silva

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Universidade Federal da Fronteira Sul, Curso de Bacharelado em Enfermagem, Chapecó, SC, 2024.

1. Bundles. 2. Unidade de Terapia Intensiva. 3. Segurança do paciente. 4. Pneumonia associada à ventilação mecânica. 5. Profissionais de Enfermagem. I. Silva, Tatiana Gaffuri da, orient. II. Universidade Federal da Fronteira Sul. III. Título.

FABIANA MACIEL COFFERI

**ADESÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM QUE ATUAM EM UMA UTI
GERAL AO BUNDLE DE PREVENÇÃO A PAV EM UM HOSPITAL REGIONAL DO
OESTE CATARINENSE**

Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em
Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul
(UFFS), como requisito para obtenção do título de bacharel
de Enfermagem

Este trabalho foi defendido e aprovado pela banca em 25/11/2024

BANCA EXAMINADORA

Documento assinado digitalmente



TATIANA GAFFURI DA SILVA

Data: 29/11/2024 13:17:57-0300

Verifique em <https://validar.it.gov.br>

Professora Doutora Tatiana Gaffuri Da Silva

Orientadora

Documento assinado digitalmente



SILVIA SILVA DE SOUZA

Data: 29/11/2024 13:42:38-0300

Verifique em <https://validar.it.gov.br>

Professora Doutora Silvia Silva de Souza - UFFS

Avaliadora

Documento assinado digitalmente



PAULO CESAR DA SILVA

Data: 29/11/2024 14:45:42-0300

Verifique em <https://validar.it.gov.br>

Enfermeiro Paulo Cesar da Silva – HRO

Avaliador

Dedico este trabalho aos meus pais, que ao longo desta jornada me apoiaram incondicionalmente, e a mim mesma, por enfrentar e superar este grande desafio

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço aos meus pais, que me apoiaram durante toda a minha jornada acadêmica, vocês foram o meu alicerce durante todo este período e sem vocês esta Fabiana atual não existiria. Tenho orgulho de ser filha de duas pessoas que desde a minha infância me incentivaram a seguir meus sonhos sem medo. Agradeço por todo o amor e carinho que tiveram comigo e espero continuar a orgulhá-los no futuro.

Agradeço também à minha orientadora, a professora Tatiana, que me ajudou a sair da minha zona de conforto e me mostrou um outro lado da enfermagem. Abrindo um leque de horizonte para o meu futuro profissional, no qual me fez me apaixonar pela área ainda mais.

Manifesto minha gratidão a banca avaliadora, professora Silvia e enfermeiro Paulo, por aceitarem fazer parte de um momento tão importante na minha graduação. Assim como a minha orientadora, vocês me apresentaram um lado da enfermagem que eu não conhecia.

Não poderia esquecer de agradecer às minhas queridas amigas, Emmania Joseph e Monique Zandonade. Com as suas personalidades marcantes e inesquecíveis, vocês trouxeram leveza, alegria e luz na minha vida em momentos que nem a mais brilhante lâmpada conseguiria iluminar. E por isso serei eternamente grata pelo companheirismo de vocês.

E por fim, expresso minha gratidão a pessoa que vivenciou toda esta jornada em primeira pessoa, para aquela menina tímida e quieta que achava que nunca passaria em uma universidade federal e que no terceiro ano do ensino médio estava com medo do futuro. Para aquela mulher que entrou em 2020 não sabendo se gostaria ou não do curso e que estava cheia de receios e medos.

Tenho orgulho do meu eu passado, do meu eu presente e com certeza me orgulharei do meu eu futuro.

Não há nada permanente no mundo. Tudo é apenas um acontecimento que passa (Agust D; Pdogg, 2020, não paginado).

RESUMO

O presente estudo teve como objetivo analisar a adesão e conformidade das práticas de enfermagem que integram o *bundle* de prevenção da Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAV) em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Trata-se de um estudo quantitativo de corte transversal desenvolvido na UTI geral adulto de um hospital do Oeste Catarinense. A coleta de dados foi desenvolvida entre setembro e outubro de 2024, através de visitas na UTI geral 5 vezes por semana. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS) sob o número CAAE 81112324.5.0000.5564. Os dados foram coletados utilizando um roteiro de investigação de conformidade instituído e padronizado pelo Serviço de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (SCIRAS). Para estabelecer a conformidade esperada das práticas avaliadas e analisar a adesão foi utilizado o Índice de Positividade proposto por Carter e a estatística descritiva. Os resultados evidenciaram baixa adesão e conformidade às práticas de enfermagem que integram o *bundle* de prevenção à PAV. O Índice de Positividade de Carter revelou uma assistência sofrível em todos os itens do instrumento de investigação. O estudo apontou lacunas no cuidado prestado pelos profissionais de enfermagem que impactam negativamente na qualidade assistencial e na prevenção da PAV. O papel da equipe de enfermagem, e principalmente do enfermeiro como supervisor das ações desenvolvidas na UTI, é crucial para a prevenção da PAV. Quando feito de forma prudente e criteriosa, ocorre a melhora na qualidade da assistência de saúde ofertada aos pacientes, diminui o tempo de hospitalização e reduz os gastos com custos extras para o hospital.

Palavras-chave: *Bundles*; Unidade de Terapia Intensiva; Segurança do paciente; Pneumonia associada à ventilação mecânica; Protocolos; Profissionais de Enfermagem.

ABSTRACT

The aim of this study was to analyze adherence to and compliance with the nursing practices that make up the Mechanical Ventilation-Associated Pneumonia (VAP) prevention bundle in an Intensive Care Unit (ICU). This is a cross-sectional quantitative study carried out in the general adult ICU of a hospital in western Santa Catarina. Data collection took place between September and October 2024, through visits to the general ICU five times a week. The project was approved by the Research Ethics Committee of the Federal University of the Southern Frontier (UFFS) under CAAE number 81112324.5.0000.5564. The data was collected using a compliance investigation script established and standardized by the Healthcare-Related Infection Control Service (SCIRAS). The Positivity Index proposed by Carter and descriptive statistics were used to establish the expected compliance of the practices assessed and to analyze adherence. The results showed low adherence and compliance with the nursing practices included in the VAP prevention bundle. Carter's Positivity Index revealed poor care in all items of the research instrument. The study pointed to gaps in the care provided by nursing professionals which have a negative impact on the quality of care and the prevention of VAP. The role of the nursing team, and especially the nurse as supervisor of the actions carried out in the ICU, is crucial for preventing VAP. When this is done prudently and carefully, it improves the quality of the health care offered to patients, reduces the length of hospitalization and cuts down on extra costs for the hospital.

Keywords: Intensive Care Unit; Patient safety; Ventilator-associated pneumonia; Protocols; Nursing professionals.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Cálculo amostral via SEstatnet, 2024, Chapecó-SC, Brasil.....	27
--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Apresentação do índice de Positividade proposto por Carter, 2024, Chapecó-SC, Brasil.....	29
Tabela 2 - Adesão dos profissionais de enfermagem as variáveis que compõem o bundle de prevenção a PAV observadas na UTI , 2024, Chapecó-SC, Brasil.....	30
Tabela 3 - Apresentação do Índice de Positividade (IP) de Carter e qualificação da assistência em relação à adesão dos profissionais de enfermagem as variáveis que compõem o bundle de prevenção a PAV observadas na UTI, 2024, Chapecó-SC, Brasil.....	31

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Checagem completa x checagem incompleta aos itens do bundle de prevenção a PAV, 2024, Chapecó-SC, Brasil.....	31
Gráfico 2 - Adesão geral da equipe de enfermagem aos itens do bundle de prevenção a PAV, 2024, Chapecó-SC, Brasil.....	32
Gráfico 3 - Adesão dos profissionais de enfermagem ao decúbito entre 30° a 45° graus, 2024, Chapecó-SC, Brasil.....	32
Gráfico 4 - Adesão dos profissionais de enfermagem a higiene oral com clorexidina 0,12%, 2024, Chapecó-SC, Brasil.....	33
Gráfico 5 - Adesão dos profissionais de enfermagem a mensuração da pressão do balonete/cuff entre 20 e 25 cmH ₂ O, 2024, Chapecó-SC, Brasil.....	33
Gráfico 6 - Adesão dos profissionais de enfermagem a aspiração das secreções acima do balonete, 2024, Chapecó-SC, Brasil.....	34

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ALVF	Associação Hospitalar Lenoir Vargas Ferreira
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
EA	Eventos adversos
HMPS	<i>Harvard Medical Practice Study</i>
HRO	Hospital Regional do Oeste
IRAS	Infecções relacionadas à assistência à saúde
IOM	<i>Institute of Medicine</i>
IP	Índice de Positividade
JCI	<i>Joint Commission International</i>
MIFS	<i>Medical Insurance Feasibility Study</i>
NSP	Núcleo de Segurança do Paciente
N/A	Não se aplica
OMS	Organização Mundial de Saúde
PFPS	<i>Patients for Patient Safety</i>
PAV	Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
POP	Procedimento Operacional Padrão
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
SCIRAS	Serviço de controle de infecção relacionada à assistência à saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFFS	Universidade Federal da Fronteira Sul
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
VM	Ventilação Mecânica

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	15
2 OBJETIVOS.....	18
2.1 OBJETIVO GERAL.....	18
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	18
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	19
3.1 A EVOLUÇÃO DA SEGURANÇA DO PACIENTE E SUA IMPORTÂNCIA PARA O CUIDADO PRESTADO NA UTI.....	19
3.2 PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO MECÂNICA NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA.....	23
4 METODOLOGIA.....	26
4.1 TIPO DE PESQUISA.....	26
4.2 CENÁRIO DA PESQUISA.....	26
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	27
4.4 COLETA DE DADOS.....	28
4.5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS.....	28
4.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	29
5 RESULTADOS.....	30
6 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS.....	34
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	39
REFERÊNCIAS.....	41
APÊNDICE A - Termo de compromisso de utilização de dados em arquivos.....	46
ANEXO A - Roteiro de investigação de conformidade instituído e padronizado utilizado pelo SCIRAS nas auditorias.....	48
ANEXO B - Check list diário utilizado pelos profissionais da UTI para a realização dos cuidados para a prevenção de PAV.....	50
ANEXO C - Parecer substanciado do CEP.....	51

1 INTRODUÇÃO

Ao longo dos anos o tema segurança do paciente vem gradativamente sendo explorado pelos profissionais de saúde em busca de melhor qualidade no cuidado ofertado ao paciente (Souza; Mendes, 2019).

Segundo Souza e Mendes (2019) um dos estudos pioneiros sobre esse assunto foi o *The Harvard Medical Practice Study* (HMPS), realizado em 1984 em hospitais em Nova Iorque, o qual revelou que 3,7 % dos eventos adversos (EA) cometidos em pacientes poderiam ter sido evitados. Já o relatório elaborado pelo *Institute of Medicine* (IOM) em 1999, o *To Err is Human: Building a Safer Health System*, apontou que nos Estados Unidos da América mais de 44 mil mortes anuais tiveram como motivo os EA decorrentes da prestação de cuidados de saúde (Souza; Mendes, 2019).

Tais publicações alertaram órgãos e profissionais de saúde para a dimensão e importância das questões relativas à segurança do paciente. Após esses estudos, em 2004 a Organização Mundial de Saúde (OMS) criou a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, que em 2009 foi renomeada para Segurança do Paciente, que possuía como objetivo promover a melhoria da segurança do paciente e diminuir os EA a partir de práticas seguras.

Apesar disso, os números de EA não diminuíram, o que forçou a OMS a realizar diversas outras campanhas e ações ao longo dos anos ao redor do mundo a fim de combater e conscientizar os profissionais e as instituições de saúde a respeito do assunto (Souza; Mendes, 2019).

Nos dias de hoje, persiste a ocorrência de eventos nos serviços de saúde que poderiam ser evitados a partir de práticas já recomendadas na literatura científica. Em alguns setores, o risco pode ser maior devido à alta complexidade do serviço e dos pacientes que lá se encontram, como é o caso de ambientes críticos, como a unidade de terapia intensiva (UTI).

No espaço da terapia intensiva os pacientes estão sujeitos a diferentes eventos adversos em decorrência dos inúmeros procedimentos invasivos, alta complexidade, dentre outras situações, como as pneumonias associadas à ventilação mecânica (PAV).

A PAV é considerada uma infecção que aparece 48 horas após intubação endotraqueal e/ou 48 horas após extubação associada a critérios clínicos, radiológicos e laboratoriais (Alecrim *et al.*, 2019). É a segunda infecção mais frequente em pacientes internados na UTI, excedendo as taxas de mortalidade de todas as outras infecções relacionadas a assistências à saúde (IRAS). Eleva os custos no cuidado do paciente, e aumenta o tempo de internação, morbidade e mortalidade nos serviços (Brasil, 2017).

Segundo Cabrera-Tejada., *et al* (2023) pacientes que desenvolvem PAV possuem um período de internação maior do que os que não foram acometidos pela doença, uma diferença de (17.40 ± 8.93) dias versus (8.93 ± 7.35) , respectivamente, assim como o tempo no qual ficam em ventilação mecânica (VM). De acordo com Alecrim., *et al* (2019) a estimativa da mortalidade relacionado a PAV é de aproximadamente 13%, podendo variar entre 3% a 17%.

A taxa de incidência de PAV varia muito dependendo da população e dos métodos de diagnósticos disponíveis, porém é consenso que essa taxa aumenta de acordo com a duração da VM, conforme a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Ela aponta que a incidência da PAV é de aproximadamente 3% por dia durante os primeiros 5 dias e após, 2% para cada dia subsequente (ANVISA, 2017).

Uma medida primordial e fundamental para prevenir a incidência de PAV é o uso de protocolos padronizados que contam com medidas preventivas referente às práticas multidisciplinares aplicadas na UTI, a fim de melhorar o desfecho do quadro clínico de pacientes em VM. Essas medidas estão completamente relacionadas à queda nos índices de infecção, na redução de casos de PAV e diminuição dos dias de internação na UTI, chegando até a uma redução de 36 dias para 27 (Branco *et al.*, 2019).

Essas ações são medidas de baixo custo, como elevação da cabeceira entre 30° e 45° graus, higiene oral com clorexidina, mensuração da pressão do balonete/*cuff* e aspiração de secreções que podem ser facilmente aplicadas na rotina diária da UTI.

Assim sendo, os profissionais de saúde devem fazer uso de todo conhecimento referente aos protocolos de prevenção da PAV a fim de melhor realizar os cuidados, otimizando o tempo de internação do paciente e promovendo uma melhora no quadro clínico.

A implementação de protocolos e a instituição de uma cultura de segurança na instituição (Santos e Takashi, 2023) busca oportunizar práticas coerentes. A partir disso, a necessidade de buscar estratégias que deem conta de estimular ações seguras no que tange os cuidados realizados por meio de diferentes ferramentas.

Diante do entendimento do quanto é importante prevenir a PAV, em razão de que a sua ocorrência está relacionado com a piora do quadro clínico do paciente, permanência em VM, aumento do tempo de hospitalização, maior mortalidade e custo para a instituição, paciente e para o sistema de saúde, se tem a seguinte pergunta de pesquisa: qual é a adesão dos profissionais de Enfermagem que atuam em uma UTI geral ao *bundle* de prevenção a PAV em um hospital do Oeste Catarinense?

Assim, tem-se por objetivo analisar a adesão e conformidade das práticas de enfermagem que integram o bundle de prevenção da Pneumonia Associada à Ventilação

Mecânica em uma Unidade de Terapia Intensiva, já que tais medidas influenciam a taxa de incidência de infecção no ambiente de terapia intensiva.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a adesão e conformidade das práticas de enfermagem que integram o *bundle* de prevenção da Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica em uma Unidade de Terapia Intensiva.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analisar o índice de positividade de Carter aos itens do *bundle* de prevenção a PAV de um hospital do oeste catarinense;
- Identificar a adesão dos profissionais de Enfermagem ao item do *bundle* sobre higiene oral com clorexidina;
- Identificar a adesão dos profissionais de Enfermagem ao item do *bundle* sobre o decúbito entre 30° a 45° graus;
- Identificar a adesão dos profissionais de Enfermagem ao item do *bundle* sobre mensuração da pressão do balonete entre 20 a 25 cmH₂O;
- Identificar a adesão dos profissionais de Enfermagem ao item do *bundle* sobre aspiração das secreções acima do balonete.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Na revisão de literatura serão abordados os seguintes temas: A segurança do paciente ao longo da história da humanidade e a sua importância para com o cuidado prestado na UTI, e Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica no contexto da UTI.

3.1 A EVOLUÇÃO DA SEGURANÇA DO PACIENTE E SUA IMPORTÂNCIA PARA O CUIDADO PRESTADO NA UTI

A UTI possui um contexto de alta complexidade, no qual os profissionais de Enfermagem assumem a responsabilidade integral da assistência dos internados no setor, com cuidados altamente diferenciados que podem ser entendidos como um pilar para a melhora do quadro clínico crítico dos pacientes (Teixeira; *et al.*, 2023). Neste setor os enfermeiros devem ter um amplo conhecimento sobre os procedimentos técnicos, raciocínio clínico e lógico e especialmente saber dominar os protocolos para que se tenha como resultado uma assistência à saúde mais qualificada e diminuição dos EA, além de recuperação do quadro clínico do paciente, que na grande maioria estarão em um estado crítico, com potencial risco de morte, e necessitarão de controle e observação rigorosa.

A UTI é um setor hospitalar que abriga pacientes com quadros clínicos graves e que exige cuidados contínuos e de qualidade, profissionais capacitados e com constante agilidade e habilidade no cuidado (Lobato., *et al.*, 2023). É um local que dispõe de equipamentos tecnológicos que respondem às necessidades de cuidados complexos.

Em razão da alta complexidade do setor, é necessário da equipe um treinamento adequado e especializado que consiga suprir todas as demandas exigidas. Para isso acontecer é necessário que haja um ambiente de trabalho muito bem planejado e organizado, com o uso constante de protocolos que assegurem a assistência correta ao indivíduo internado, que garantam a segurança do paciente durante todo o cuidado prestado.

Hipócrates, considerado o pai da medicina, em seu tempo já falava sobre a importância de não causar danos ao outro com o seu pressuposto *Primum non nocere* (primeiro não cause o dano), no qual contribuiu ao longo da história para o entendimento de que para melhorar a qualidade da saúde, é necessário ter cuidado com os danos causados ao indivíduo (Brasil, 2014).

A linha histórica da segurança do paciente é enorme e conta com contribuições de diversos pensadores, no final do século XIX, a sociedade tinha como pensamento dominante

de que os profissionais de saúde deveriam cumprir seu papel sem errar e que erros eram raros e que se ocorresse algum erro, era dever do profissional resolvê-lo sem falar para o paciente (Souza; Mendes, 2019). Porém Florence Nightingale apareceu na história da saúde trazendo diversas mudanças na forma de cuidado, principalmente no sentido de melhorar a segurança do paciente, trazendo recomendações de melhorias das condições sanitárias nos hospitais, para resultar na melhora da saúde dos indivíduos.

Outra figura importante para a melhoria na qualidade assistencial foi Ignaz Semmelweis, o pioneiro dos procedimentos antissépticos, ele notou a importância da higienização das mãos entre um procedimento e outro, porém foi pouco aceito pela comunidade científica e morreu antes de implementar suas descobertas.

Por fim, outra personalidade significativa foi Ernest Amory Codman, um cirurgião americano que expôs em sua época a necessidade e importância de garantir a qualidade dos resultados das intervenções realizadas nos pacientes. Ele pensava que para melhorar a assistência ofertada era necessário anotar e classificar todos os erros feitos durante todo o cuidado prestado de todos os pacientes (Souza; Mendes, 2019).

O estudo precursor sobre a importância da segurança do paciente e para observar a incidência de EA foi o *The Medical Insurance Feasibility Study* (MIFS) de 1974 na Califórnia, mas só em 1984 com o *The Harvard Medical Practice Study* (HMPS) em Nova Iorque que globalmente o assunto começou a ficar conhecido. Após dois anos da publicação do relatório *To Err is Human* de 1999, o IOM publicou o texto *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century* no qual aponta como dimensões da qualidade do cuidado ofertado à segurança, à efetividade, à centralidade no paciente, a oportunidade, a equidade e a eficiência (Souza; Mendes, 2019), foi aqui que a segurança apareceu pela primeira vez como alicerce para qualidade do cuidado.

Nesses relatórios o que se destacou como principal estratégia sugerida foi a mudança de cultura das organizações de saúde, no qual é necessário mudar de uma cultura que culpa e pune os profissionais para uma cultura de aprender com o erro e o notificar para que não ocorra mais.

É nessa realidade que em 2004 a OMS criou a campanha *Patient Safety* com o objetivo de promover a melhoria na segurança do paciente a nível mundial, colocando o assunto como prioridade da saúde pública e que se deve integrar no cuidado prestado ao paciente. No ano seguinte a OMS também criou em parceria com a *Joint Commission International* (JCI) para fortalecer a cultura de segurança do paciente o *Patient Safety Solutions*, com o objetivo de apoiar a sistematização das medidas preventivas relacionadas a

esse assunto (Souza; Mendes, 2019). A partir desse estudo que em 2007 as nove soluções foram criadas e publicadas, sendo elas:

Gestão de medicamentos de aspectos e nome semelhantes; identificação do paciente; comunicação durante a transição de cuidados; realização do procedimento correto no local correto; controle das soluções concentradas de eletrólitos; conciliação medicamentosa; evitar erros na conexão de cateteres e tubos; uso único de dispositivos injetáveis e melhorar a higiene das mãos para prevenir infecções associadas aos cuidados de saúde (Souza; Mendes, p.52, 2019).

Essas nove soluções com o tempo foram sendo modificadas até virar os tão conhecidos 10 passos para a segurança do paciente, muito utilizado nos protocolos de hospitais ao redor do mundo. Outro marco importante foi a criação da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente em 2004 pela OMS, que tem como objetivo definir os conceitos desse assunto e propor medidas para a diminuição dos EA (Sanches, 2023).

No território brasileiro os pioneiros referente a promoção da segurança do paciente são os órgãos e os serviços responsáveis pelas transfusões de sangue, os do controle e de prevenção de infecções associadas aos cuidados de saúde e também os serviços de anestesia (Brasil, 2014).

É relevante destacar que esse assunto ainda é recente no Brasil, com a instituição de um Programa Nacional de Segurança do Paciente em 2013, com a portaria 529, e com estudos sobre esse tema se tornando cada vez mais relevantes. Por essa razão o que se tem como central para entender desse assunto é que para se ter uma assistência de Enfermagem que maximize a recuperação do paciente é necessário fazer uso dos protocolos de Enfermagem, principalmente os relacionados à segurança do paciente.

Dentro do assunto de segurança do paciente um dos eixos do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) é sobre a criação e implementação de nove protocolos básicos para se implementar no ambiente hospitalar que são: cirurgia segura; segurança durante a prescrição; administração de medicamentos; identificação dos pacientes; comunicação durante o cuidado prestado; prevenção de quedas e lesão por pressão; uso seguro de equipamentos e transporte seguro de pacientes (Brasil, 2014). Que coincidem com o que a OMS aborda como base para a segurança do paciente e também em razão do fato de que são ações com baixo custo e muito eficazes na diminuição de EA. Esses protocolos são obrigatórios constar no plano (local) de segurança do paciente feito pelo Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) nos estabelecimentos de Saúde.

Essa NSP surgiu em 2013 com a RDC (Resolução da Diretoria Colegiada) nº 36 criada pela ANVISA com o propósito de fortalecer a cultura de segurança do paciente,

tornando obrigatório a existência de um NSP nos serviços de saúde, que tem como objetivo elaborar e implementar os protocolos de saúde, além de ficarem responsáveis por controlar e notificar os EA para o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (Souza *et al.*, 2019).

A ocorrência de algum EA acarreta prejuízo tanto para o paciente, como o seu sofrimento e até a sua morte, como prejuízos financeiros, em razão de que causa um aumento da permanência no hospital, uma necessidade de realizar intervenções terapêuticas e diagnósticas no indivíduo, tudo isso custa dinheiro, ou seja, gasta os recursos do hospital (Siman, 2016).

Por essa razão, nos últimos anos houve um aumento de estudos e trabalhos sobre esse assunto, a fim de diminuir os EA e diminuir os gastos financeiros. Se sabe que mesmo com diversos esforços da equipe para assegurar uma assistência de qualidade e com segurança, em qualquer período de internação o paciente é passível de sofrer algum tipo de EA.

Siman e Brito (2016) em seu estudo sobre as mudanças que são necessárias durante a prática da assistência de Enfermagem para se melhorar a segurança do paciente, apontam sobre a importância de se desenvolver atividades que procurem melhorar a qualidade do atendimento nos hospitais, assim como o gerenciamento de risco, com a prática de identificar e notificar as EA, no qual os autores consideram a primeira etapa da implementação de uma cultura de segurança do paciente. Para eles, a adoção de medidas para melhorar a assistência prestada causa um aumento na segurança não só do paciente como do profissional, que acaba se sentindo seguro para realizar o seu trabalho.

Uma assistência de Enfermagem sem nenhum tipo de suporte técnico ou padronização enriquece a imperícia, imprudência e negligência, o que resulta em danos, algumas vezes até irreversíveis, aos pacientes e também problemas éticos aos profissionais (Pimenta, 2017). Por essa razão existem os protocolos assistenciais de Enfermagem, que abordam os preceitos da prática baseada em evidências que atendem as demandas da unidade de saúde. Um protocolo é tudo aquilo que descreve uma situação específica de cuidado, mostrando como faz, quem faz e o que se faz, explicando aos profissionais todo o passo a passo para uma determinada ação, tudo aquilo que eles devem realizar.

No livro “Guia para Construção de Protocolos Assistenciais de Enfermagem” Pimenta *et al.*, (2017) aponta as vantagens que o uso dos protocolos podem trazer a assistência de Enfermagem, sendo algumas delas, a maior segurança aos usuários e profissionais, melhora na qualificação dos profissionais durante alguma tomada de decisões na assistência, facilidade na incorporação de novas tecnologias no setor, inovação no cuidado, e o uso de recursos de forma racional e com mais transparência em relação aos custos.

Os autores apontam que o uso dos protocolos tem como objetivo aprimorar a assistência e favorecer as práticas com sustentação científica e para que todas essas vantagens possam acontecer é necessário que cada profissional de saúde saiba o seu papel referente aos protocolos estabelecidos, para que assim possa acontecer uma assistência centrada na cooperação da equipe.

No contexto da UTI, Souza *et al.*, (2019) aponta em seu estudo que após a implementação e a posterior utilização dos nove protocolos básicos inclusos na PNSP foi possível notar um aumento de ações que estimulam a cultura da segurança do paciente entre os profissionais do setor, porém apenas se esses protocolos forem padronizados e tendo como o objetivo principal a diminuição dos EA.

É pertinente entender que a cultura de segurança do paciente nada mais é que “um indicador estrutural básico que favorece a implantação de melhores práticas clínicas incluindo a notificação de incidentes e o aprendizado” (Siman, p.15, 2016). Também é primordial a compreensão de que para ocorrer o fortalecimento dessa cultura é necessário deixar de lado a ideia de que é preciso procurar um culpado diante a ocorrência de algum EA, e ter em mente que a cultura da segurança do paciente é um conjunto de valores, atitudes e padrões comportamentais que “determinam o compromisso, o estilo e a proficiência da administração de uma organização saudável e segura” (Reis; Laguardia, p.2033, 2013), que buscam melhorar a assistência ofertada e otimizar o tempo de permanência do paciente no hospital.

3.2 PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO MECÂNICA NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

As infecções nosocomial, ou seja, as infecções adquiridas durante a internação hospitalar, em UTI possuem no país uma taxa de incidência de 10% a 30% (Silva; Palu; Brusamarell, 2018) e são consideradas a principal causa de morbimortalidade no setor.

As Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) são um dos EA mais comuns em hospitais e podem ser adquiridas em qualquer ambiente hospitalar, porém a UTI é um setor com mais suscetibilidade em razão de que a grande maioria dos pacientes estão com o sistema imunológico comprometido (Silva, 2019). Essas infecções são um grande problema na saúde do mundo todo, trazendo como consequência o aumento do tempo de hospitalização, morbidade e mortalidade dos pacientes internados. Esse problema é ainda maior nas UTIs já que diversos fatores somam-se como o grande uso de antibióticos, a internação prolongada e o fato de que os pacientes são submetidos a diversos procedimentos invasivos diariamente.

Silva (2019) aponta em seu estudo que as IRAS mais frequentes na UTI são infecções pulmonares associadas à VM, infecções urinárias e as infecções primárias da corrente sanguínea. Em razão de que são ocasionadas por microrganismos resistentes são consideradas complicações graves que têm um tratamento difícil.

A ANVISA na nota técnica GVIMS/GGTES Nº 03/2023 no qual aponta os critérios para diagnósticos das IRAS, salienta a importância de observar o período de janela de infecção, sendo esse um período de sete dias no qual são identificados todos os elementos, como resultados de exames e sintomas, no qual atendem um critério de diagnóstico específico, esse tópico é usado para definir a data da infecção.

Esse período considera “3 (três) dias antes e 3 (três) dias depois da data da coleta do primeiro exame laboratorial com resultado positivo ou da realização do primeiro exame de imagem com resultado positivo/alterado” (Anvisa, p.10, 2023) e quando não houver exames, se considera a data do primeiro sintoma. Depois que se observa essa janela e definir a data da infecção, se utiliza desse achado para determinar se a infecção ocorreu antes ou depois da admissão do paciente no setor e se é associada ou não a um dispositivo invasivo.

Outra informação importante nesta nota técnica, é de que para a IRAS ser associada a um dispositivo invasivo, o paciente deve ter utilizado o mesmo em um período maior que 2 dias consecutivos e que na data da infecção ele ainda esteja usando o aparelho ou retirado no dia anterior.

A ANVISA (2023) apresenta que clinicamente para realizar um diagnóstico de PAV em um paciente adulto e em crianças > 1 ano deve ser identificado esses critérios: Em uso de VM por um período maior que dois dias consecutivos e que na data da infecção estava em VM ou foi retirado um dia antes; Se não tiver doença cardíaca ou pulmonar de base e possuir um exame de imagem com infiltrado, opacificação, cavitação ou pneumatocele; Estar com um desses sinais: febre sem causa associada, leucopenia ou leucocitose ou alteração no nível de consciente sem causa aparente (este último em pacientes maiores que 70 anos); E por fim deve apresentar ao menos dois desses sintomas: Secreção purulenta, mudança das características das secreções ou aumento da demanda de aspiração; Apneia, taquipneia ou dispneia; Ausculta com sibilos, roncos ou estertores; E por fim se por dois dias apresentar dessaturação, aumento dos parâmetros ventiladores ou piora da troca gasosa.

Já microbiologicamente a nota técnica da ANVISA (2023) aponta que PAV é definida como uma soma de tudo que foi descrito acima associado com hemocultura positiva, somente se não apresentar outro tipo de foco de infecção; cultura positiva do líquido pleural e tecido pulmonar; cultura quantitativa da secreção pulmonar positiva; lavado broncoalveolar maior ou

igual a 104 UFC/ml; na cultura da secreção ou tecido pulmonar é necessário constar Vírus, *Bordetella*, *Legionella*, *Chlamydomphila* ou *Mycoplasma*; detecção de antígeno para *Legionella pneumophila* sorogrupo I em urina; aumento de quatro vezes dos valores de IgL na sorologia para patógeno e também dos valores de IgG na sorologia para *Legionella pneumophila* sorogrupo I titulada $\geq 1:128$ na fase aguda e convalescença por imunofluorescência indireta; e por fim o último item necessário para se fazer microbiologicamente o diagnóstico de PAV é:

Exame histopatológico mostrando pelo menos uma das seguintes evidências de pneumonia: Formação de abscesso ou foco de consolidação com infiltrado de polimorfonucleares nos bronquíolos e alvéolos; Evidência de invasão de parênquima pulmonar por hifas ou pseudo-hifas (ANVISA, p. 54, 2023).

Matos *et al.*, (2022) em seu artigo no qual foi feito a construção e validação de um procedimento operacional padrão (POP) sobre higiene bucal em pacientes em VM e com traqueostomia apontou como principais causas de PAV o rebaixamento do nível de consciência do paciente, o nível de sedação que ele está, a falta de limpeza natural que ocorre no ato de falar e mastigar e a incapacidade de autocuidado. Tudo isso favorece o crescimento microbiano local na cavidade bucal e por essa razão a higienização bucal é uma das ações centrais para prevenção de PAV.

Neste mesmo estudo os autores expõem que a PAV tem uma incidência de 5 a 40% entre os pacientes em VM que estão a mais de 2 dias na UTI e que possui uma incidência de 33% a 50% para evoluir em óbito.

De acordo com Costa *et al.*, (2021), a PAV possui diversos fatores de risco como doenças respiratórias prévias, broncoaspiração em razão da aspiração das vias aéreas e rebaixamento do nível de consciência, porém a mais crítica dos fatores de risco é as medidas de assistência feita de forma inadequada por parte dos profissionais da equipe de saúde do setor.

Em razão disso, a utilização de protocolos como estratégias para a redução desse tipo de infecção tem sido bastante recomendada, como o uso da cabeceira elevada em um ângulo de 30° a 45° graus, no qual já se tem conhecimento que reduz o refluxo e aspiração das secreções o que diminui o risco de PAV, se comparado com o uso da cabeceira em ângulos menores que 30° graus (Zigart; *et al.*, 2019). Outras formas de combater a PAV é com o uso de protocolos referentes a higienização bucal correta para a diminuição da proliferação do biofilme, cuidados com a pressão do *cuff*, devendo este ficar entre 20-25 cmH₂O de acordo com estudos e cuidados com aspiração das secreções traqueais e de vias aéreas superiores.

Silva *et al.*, (2023) aborda que atualmente estes cuidados são considerados os principais contra a PAV, em razão do fato de que o nível de evidência é bastante positivo e é possível observar uma viabilidade e facilidade de aderência entre os profissionais no seu dia a dia de trabalho. Para isso acontecer é necessário que os hospitais adotem protocolos assistenciais e *bundles*, que reúnam um conjunto pequeno e simples de práticas assistenciais baseadas em evidência com o objetivo de enfrentar a ocorrência da PAV ou diminuí-la no mínimo possível, sempre pensando na importância da segurança do paciente.

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de um estudo quantitativo do tipo transversal. Uma pesquisa quantitativa é um método que utiliza a quantificação dos dados, para solucionar um determinado problema empregando a análise estatística e relações entre variáveis (Machado, 2023). É utilizado em estudos que necessitam máxima precisão e pouca distorção de resultados.

No caso dessa pesquisa os dados são referentes à adesão dos profissionais de Enfermagem da UTI ao *bundle* de prevenção a PAV.

4.2 CENÁRIO DA PESQUISA

A pesquisa foi desenvolvida na UTI geral adulto de um hospital de uma cidade do Oeste Catarinense. A coleta de dados ocorreu entre setembro e outubro de 2024 após a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

O hospital fica localizado no município de Chapecó, que possui aproximadamente cerca de 254.781 habitantes segundo o IBGE de 2022, ele é administrado pela Associação Hospitalar Lenoir Vargas Ferreira (ALVF) e abrange todos os municípios da região do oeste catarinense, sudoeste do Paraná e norte e noroeste do Rio Grande do Sul, atendendo uma população de 1,3 milhões de pessoas (HRO).

Segundo o site do HRO, ele é considerado referência nas áreas de neurocirurgia, captação e transplante de rins e córneas, gestantes de alto risco, urgência e emergência, UTI geral e neonatal e UNACON.

A UTI geral do hospital conta com vinte leitos disponíveis para o atendimento de pessoas geograficamente localizadas na região oeste de Santa Catarina. Dos vinte leitos, três

são destinados para casos que necessitem de isolamento, tanto de contato, gotícula e aerossol. A UTI conta com 40 técnicos em enfermagem, 5 enfermeiros, 2 fisioterapeutas, 1 psicólogo e 1 nutricionista.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Os dados foram extraídos dos prontuários físicos de pacientes hospitalizados na UTI geral de um hospital do oeste de Santa Catarina após assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) pelos pacientes ou seus representantes legais (APÊNDICE A). A população foi calculada considerando a média de pacientes internados que fizeram uso de VM nos 6 meses anteriores à coleta de dados. Esta média foi de 240 prontuários.

A amostra foi calculada por meio do sistema SEstatnet, por estimação de percentual, considerando nível de confiança de 95%. O cálculo amostral determina um quantitativo de 148 pacientes/prontuários mensais, no entanto a amostra foi de 458 prontuários.

Figura 1 - Cálculo amostral via SEstatnet, 2024, Chapecó-SC, Brasil

Tamanho Mínimo da Amostra	
Estimação de Percentual	
Tamanho da População	240
Precisão da Estimativa	50 ± 5%
Nível de Confiança	95%
Tamanho da Amostra	148
Perda Amostral	Nenhuma
Para outros Níveis de Confiança	
Nível de Confiança	Tamanho da Amostra
99.9%	196
99%	176
90%	127

Fonte: Nassar *et al*, 2024.

Como critérios de inclusão foram considerados os prontuários de pacientes adultos (\geq 18 anos). Seriam excluídos da amostra os dados de prontuários com rasuras, porém nenhum apresentou rasuras durante o período da coleta de dados.

4.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados teve início após a aprovação no CEP e foi desenvolvida entre setembro e outubro de 2024, através de visitas na UTI geral, 5 vezes por semana, durante os meses determinados. Os prontuários foram acessados após a assinatura do TCLE.

Os dados foram coletados na UTI geral utilizando um roteiro de investigação de conformidade instituído e padronizado pelo serviço de controle de infecção relacionada à assistência à saúde (SCIRAS) nas suas auditorias conforme ANEXO A.

O instrumento abarca 4 variáveis:

- 1) Paciente está em decúbito entre 30° a 45° graus;
- 2) Foi realizado a higiene oral com clorexidina 0,12%;
- 3) A mensuração da pressão do *cuff* está entre 20 a 25 cmH20;
- 4) Houve aspiração de secreções.

O instrumento foi preenchido com “sim” quando a ação foi checada na integralidade (100%) durante as 24h que antecederam o momento da coleta (adesão). Foi preenchido “parcial” quando a ação foi checada em 50% da sua totalidade (adesão parcial), quando a ação foi checada com menos de 50%, foi preenchido “não” (não adesão) e ainda “N/A (não se aplica)” quando havia restrição para a realização da ação.

Após coleta, os dados foram digitados na planilha do Excel. Para prevenir erros de digitação e controlar a qualidade dos dados foi realizada dupla digitação dos instrumentos, por dois digitadores independentes. A dupla digitação buscou minimizar erros e divergências entre os bancos de dados. Os itens que apresentavam divergência foram revisados na fonte original.

4.5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Os dados foram organizados em planilhas com processamento analítico por meio da estatística descritiva. Frequentemente se estima os parâmetros por meio do cálculo da estatística para tirar conclusões sobre a população (Polit; Beck, 2018).

Para este estudo, foi considerado o nível de significância p-valor $\leq 0,05$ para um intervalo de confiança de 95%.

Para estabelecer a conformidade esperada das práticas avaliadas relacionadas ao *bundle* de prevenção a PAV foi utilizado o Índice de Positividade (IP) proposto por Carter, adotado em outros estudos que avaliaram a qualidade da assistência, onde:

Tabela 1 - Apresentação do índice de Positividade proposto por Carter, 2024, Chapecó-SC, Brasil

Qualidade da assistência	Índice de Positividade
Assistência desejável	100% de positividade
Assistência adequada	90 a 99% de positividade
Assistência segura	80 a 89% de positividade
Assistência limítrofe	71 a 79% de positividade
Assistência sofrível	70% a menos de positividade

Fonte: Adaptado de Silva *et al.*, (2014).

Seguindo esses critérios, estabeleceu-se para este estudo, como conformidade esperada, um IP >80%, que corresponde a uma assistência segura. Para realizar esse levantamento de dados foi utilizado a fórmula:

$$\text{IP (\%)} = \frac{\text{Número de adesão ao item do instrumento}}{\text{número total de observações}} \times 100$$

Os dados serão discutidos à luz da literatura.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa teve início após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal da Fronteira Sul, CAAE 81112324.5.0000.5564, Número do Parecer de aprovação no CEP/UFS: 7.065.411, embasado nas diretrizes das normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo os seres humanos, estabelecida na resolução n° 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que garante aos participantes da pesquisa o anonimato, a privacidade, o bem-estar e o direito de desistência em qualquer momento da pesquisa. Além disso, o estudo seguiu a ética em pesquisa estabelecida e reforçada pela resolução n° 510/2016.

As questões éticas envolvendo o acesso ao prontuário nesta pesquisa poderiam ocasionar riscos de quebra de sigilo e vazamento de dados. Para evitar a ocorrência, os pesquisadores assinaram o TCLE (APÊNDICE A) comprometendo-se com o sigilo, cientes

que poderão responder legalmente caso haja exposição de dados. Ademais, na ocorrência de quebra de sigilo as instituições e pessoas envolvidas serão informadas.

A pesquisa não previu benefício ou ônus financeiro/material. O benefício direto é de possibilitar através dos resultados da pesquisa a implementação de intervenções na busca pelo cuidado qualificado e que, com a publicação, os resultados poderão estimular as instituições, docentes e discentes a pensar/criar possibilidades para o enfrentamento deste fenômeno.

Todos os documentos provenientes da pesquisa ficarão armazenados durante cinco anos e após esse período serão destruídos.

5 RESULTADOS

Para cada item do instrumento de avaliação foi observado a adesão, a não adesão e a adesão parcial relacionados ao *bundle* de prevenção a PAV. O número total da amostra foi de 458 avaliações para cada item do instrumento de coleta de dados, esses dados foram coletados durante dois meses, sendo assim, em um mês foram coletados 220 dados e no outro 238 dados.

Tabela 2 - Adesão dos profissionais de enfermagem as variáveis que compõem o *bundle* de prevenção a PAV observadas na UTI , 2024, Chapecó-SC, Brasil

Variáveis	Adesão		Não adesão		Parcial		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Decúbito entre 30° a 45° graus	218	47,6%	217	47,4%	23	5%	458	100%
Higiene oral com clorexidina	154	33,6%	202	44,1%	102	22,3%	458	100%
Mensuração da pressão do balonete entre 20 e 25 cmh20	99	21,6%	286	62,4%	73	15,9%	458	100%
Aspiração das secreções acima do balonete	155	33,8%	189	41,3%	114	24,9%	458	100%

Fonte: Elaborado pela autora (2024)

Tabela 3 - Apresentação do Índice de Positividade (IP) de Carter e qualificação da assistência em relação à adesão dos profissionais de enfermagem as variáveis que compõem o *bundle* de prevenção a PAV observadas na UTI, 2024, Chapecó-SC, Brasil

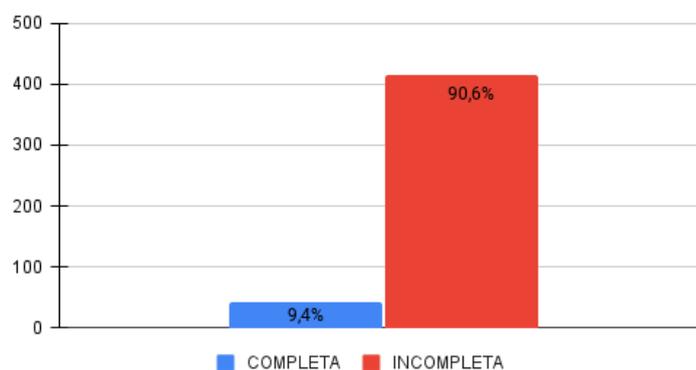
Variáveis	Adesão	IP	Qualificação da Assistência
	n	%	-
Decúbito entre 30° a 45° graus	218	48%	Sofrível
Higiene oral com clorexidina	154	34%	Sofrível
Mensuração da pressão do balonete entre 20 e 25 cmh20	99	22%	Sofrível
Aspiração das secreções acima do balonete	155	34%	Sofrível

Fonte: Elaborado pela autora (2024)

Conforme tabela acima, nenhum item alcançou IP desejada de $\geq 80\%$, o que chegou mais perto foi o decúbito entre 30 a 45° graus com 48%, e o item que apresentou menor IP foi a mensuração da pressão do balonete com 21,6%.

Dos 458 dados, apenas 43 (9,4%) itens estavam com checagem completa, enquanto 415 (90,6%) estavam incompletos durante o período da coleta de dados.

Gráfico 1 - Checagem completa x checagem incompleta aos itens do *bundle* de prevenção a PAV, 2024, Chapecó-SC, Brasil



Fonte: Elaborado pela autora (2024)

A adesão geral da equipe de enfermagem aos elementos que compõem o instrumento de avaliação sobre prevenção a PAV foi de 34,2% (626). A não adesão ficou com um total de 48,8% (894) e a adesão parcial com 17% (312).

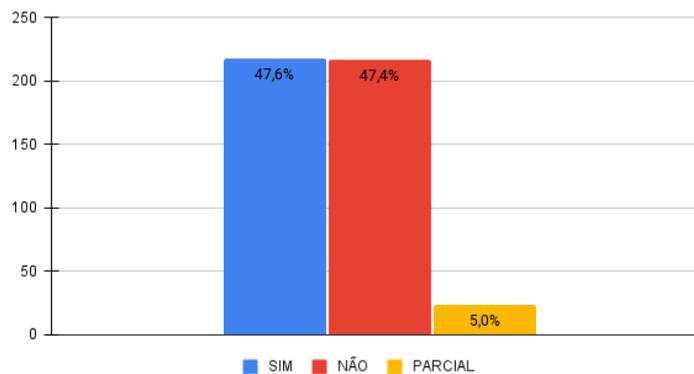
Gráfico 2 - Adesão geral da equipe de enfermagem aos itens do *bundle* de prevenção a PAV, 2024, Chapecó-SC, Brasil



Fonte: Elaborado pela autora (2024)

Observou-se que no primeiro tópico sobre decúbito entre 30° a 45° graus a checagem e a não checagem tiveram uma diferença de apenas um número, sendo esses 218 (47,6%) e 217 (47,4%) respectivamente. Este foi o único item do instrumento no qual a adesão dos profissionais de enfermagem foi maior que a não adesão.

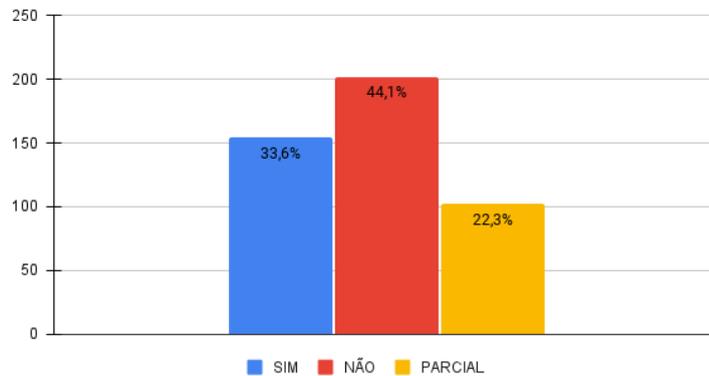
Gráfico 3 - Adesão dos profissionais de enfermagem ao decúbito entre 30° a 45° graus, 2024, Chapecó-SC, Brasil



Fonte: Elaborado pela autora (2024)

O item sobre higiene oral com clorexidina foi o que teve porcentagens mais parecidas entre as três opções com 154 (33,6%) checagens, 202 (44,1%) não checagens e 102 (22,3%) checagens parciais.

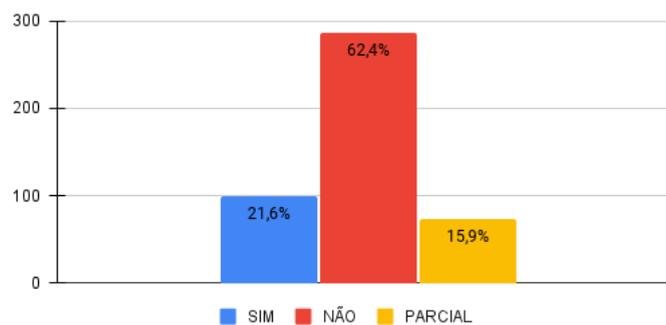
Gráfico 4 - Adesão dos profissionais de enfermagem a higiene oral com clorexidina 0,12%, 2024, Chapecó-SC, Brasil



Fonte: Elaborado pela autora (2024)

A mensuração da pressão do balonete/*cuff* foi o item do instrumento que menos foi checado pelos trabalhadores, assim como mostra o gráfico abaixo, com uma adesão de apenas 99 (21,6%) contra uma não adesão de 286 (62,4%). Assim sendo o cuidado que menos a equipe de enfermagem da UTI aderiu.

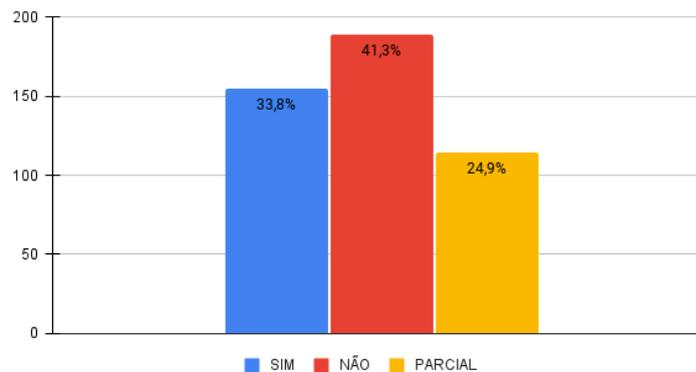
Gráfico 5 - Adesão dos profissionais de enfermagem a mensuração da pressão do balonete/*cuff* entre 20 e 25 cmH₂O, 2024, Chapecó-SC, Brasil



Fonte: Elaborado pela autora (2024)

Por fim, o último cuidado do instrumento que é sobre a aspiração das secreções acima do balonete, igual ao item de higiene oral, ficou muito parcial às checagem dos profissionais de enfermagem, 155 (33,8%) positivas, 189 (41,3%) negativas e parcialmente ficou com 114 (24,9%) dos 458.

Gráfico 6 - Adesão dos profissionais de enfermagem a aspiração das secreções acima do balonete, 2024, Chapecó-SC, Brasil



Fonte: Elaborado pela autora (2024)

6 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Os resultados apresentados neste estudo evidenciam baixa adesão e conformidade às práticas de enfermagem que integram o *bundle* de prevenção à Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica. O Índice de Positividade de Carter revela uma assistência sofrível em todos os quatro itens do instrumento de investigação.

Dos prontuários avaliados, apenas 9,4% possuíam todas as práticas do *bundle* para evitar a PAV checadas na sua integralidade, enquanto que 90,6% não tinham todos os cuidados checados pela equipe de enfermagem.

Os resultados do estudo sugerem fragilidades assistenciais em dissonância ao cuidado centrado no paciente e na sua segurança, aumentando as chances de EA e danos secundários. Percebe-se um distanciamento entre o ideal de adesão e conformidade das intervenções elencadas no *bundle* com a realidade vigente.

Fato que, por vezes, a enfermagem desenvolve cuidados e ações que não são registrados ou checados no prontuário do paciente. No entanto, mesmo que esta conduta seja uma prática vigente no serviço pesquisado, os dados apontam um percentual muito significativo de incompletude.

Pacientes em VM necessitam de cuidados específicos para a prevenção da PAV, inúmeros fatores colocam em risco a integridade pulmonar/respiratória do paciente. Dentre as causas não modificáveis, pode-se citar a idade, comorbidades e gravidade do paciente, das modificáveis, as mais significativas são aquelas que integram o *bundle* de prevenção, como a

manutenção da pressão do *cuff* em valores adequados, posicionamento do paciente, higiene oral e aspiração de vias aéreas (Gaspar *et al.*, 2023).

Na prática hospitalar a implementação de *bundles* com base em evidências científicas já se provou ser efetiva na implementação da assistência à saúde segura e de qualidade. Em concordância com o que Barros (2019) apresenta em seu artigo, a efetividade do agrupamento de práticas assistenciais para a prevenção a qualquer tipo de IRAS é considerada mais eficaz apenas quando houver o envolvimento de toda a equipe multiprofissional, pois quando se é aplicado isoladamente, podem não alcançar o resultado esperado.

Qualquer setor hospitalar possui políticas de controle de infecção, muitas vezes em forma de *bundles*, e um setor tão complexo e importante com a UTI não ficaria de fora disso, Safavi *et al.*, (2023) abordam em seu estudo no qual foi analisado o efeito de uma diretriz relacionada a PAV em um unidade de terapia intensiva, a necessidade de periodicamente se realizar uma avaliação quanto à eficácia destas políticas, para que assim se utilize dados atualizados e não se propaguem técnicas e cuidados defasados durante a assistência prestada.

É importante compreender que é necessário existir uma forma de supervisionar a realização dessas práticas a fim de assegurar que as intervenções listadas nos *bundles* tenham uma adesão satisfatória a longo prazo, para garantir uma implementação conjunta com outras ações de prevenção de PAV e a outros riscos para os quais os pacientes estão sujeitos.

Esta avaliação da assistência prestada é também um importante instrumento para realizar o controle do processo de trabalho da enfermagem, principalmente em um setor como a UTI. Esta ação de supervisão contribui na garantia de que dentro das condições clínicas dos pacientes haja o menor índice de complicações decorrentes de procedimentos feitos pelos profissionais da enfermagem (Barbosa *et al.*, 2014).

O primeiro item observado para a realização do estudo foi se a cabeceira da cama dos pacientes internados na UTI durante o período da coleta de dados estava com uma angulação entre 30 e 45° graus. Este foi o tópico do instrumento de avaliação com a maior taxa de adesão (47,6%), porém não obteve um IP desejado, chegando a apenas 48%, mesmo sendo um dos principais cuidados recomendado para a prevenção da PAV, principalmente para pacientes com nutrição enteral, e também uma das medidas mais simples e que não possui nenhum custo adicional.

De acordo com estudo de Silva *et al.*, (2014) no qual foi feita uma avaliação a um *bundle* de prevenção da PAV, é apresentado que a adesão também foi baixa chegando a apenas 55,5%, mostrando assim, o comprometimento com a segurança do paciente e o risco com a possibilidade de contrair PAV em razão de broncoaspiração.

Outro estudo de 2020 de Branco *et al.*, no qual foi realizado uma verificação ao *bundle* de prevenção a PAV em UTI do Rio Grande do Sul antes e depois da aplicação de uma educação permanente para com a equipe, foi observado uma taxa muito mais alta neste item, com 88,4% de adesão antes e 94,5% depois, um grande contraste com a taxa encontrada no estudo atual.

Safavi *et al.*, (2023) em seu estudo afirma que a broncoaspiração é uma das principais causas de PAV, e que fatores como uso de sonda nasogástrica e posição supina fazem um papel importante para a patogênese da doença.

De acordo com Lian *et al.*, (2024) o ângulo da cabeceira do leito é um elemento crítico para o manejo de pacientes em VM e um fator fundamental para a prevenção da PAV. Segundo os autores a recomendação é que se deixe a cabeceira entre 30° a 45° graus em razão de que minimiza a possibilidade da ocorrência de broncoaspiração.

Keyt; Faverio; Restrepo (2014) pactuam com este raciocínio e afirmam que em razão do fato de que a aspiração ocorre em maior grau nos pacientes supinados, é necessário evitar esta posição nos pacientes intubados, preferindo a cabeceira elevada a no mínimo 30° graus. A razão óbvia para esta afirmação é que, em razão da influência da gravidade, esta posição protege contra a aspiração de secreções e consequentemente a colonização de patógenos nas vias aéreas dos pacientes em VM (Lian *et al.*, 2024).

O próximo tópico observado foi a higienização oral realizada com clorexidina 0,12% nos pacientes internados na UTI. No estudo atual este item, assim como os demais, não obteve uma adesão aceitável, chegando a apenas 33,6% e um IP de 34%.

A colonização de bactérias na cavidade oral e a broncoaspiração são um dos fatores para a patogênese da PAV. Em uma revisão de literatura realizada em 2020 por Zhao *et al.*, utilizando artigos de diversos países, foi observado que a higiene oral com clorexidina pode reduzir a incidência de PAV de 26% para 18% comparado com a higiene sem a clorexidina, porém não conseguiram encontrar evidências suficientes para determinar se afeta ou não no tempo que o paciente fica em VM.

Estes autores apontam que em pacientes que são admitidos em UTI a higiene oral acaba se deteriorando, em razão de que quando os pacientes foram submetidos a uma intubação endotraqueal, isso acaba se somando ao caso clínico resultado em redução da imunidade oral, já que ficam com o mecanismo de defesa comprometido. Estes indivíduos são mais propensos ao acúmulo excessivo e rápido de placa dental, o que acarreta na colonização de microrganismos patogênicos, criando o biofilme, uma película resistente que requer uma

higiene mais agressiva para sua eliminação. O fato do paciente necessitar ficar muitas vezes com a boca aberta, em razão do tubo, pode também acarretar para essa colonização.

Devido a esta abertura prolongada da boca, os paciente em VM apresentam a boca seca e baixa produção de saliva, que é muito importante para a saúde bucal, Zhao *et al.*, (2020) apresentam que ela possui propriedade lubrificantes, antibacterianas e de tamponamento, o que faz com que a única forma de substituir as funções que a saliva detém é pela higiene oral, removendo os resíduos e placa dental, umedecendo e enxaguando a boca e o mais importante interrompendo a produção de biofilme.

De todos os itens do instrumento a mensuração da pressão do balonete/*cuff* foi o que teve as piores checagens, com apenas 21,6% e um IP de apenas 22%, o menor de todos os quatro itens. Aqui foi examinado se a pressão do *cuff* era medida e se esta medida permanecia entre 20 e 25 cmH₂O.

A regulação da pressão do balonete é um cuidado de enfermagem indispensável para a prevenção do PAV. Este tópico visa assegurar que há uma vedação da traqueia do paciente em VM, já que assim, impede-se que haja microaspiração de secreções subglóticas (Silva *et al.*, 2014), garantindo uma ventilação adequada. Se ocorrer vazamento do balonete ou a pressão atingir menos que 20 cmH₂O, estas secreções acabam infiltrando-se nas vias aéreas e predispondo o paciente a PAV. Abbasinia *et al.*, (2016) revela que o risco de PAV aumenta quatro vezes quando a pressão do balonete é mantida menor que 20 cmH₂O.

Um ponto importante de analisar-se referente aos resultados obtidos no presente estudo, é que no setor há a presença dos profissionais da fisioterapia, que desempenham um papel fundamental para a recuperação dos pacientes, especialmente em suporte respiratório e reabilitação. Na resolução nº 402 de agosto de 2011, que trata sobre as atribuições e responsabilidades do fisioterapeuta nas Unidades de Terapia Intensiva, aponta que esses profissionais têm o encargo em cuidados como aspiração das vias aéreas e medição da pressão do *cuff*, mas estas atividades também são competência da enfermagem.

Levando em consideração o fato de que a verificação da pressão do *cuff* é uma atividade compartilhada entre as duas áreas de atuação, e a fisioterapia possui um papel crucial e muito mais centrado no cuidado respiratório, eles normalmente são os profissionais que realizam a medição do *cuff* com mais frequência, e pode ser por esta razão que a adesão e checagem da equipe de enfermagem neste cuidado foi baixa.

O último item observado foi relacionado a aspiração das vias aéreas dos pacientes, quando há a presença de secreções, aqui os resultados, igual aos demais itens, também não se obteve um resultado aceitável, com apenas 33,8% de adesão e um IP de 34%.

É pertinente observar que no checklist diário utilizado na UTI no qual foi realizado o estudo este item ressalta que a aspiração só deve ser realizada se houver a presença de secreções, pode-se pensar que esta seja uma das razões para a baixa adesão ao item, e conseqüentemente a baixa checagem da equipe de enfermagem.

Segundo Keyt; Faverio; Restrepo (2014) a aspiração acima do balonete, de forma intermitente ou contínua, contribui para a redução do risco de broncoaspiração e conseqüentemente do desenvolvimento de PAV. Porém é importante compreender que este procedimento não é recomendado ser feito rotineiramente, e sim apenas quando necessário, Silva *et al.*, (2014) expõem que a aspiração de rotina, quando acontece a cada 1-2 horas, aumenta os riscos de EA, como alterações hemodinâmicas e da saturação de O₂. Por esta razão é necessário que os profissionais saibam identificar a necessidade da aspiração.

Uma meta análise utilizando 13 ensaios clínicos randomizados e com mais de 2.442 pacientes expôs que a aspiração está associada à redução das taxas e ao aumento de tempo até o primeiro episódio de PAV (Keyt; Faverio; Restrepo, 2014).

A transmissão cruzada de patógenos desempenha um papel muito importante no desenvolvimento da PAV, e o objetivo do controle de infecções é prevenir que isto aconteça. Keyt; Faverio; Restrepo (2014) discorrem que uma das estratégias para isto é a educação permanente com todos os profissionais de saúde que estão envolvidos nos cuidados diários de pacientes em VM, abordando sobre o controle de infecções de diversas formas, mas principalmente sobre prevenção da PAV. Para os autores, uma equipe bem informada sobre medidas de controle de infecção, conseguem prevenir a PAV com mais sucesso.

Barbosa *et al.*, (2014) compartilham da mesma opinião, os autores expõem que as instituições hospitalares necessitam da incorporação de políticas de gerenciamento de risco, com um foco muito mais educativo, para que assim os profissionais de saúde possam identificar melhor as oportunidades para melhorar a assistência prestada.

Na UTI atualmente a garantia da segurança aos pacientes é um grande desafio e a assistência isenta de falhas ou risco é uma idealização de muitos profissionais, porém como toda área que lida com seres humanos é imprevisível e dinâmica, este pensamento ainda está longe de virar realidade, ainda mais em setores no qual as condições clínicas dos pacientes oscilam muito entre normalidade e anormalidade.

Nesta perspectiva a equipe de enfermagem ocupa uma posição muito importante para com a segurança do paciente, já que a ocorrência de erros causam graves conseqüências para os pacientes, os profissionais e as próprias instituições hospitalares. São estes profissionais que garantem a qualidade da assistência prestada, de forma eficiente, responsável e segura

(Barbosa *et al.*, 2014). Por esta razão é crucial que haja uma análise para com as ações realizadas pelos profissionais da enfermagem, pois assim pode-se proporcionar a melhora dos cuidados realizados, evitando ou diminuindo a ocorrência de danos aos pacientes.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com este estudo foi possível concluir que a adesão e a conformidade das práticas de enfermagem ao *bundle* de prevenção a PAV não obtiveram resultados satisfatórios e evidenciaram lacunas no cuidado prestado pelos profissionais de enfermagem no hospital que deu origem ao estudo.

Assim como já foi discutido anteriormente, a realização de medidas para prevenir a PAV são de suma importância para a recuperação plena dos pacientes que estão intubados. O risco em contrair pneumonia associada à ventilação mecânica é alto e se eleva com o aumento dos dias com prótese ventilatória, por esta razão o papel fundamental da enfermagem.

Embora existam diversos fatores de risco associados a PAV, as práticas de enfermagem eficazes são fortemente indicadas para a sua redução. As quatro intervenções observadas e analisadas no presente estudo são os principais cuidados que a equipe de enfermagem pode proporcionar ao paciente.

Manter a cabeceira da cama elevada a pelo menos 30° graus é uma das intervenções não farmacológicas mais simples, eficaz e sem custo adicional. Realizar a higiene oral do paciente em VM com clorexidina 0,12% ao longo do plantão para reduzir a quantidade de microrganismo na cavidade oral, medir a pressão do *cuff* a fim de garantir a vedação e prevenir a entrada de secreção e aspirar as vias aéreas quando houver a presença de secreção para evitar o seu acúmulo e evitar a proliferação de patógeno, são também intervenções não farmacológicas eficazes e possuem comprovação científica quanto a sua veracidade para a redução da incidência de PAV, para a melhora do prognóstico e recuperação dos paciente em VM.

O papel da equipe de enfermagem, e principalmente do enfermeiro como supervisor das ações desenvolvidas na UTI, é crucial para a prevenção da PAV. Quando feito de forma prudente e criteriosa, ocorre a melhora na qualidade da assistência de saúde ofertada aos pacientes, diminui o tempo de hospitalização e reduz os gastos com custos extras para o hospital.

Este estudo traz como implicações para a enfermagem a necessidade de rever suas práticas cotidianas e em especial para o enfermeiro atentar para as ações desenvolvidas pela

sua equipe bem como para a checagem das prescrições realizadas. O estudo reverbera sobre a qualificação do cuidado e a assistência segura, prática que deve ser objetivada pelos profissionais no seu cotidiano.

REFERÊNCIAS

- ABBASINIA, M; *et al.* The Effect of a Designed Respiratory Care Program on the Incidence of Ventilator-Associated Pneumonia: A Clinical Trial. **Journal of Caring Sciences**, v. 5, n.2, p. 161-167, 2016. Acesso em: 01 nov. 2024. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4923840/>. DOI:10.15171/jcs.2016.017
- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). Nota Técnica GVIMS/GGTES/DIRE3 nº 03/2023: critérios diagnósticos das infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) de notificação nacional obrigatória para o ano de 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/notas-tecnicas/2020/nota-tecnica-gvims-ggtes-dire3-anvisa-no-03-2023-criterios-diagnosticos-das-infeccoes-relacionadas-a-assistencia-a-saude-iras-de-notificacao-nacional-obrigatoria-para-o-ano-de-2023/view>. Acesso em: 1 set. 2024.
- AGUST D; PDOGG. People. D-2. Spotify, 2020. Disponível em: <https://open.spotify.com/intl-pt/album/7lhFsAaVCFaYbkNvBMw5Zf?si=jSmkW7-LRM6Vwsh9SPAGQ>. Acesso em 19 nov. 2024.
- ALECRIM, R. X. et al.. Boas práticas na prevenção de pneumonia associada à ventilação mecânica. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 32, n. 1, p. 11–17, jan. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/xRV5hfbjNNkkMRcsxcGS7Tb/#>. Acesso em: 25 maio. 2024. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-01942019000037>.
- AVELAR, A, F, M; *et al.* Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo; Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente. 10 Passos para a Segurança do Paciente. São Paulo: COREN/SP; 2010. Disponível em: https://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/10_passos_seguranca_paciente_0.pdf. Acesso em: 25 maio. 2024.
- BARBOSA, I. E. B; *et al.* Segurança do paciente: principais eventos adversos na Unidade Terapia Intensiva. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 2, p. e6454, 25 fev. 2021. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/6454>. Acesso em: 25 maio. 2024. DOI <https://doi.org/10.25248/reas.e6454.2021>.
- BARBOSA, T. P. *et al.* Práticas assistenciais para segurança do paciente em unidade de terapia intensiva. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 27, n. 3, p. 243–248, maio 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/jd3jhykmrfrBskbzJpbZtQ/#>. Acesso em: 12 nov. 2024.
- BARROS, F, R, B, de. Adesão ao bundle de prevenção de pneumonia associada à ventilação mecânica. **Rev Cuid**, Bucaramanga, v. 10, n. 2, e746, Aug. 2019. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2216-09732019000200210&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 28 Set. 2024. Epub Jan 09, 2020. DOI: <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v10i2.746>.
- BRANCO, Aline *et al.* Education to prevent ventilator-associated pneumonia in intensive care unit. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 73, n. 6, e20190477, 2020. Epub 14-Ago-2020. Disponível

em: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672020000600172. Acesso em: 25 maio. 2024. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0477>

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasília: Anvisa, 2017. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/caderno-4-medidas-de-prevencao-de-infeccao-relacionada-a-assistencia-a-saude.pdf/view>. Acesso em: 12 ago. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente / Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 40 p.: il. ISBN 978-85-334-2130-1. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/pnsp/materiais-de-apoio/arquivos/documento-de-referencia-para-o-programa-nacional-de-seguranca-do-paciente/view>. Acesso em: 12 ago. 2024.

BRASIL. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO). Resolução nº 402, de 3 de agosto de 2011. Aprova as atribuições do fisioterapeuta nas áreas de atuação da fisioterapia respiratória. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2011. Disponível em: <https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=1630>. Acesso em: 9 nov. 2024.

CABRERA-TEJADA, G. G.; CHICO-SÁNCHEZ, P.; GRAS-VALENTÍ, P.; et al. Estimation of Additional Costs in Patients with Ventilator-Associated Pneumonia. **Antibiotics** (Basel), v. 13, n. 1, p. 2, 19 dez. 2023. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38275312/>. Acesso em: 29. nov. 2024. DOI: 10.3390/antibiotics13010002.

COSTA, G, S; *et al.* Cuidados de Enfermagem na prevenção da pneumonia associada à ventilação mecânica. **Revista Ciência Plural**, [S. l.], v. 7, n. 3, p. 272–289, 2021. DOI: 10.21680/2446-7286.2021v7n3ID22301. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/22301>. Acesso em: 2 mar. 2024.

GASPAR, M, D, Da R; *et al.* Impact of evidence-based bundles on ventilator-associated pneumonia prevention: A systematic review. **Journal of infection in developing countries. J Infect Dev Ctries.** v. 17, n.2, p194-201, 2023. Acesso em: 02. nov. 2024. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36897895/>. DOI: <https://doi.org/10.3855/jidc.12202>

HOSPITAL REGIONAL DO OESTE (HRO). Associação Hospitalar Lenoir Vargas Ferreira. Disponível em: <https://hro.org.br/o-hro/>. Acesso em: 22 out. 2023.

IBGE. Cidades. Panorama de Chapecó, SC. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sc/chapeco/panorama>. Acesso em: 22 out. 2023.

KARAOGLAN, H,. *et al.* Cost analysis of ventilator-associated pneumonia in Turkish medical-surgical intensive care units. **Infez Med.** 2010;18(4): 248-55, 2024. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21196819/>. Acesso em: 25 maio. 2024.

KEYT, H; FAVERIO, P; RESTREPO, M. I. Prevention of ventilator-associated pneumonia in the intensive care unit: a review of the clinically relevant recent advancements. **The Indian**

Journal of Medical Research, v. 139, n. 6, p. 814–821, 2014. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4164993/>. Acesso em: 20 out. 2024.

LIAN, C; *et al.* Impact of head-of-bed elevation angle on the development of pressure ulcers and pneumonia in patients on mechanical ventilation: a systematic review and meta-analysis. **BMC Pulmonary Medicine**, v. 24, n. 1, p. 462, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12890-024-03270-9>. Acesso em: 17 out. 2024.

LOBATO, W, M. S; *et al.* Humanização do cuidado em unidades de terapia intensiva. **Revista FT**, [s. l.], v. 27, ed. 129, 27 nov. 2024. DOI 10.5281/zenodo.10367459. Disponível em: <https://revistaft.com.br/humanizacao-do-cuidado-em-unidades-de-terapia-intensiva/>. Acesso em: 27 nov. 2024

MACHADO, J. R. F. Metodologias de pesquisa: um diálogo quantitativo, qualitativo e quali-quantitativo. *Devir Educação*, [S. l.], v. 7, n. 1, p. e–697, 2023. Disponível em: <https://devireducacao.ded.ufla.br/index.php/DEVIR/article/view/697>. Acesso em: 27 nov. 2024. DOI: 10.30905/rde.v7i1.697.

MATOS; *et al.* Validação de um procedimento operacional padrão para higienização oral de pacientes intubados e traqueostomizados. **ABCS Health Sci**. 2022;47:e022231 <https://doi.org/10.7322/abcshs.2020252.1701>. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1402550>. Acesso em: 23 ago. 2024.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). Gabinete do Ministro. Portaria MS/GM nº 529, de 1 de abril de 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html. Acesso em: 04 out. 2023.

NASSAR, S, M; *et al.* SEstatNet - Sistema Especialista para o Ensino de Estatística na Web. Florianópolis - SC, Brasil. Disponível em: <http://sestatnet.ufsc.br>. Acesso em: 12 jun. 2024.

PERÃO, O, F; *et al.* Segurança do paciente em unidade de terapia intensiva de acordo com a teoria de wanda horta. **Cogit. Enferm.** (Online), Universidade Federal de Santa Catarina/BR/ Universidade do Vale de Itajaí/BR, 2017. ID: biblio-876322. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-876322>. Acesso em: 30 jun. 2024.

PIMENTA, C, A. de M; *et al.* Guia para construção de protocolos assistenciais de enfermagem/Cibele A. de M. Pimenta...[*et al.*]; **COREN-SP** – São Paulo: COREN-SP, 2015. ISBN: 978-85-68720-02-8. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-837122>. Acesso em: 20 maio. 2024.

POLIT, D. F; BECK C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação das evidências para a prática da enfermagem**. 9. ed. Porto Alegre: Artmed/grupo A, 2018. 456 p. ISBN 9788582714898.

REIS, C. T.; MARTINS, M.; LAGUARDIA, J.. A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde: um olhar sobre a literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 7, p. 2029–2036, jul. 2013. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/62179>. Acesso em: 18 maio. 2024.

SANCHES, BO; *et al.* Adesão da enfermagem ao protocolo de lesão por pressão em unidade de terapia intensiva. **Arch. Health Sci.** (Online); 25(3): 27-31, 21/12/2018. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1046354>. Acesso em: 28 set. 2023.

SANTOS E, O; TAKASHI M, H. Implantação dos protocolos de segurança do paciente em unidade de terapia intensiva- revisão integrativa. **REVISA**. 2023; 12(2): 260-76. DOI: <https://doi.org/10.36239/revisa.v12.n2.p260a276>. Disponível em: <https://revistasfacesa.senaaires.com.br/index.php/revisa/article/view/444>. Acesso em: 02 out. 2023.

SAFAVI, A; *et al.* The effect of an infection control guideline on the incidence of ventilator-associated pneumonia in patients admitted to the intensive care units. **BMC Infectious Diseases**, v. 23, n. 1, p. 198, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12879-023-08151-w>. Acesso em: 17 out. 2024.

SIMAN, A. G.; BRITO, M, J, M.. Mudanças na prática de enfermagem para melhorar a segurança do paciente. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 37, n. spe, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/yNdd5xLtCkKd8kw4J37Z3vN/>. Acesso em: 02 out. 2023.

SIMAN A. G. **Práticas de profissionais de saúde na implantação do programa de segurança do paciente:** entre o prescrito e o real [tese]. Belo Horizonte (MG): Universidade Federal de Minas Gerais, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; 2016. Disponível em: <https://repositorio.ufmg.br/handle/1843/ANDO-AHRJRM>. Acesso em: 02 out. 2023.

SILVA B. M; *et al.* Medidas de segurança do paciente em unidades de terapia intensiva. **Enferm Foco**. 2022;13:e-202249ESP1. Disponível em: <https://enfermfoco.org/article/medidas-de-seguranca-do-paciente-em-unidades-de-terapia-intensiva/>. Acesso em: 10 set. 2023. DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2022.v13.e-202249ESP1>

SILVA, C, S de. **Intervenções para o controle e prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde em unidades de terapia intensiva**. 2019, 52f. Monografia (especialização em gestão de saúde) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1050631>. Acesso em: 05 out. 2024.

SILVA, P. L. L. da; *et al.* Adherence to the mechanical ventilation-associated pneumonia prevention bundle in neonatal and pediatric ICU. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 12, n. 12, p. e01121244117, 2023. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/44117>. Acesso em: 14 set. 2024. DOI: 10.33448/rsd-v12i12.44117.

SILVA M, T; PALU L, A; BRUSAMARELL, T. Prevenção de complicações evitáveis em uma unidade de terapia intensiva: uma revisão integrativa. **Revista Saúde e Pesquisa** [revista em Internet] 2018. DOI: <https://doi.org/10.17765/1983-1870.2018v11n3p613-621>. Disponível em: <https://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/6547>. Acesso em: 04 mar. 2024.

SILVA, S. G. DA . *et al.*. Evaluation of a bundle to prevent ventilator-associated pneumonia in an intensive care unit. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 23, n. 3, p. 744–750, jul. 2014.

Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/Q4jmqFFQ3jT98xF8XXhfmgf/>. Acesso em: 29 mar. 2024.

SOUSA, P., MENDES, W., comps. Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde [online]. 2nd ed. **rev. updt.** Rio de Janeiro, RJ : CDEAD, ENSP, Editora FIOCRUZ, 2019, 524 p. ISBN 978-85-7541-641-9. DOI: <https://doi.org/10.7476/9788575416419>. Acesso em: 20 set. 2023.

SOUZA, C, S, de; *et al.* Estratégias para o fortalecimento da cultura de segurança em unidades de terapia intensiva [Strategies for strengthening safety culture in intensive care units] [Estrategias para el fortalecimiento de la cultura de seguridad en unidades de cuidados intensivos]. **Revista Enfermagem UERJ**, [S. l.], v. 27, p. e38670, 2019. DOI: 10.12957/reuerj.2019.38670. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/enfermagemuerj/article/view/38670>. Acesso em: 09 out. 2023.

TEIXEIRA, D; *et al.* Abordagem à pessoa nos Serviço de Urgência e Unidade de Cuidados Intensivos após a pandemia COVID-19: scoping review. **Nursing** (Edição Brasileira) , [S. l.], v. 26, n. 301, p. 9701–9711, 2023. DOI: 10.36489/nursing.2023v26i301p9701-9711. Disponível em: <https://www.revistanursing.com.br/index.php/revistanursing/article/view/3083>. Acesso em: 03 set. 2023.

ZIGART, J, A A; *et al.* Adesão ao protocolo de pneumonia associado à ventilação mecânica. **Rev enferm UFPE** on line. 2019; 13(1): 655-63. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/234873/31551>. Acesso em: 03 mar. 2024. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v13i03a234873p655-654-2019>

APÊNDICE A - Termo de compromisso de utilização de dados em arquivos**UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL
CAMPUS CHAPECÓ
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

Eu, Fabiana Maciel Cofferi, discente da Universidade Federal Fronteira Sul - UFFS no âmbito do objetivo específico do macro projeto “SEGURANÇA DO PACIENTE E SUAS INTERFACES COM O CUIDADO”, desenvolvido pela pesquisadora professora doutora Tatiana Gaffuri da Silva, comprometo-me com a utilização dos dados contidos nos prontuários, a fim de obtenção dos objetivos previstos, após receber a aprovação do sistema CEP/UFFS.

Comprometo-me a manter a confidencialidade dos dados coletados nos prontuários, bem como com a privacidade de seus conteúdos.

Declaro entender que é minha a responsabilidade de cuidar da integridade das informações e de garantir a confidencialidade dos dados e a privacidade dos indivíduos que terão suas informações acessadas.

Também é minha a responsabilidade de não repassar os dados coletados ou o banco de dados em sua íntegra, ou parte dele, às pessoas não envolvidas na equipe da pesquisa.

Por fim, comprometo-me com a guarda, cuidado e utilização das informações apenas para cumprimento dos objetivos previstos nesta pesquisa aqui referida. Qualquer outra pesquisa em que eu precise coletar informações serão submetidas à apreciação do CEP/UFFS.

Chapecó, 2024

CAAE 81112324.5.0000.5564

Número do Parecer de Aprovação no CEP/UFFS: 7.065.411

Data de Aprovação: 10/10/2024

Assinatura do pesquisador responsável

Assinatura do Assistente de Pesquisa 1

Assinatura do Assistente de Pesquisa 2

Assinatura equipe pesquisa

Assinatura equipe pesquisa

**ANEXO A - Roteiro de investigação de conformidade instituído e padronizado utilizado
pelo SCIRAS nas auditorias**



**Serviço de Controle de Infecção Relacionada a Assistência a Saúde
Hospital Regional do Oeste-Chapecó- Santa Catarina**

**AUDITORIA PARA PREVENÇÃO DA PNEUMONIA EM PACIENTES COM
VENTILAÇÃO MECÂNICA**

Setor: _____ Mês: _____

Auditado por: _____

Numero de auditorias	Data	Leito	Hora	Decúbito entre 30° e 45°			Higiene oral com clorexidina		Mensuração da pressão do balonete entre 20 e 25cmH ₂ O		Aspiração das secreções acima do balonete	
				S	N	NA	S	N	S	N	S	N
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												
	Total											

TAXA DE ADESÃO ÀS MEDIDAS DE PREVENÇÃO DA VENTILAÇÃO MECÂNICA

Mês: _____ Ano: _____

Medidas	Nº De Observações	Taxa De Adesão		Taxa De Não Adesão	
		Nº de conformidade	%	Nº de não conformidade	%
Decúbito entre 30° e 45°					
Higiene oral com clorexidina					
Mensuração da pressão do balonete entre 20 e 25cmH ² O					
Aspiração das secreções acima do balonete					

- Taxa de adesão às medidas de prevenção= $\frac{\text{nº de medidas em conformidade} \times 100}{\text{Total de observações realizadas}}$
- Taxa de não adesão às medidas de prevenção = $\frac{\text{nº de não conformidade} \times 100}{\text{Total de observações realizadas}}$

ANEXO B - Check list diário utilizado pelos profissionais da UTI para a realização dos cuidados para a prevenção de PAV

Prevenção de PAV Check List diário		Nome paciente: _____					
		Registro: _____			Leito: _____		
Cuidados	Data:	Data:	Data:	Data:	Data:	Data:	
1. Manter Cabeceira do leito elevada 30-45°	07h -13h 13h - 19h 19h - 07h						
2. Posicionar o paciente adequadamente (angulação da cama ao nível coxofemoral)	07h -13h 13h - 19h 19h - 07h						
3. Realizar higiene oral com clorexidina 0,12% (verificação do Cuff antes da higiene oral)	08h 11h 14h 17h 20h 23h 02h 05h						
4. Realizar Higiene bucal antes higiene corporal	Atenção	Atenção	Atenção	Atenção	Atenção	Atenção	
5. Manter filtro posicionado a cima do nível da cabeça do paciente	07h -13h 13h - 19h 19h - 07h						
6. Trocar o filtro hidrofóbico a cada 2 (dois) dias ou se condensação do mesmo, seguindo técnica de pausar ventilador e pinçar TOT (junto com fisioterapeuta, médico ou enfermeiro).	Data última troca:						
7. Trocar Sistema de aspiração fechado (SAF) a cada 3 dias, ou se sujidade, seguindo técnica de pausar ventilador e pinçar TOT (junto com fisioterapeuta, plantonista ou enfermeiro).	Data última troca:						
8. Registrar a comissura labial do TOT e verificar sua adequada fixação, comunicar alterações (plantonista)	Matutino: _____ cm Vespertino: _____ cm Noturno: _____ cm						
09 - Realizar a mobilização precoce do paciente, sentando-o na poltrona (registrar o turno).	Última mobilização: Turno: _____						
10 - Medir cuff e manter entre 30 a 40 mmHg. Registrar o valor no prontuário. Atentar: a cabeceira, ela deve estar elevada e o paciente deve ser aspirado antes da verificação da pressão do cuff.	Matutino 08h _____ mmHg Vespertino 14h _____ mmHg Noturno 20h _____ mmHg Noturno 02h _____ mmHg	Matutino 08h _____ mmHg Vespertino 14h _____ mmHg Noturno 20h _____ mmHg Noturno 02h _____ mmHg	Matutino 08h _____ mmHg Vespertino 14h _____ mmHg Noturno 20h _____ mmHg Noturno 02h _____ mmHg	Matutino 08h _____ mmHg Vespertino 14h _____ mmHg Noturno 20h _____ mmHg Noturno 02h _____ mmHg	Matutino 08h _____ mmHg Vespertino 14h _____ mmHg Noturno 20h _____ mmHg Noturno 02h _____ mmHg	Matutino 08h _____ mmHg Vespertino 14h _____ mmHg Noturno 20h _____ mmHg Noturno 02h _____ mmHg	
11 - Realizar aspiração das vias aéreas somente quando houver presença de secreção com SAF. Aspirar VAS 1 x ao turno, com técnica estabelecida Unidade covid.	08h 14h 20h 02h						
12. Realizar pausa da sedação diariamente conforme orientação médica.	Hora: _____						
Rubrica Técnico de enfermagem / Enfermeiro Trainee	M V N	M V N	M V N	M V N	M V N	M V N	
Rubrica Enfermeiro Assistencial	M V N	M V N	M V N	M V N	M V N	M V N	
Rubrica Médico / Fisioterapeuta	M V N	V N	M V N	M V N	M V N	M V N	

ANEXO C - Parecer consubstanciado do CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DA
FRONTEIRA SUL - UFFS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: SEGURANÇA DO PACIENTE E SUAS INTERFACES COM O CUIDADO

Pesquisador: Tatiana Gaffuri da Silva

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 81112324.5.0000.5564

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL - UFFS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 7.065.411

Apresentação do Projeto:

Trata-se de reapresentação do protocolo de pesquisa intitulado "SEGURANÇA DO PACIENTE E SUAS INTERFACES COM O CUIDADO", para o qual a pesquisadora responsável respondeu de forma adequada, todas as pendências éticas indicadas no parecer número 7.019.758.

Transcrição do resumo

"Trata-se de um macroprojeto do tipo Qualiquantitativo. Será realizado em um hospital público da região oeste do estado de Santa Catarina na cidade de Chapecó de março de 2024 á dezembro de 2028. A população do estudo será constituída pelos profissionais da equipe de enfermagem que atuam no hospital da região oeste de santa Catarina e pelos registros contidos no banco de dados dos Serviços de controle de infecção de Segurança do Paciente e prontuários dos pacientes hospitalizados. Os dados serão a analisados por meio de estatística descritiva e inferencial e no que tange os dados qualitativos por meio do software Iramuteq. Espera-se que os profissionais de saúde pesquisados apresentem uma cultura de segurança do paciente compatível com práticas seguras."

Objetivo da Pesquisa:

Transcrição dos objetivos

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar

Bairro: Área Rural

CEP: 89.815-899

UF: SC

Município: CHAPECO

Telefone: (49)2049-3745

E-mail: cep.uffs@uffs.edu.br

Continuação do Parecer: 7.085.411

***Objetivo Primário:**

-- Avaliar se os profissionais de saúde apresentam uma cultura de segurança do paciente compatível com práticas seguras.

Objetivo Secundário:

- Reconhecer as características sociodemográficas dos profissionais de saúde.- Identificar a cultura da segurança do paciente sob a ótica de profissionais de saúde atuantes em um Hospital da Região Oeste do Estado de Santa Catarina a partir do instrumento Hospital Surveyon Patient

Safety Culture (HSOPSC):- Analisar a adesão dos profissionais de Enfermagem aos protocolos de segurança do paciente em uma UTI geral de um

hospital do Oeste Catarinense.- Identificar a adesão dos profissionais de Enfermagem ao protocolo de lesão por pressão em uma UTI geral de um

hospital do Oeste Catarinense, - Identificar a adesão dos profissionais de Enfermagem ao protocolo de prevenção de PAV em uma UTI geral de um

hospital do Oeste Catarinense.- Identificar a adesão dos profissionais de Enfermagem ao protocolo de prevenção de ISC em uma UTI geral de um

hospital do Oeste Catarinense.- Identificar a adesão dos profissionais de Enfermagem ao protocolo de prevenção de ITU em uma UTI geral de um

hospital do Oeste Catarinense.- Identificar a incidência e prevalência de eventos adversos por área de internação,- Identificar a incidência e prevalência de infecção relacionada a assistência á saúde por área de internação.- Identificar o perfil de resistência bacteriana de um

hospital da região oeste de SC- Identificar a adesão ao protocolo de identificação segura nas unidades de internação hospitalar de um hospital da

região oeste de SC- Identificar como os profissionais percebem a SP e o controle de infecção no cotidiano hospitalar."

região oeste de SC- Identificar como os profissionais percebem a SP e o controle de infecção no cotidiano hospitalar."

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Transcrição dos Riscos e Benefícios

***Riscos:**

Sua participação na pesquisa, autorizando o acesso ao prontuário poderá causar riscos de quebra de sigilo e vazamento de dados. Para evitar a

ocorrência os pesquisadores assinarão este TCLE comprometendo-se com o sigilo cientes que poderão responder legalmente caso haja exposição

de dados. Ademais, na ocorrência de quebra de sigilo as instituições e pessoas envolvidas

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar

Bairro: Área Rural

CEP: 89.815-899

UF: SC

Município: CHAPECO

Telefone: (49)2049-3745

E-mail: cep.uffs@uffs.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DA
FRONTEIRA SUL - UFFS



Continuação do Parecer: 7.065.411

serão informadas. Você tem a liberdade de recusar a participação no estudo em qualquer momento. Caso aceite, também poderá retirar o seu consentimento a qualquer momento, por se tratar de uma participação voluntária. Sua participação na pesquisa poderá causar riscos de ordem reflexiva, a partir de ponderações pessoais em relação às situações vivenciadas, podendo aflorar sentimentos por relembrar fatos e situações ou ainda constrangimento durante a observação. Neste sentido, nos colocamos à disposição para conversar sobre esses sentimentos e ouvi-lo além de custear e conduzir para assistência psicológica. Caso ache necessário, interromperemos a entrevista e poderemos retomá-la quando e se considerar conveniente. Esclarecemos que os participantes desta pesquisa não sofrerão riscos laborais, nem prejuízos físicos. Caso algum dos riscos se concretize, as instituições envolvidas serão informadas sobre o ocorrido. Ademais, na ocorrência de quebra de sigilo as instituições e pessoas envolvidas serão informadas.

Benefícios:

O benefício relacionado com a sua colaboração nesta pesquisa é de possibilitar através dos resultados da pesquisa a implementação de intervenções na busca pelo cuidado qualificado e que, com a publicação, os resultados poderão estimular as instituições, docentes e discentes a pensar/criar possibilidades para o enfrentamento deste fenômeno."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de reapresentação do protocolo de pesquisa intitulado "SEGURANÇA DO PACIENTE E SUAS INTERFACES COM O CUIDADO", para o qual a pesquisadora responsável respondeu de forma adequada, todas as pendências éticas indicadas no parecer número 7.019.758.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A pesquisadora responsável encaminhou os documentos indicados a seguir:

- Projeto detalhado
- TCLE paciente
- TCLE Profissional
- Cronograma
- Carta de resposta às pendências

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar

Bairro: Área Rural

CEP: 89.815-899

UF: SC

Município: CHAPECO

Telefone: (49)2049-3745

E-mail: cep.uffs@uffs.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DA
FRONTEIRA SUL - UFFS



Continuação do Parecer: 7.065.411

Recomendações:

Observar nos Termos de Consentimento, se os campos de assinatura do pesquisador e do participante, estão na mesma página.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências e/ou inadequações éticas, baseando-se nas Resoluções 466/2012 e 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde, e demais normativas complementares. Logo, uma vez que foram procedidas pelo/a pesquisador/a responsável todas as correções apontadas pelo parecer consubstanciado, o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal da Fronteira Sul (CEP/UFFS) julga o protocolo de pesquisa adequado para, a partir da data deste novo parecer consubstanciado, agora de APROVAÇÃO, iniciar as etapas de coleta de dados e/ou qualquer outra que pressuponha contato com os/as participantes.

Considerações Finais a critério do CEP:

Prezado (a) Pesquisador(a)

A partir desse momento o CEP passa a ser corresponsável, em termos éticos, do seu projeto de pesquisa e vide artigo X.3.9. da Resolução 466 de 12/12/2012.

Fique atento(a) para as suas obrigações junto a este CEP ao longo da realização da sua pesquisa. Tenha em mente a Resolução CNS 466 de 12/12/2012, a Norma Operacional CNS 001/2013 e o Capítulo III da Resolução CNS 251/1997. A página do CEP/UFFS apresenta alguns pontos no documento "Deveres do Pesquisador".

Lembre-se que:

1. No prazo máximo de 6 meses, a contar da emissão deste parecer consubstanciado, deverá ser enviado um relatório parcial a este CEP (via NOTIFICAÇÃO, na Plataforma Brasil) referindo em que fase do projeto a pesquisa se encontra. Veja modelo na página do CEP/UFFS. Um novo relatório parcial deverá ser enviado a cada 6 meses, até que seja enviado o relatório final.
2. Qualquer alteração que ocorra no decorrer da execução do seu projeto e que não tenha sido prevista deve ser imediatamente comunicada ao CEP por meio de EMENDA, na Plataforma Brasil. O não cumprimento desta determinação acarretará na suspensão ética do seu projeto.
3. Ao final da pesquisa deverá ser encaminhado o relatório final por meio de NOTIFICAÇÃO, na Plataforma Brasil. Deverá ser anexado comprovação de publicização dos resultados. Veja modelo na página do CEP/UFFS.

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar

Bairro: Área Rural

CEP: 89.815-899

UF: SC

Município: CHAPECO

Telefone: (49)2049-3745

E-mail: cep.uffs@uffs.edu.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA
FRONTEIRA SUL - UFFS**



Continuação do Parecer: 7.085.411

Em caso de dúvida:

Contate o CEP/UFFS: (49) 2049-3745 (8:00 às 12:00 e 14:00 às 17:00) ou cep.uffs@uffs.edu.br;

Contate a Plataforma Brasil pelo telefone 136, opção 8 e opção 9, solicitando ao atendente suporte Plataforma Brasil das 08h às 20h, de segunda a sexta;

Contate a central de suporte da Plataforma Brasil, clicando no ícone no canto superior direito da página eletrônica da Plataforma Brasil. O atendimento é online.

Boa pesquisa!

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2362806.pdf	26/08/2024 20:21:35		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetoCompleto.pdf	26/08/2024 20:20:52	Tatiana Gaffuri da Silva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_paciente.pdf	26/08/2024 20:20:35	Tatiana Gaffuri da Silva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_profissional.pdf	26/08/2024 20:20:24	Tatiana Gaffuri da Silva	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_2.pdf	26/08/2024 17:27:54	Tatiana Gaffuri da Silva	Aceito
Cronograma	carta_resposta_2.pdf	26/08/2024 17:25:48	Tatiana Gaffuri da Silva	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	macro_projetodetalhado.pdf	09/08/2024 15:20:39	Tatiana Gaffuri da Silva	Aceito
Outros	solicitacao.pdf	09/08/2024 15:17:03	Tatiana Gaffuri da Silva	Aceito
Brochura Pesquisa	macro_projeto_09_08.pdf	09/08/2024 15:15:43	Tatiana Gaffuri da Silva	Aceito
Outros	CARTARESPOSTAAOCEP.pdf	09/08/2024 15:15:26	Tatiana Gaffuri da Silva	Aceito
Outros	TermodeCompromissodeUtilizacaodeDadosemArquivoassinado.pdf	27/06/2024 16:34:14	Tatiana Gaffuri da Silva	Aceito
Folha de Rosto	folhaderostopronta.pdf	27/06/2024 16:32:51	Tatiana Gaffuri da Silva	Aceito

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar

Bairro: Área Rural

CEP: 89.815-899

UF: SC

Município: CHAPECO

Telefone: (49)2049-3745

E-mail: cep.uffs@uffs.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DA
FRONTEIRA SUL - UFFS



Continuação do Parecer: 7.065.411

Folha de Rosto	FOLHADEROSTO.pdf	25/06/2024 14:12:20	Tatiana Gaffuri da Silva	Aceito
Outros	AUDITORIASVD.pdf	25/06/2024 14:09:16	Tatiana Gaffuri da Silva	Aceito
Outros	auditoriaPAV.pdf	25/06/2024 14:09:02	Tatiana Gaffuri da Silva	Aceito
Outros	auditorialSC.pdf	25/06/2024 14:08:45	Tatiana Gaffuri da Silva	Aceito
Outros	HSOPSC.pdf	25/06/2024 14:08:24	Tatiana Gaffuri da Silva	Aceito
Outros	TermodeCompromissodeUtilizacaodeDa dosemArquivo.pdf	25/06/2024 14:07:41	Tatiana Gaffuri da Silva	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	25/06/2024 14:06:18	Tatiana Gaffuri da Silva	Aceito
Declaração de concordância	Declaracaodecienciaeconcordanciadains tituicaoenvolvida.pdf	25/06/2024 14:04:26	Tatiana Gaffuri da Silva	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CHAPECO, 10 de Setembro de 2024

Assinado por:
Renata dos Santos Rabello
(Coordenador(a))

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar

Bairro: Área Rural

CEP: 89.815-899

UF: SC

Município: CHAPECO

Telefone: (49)2049-3745

E-mail: cep.uffs@uffs.edu.br