



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Rayhany Kelly de Sousa

Avaliação de crenças dos enfermeiros relacionadas ao uso da máscara de proteção respiratória para prevenção da COVID-19 em uma Unidade de Terapia Intensiva do Sul do país

Florianópolis
2021

Rayhany Kelly de Sousa

Avaliação de crenças dos enfermeiros relacionadas ao uso da máscara de proteção respiratória para prevenção da COVID-19 em uma Unidade de Terapia Intensiva do Sul do país

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Natália Gonçalves

Florianópolis

2021

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática da
Biblioteca Universitária da UFSC.

de Sousa, Rayhany Kelly
Avaliação de crenças dos enfermeiros relacionadas ao uso
da máscara de proteção respiratória para prevenção da COVID
19 em uma Unidade de Terapia Intensiva do Sul do país /
Rayhany Kelly de Sousa ; orientadora, Natália Gonçalves,
2021.

184 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós
Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2021.

Inclui referências.

1. Enfermagem. 2. Comportamento. 3. Infecções Por
Coronavírus. 4. Biossegurança. 5. Enfermagem. I. Gonçalves,
Natália. II. Universidade Federal de Santa Catarina.
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

Rayhany Kelly de Sousa

Avaliação de crenças dos enfermeiros relacionadas ao uso da máscara de proteção respiratória para prevenção da COVID-19 em uma Unidade de Terapia Intensiva do Sul do país

O presente trabalho em nível de mestrado foi avaliado e aprovado por banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.(a) Thaís Moreira São João, Dr.^a

Universidade Estadual de Campinas

Prof.(a) Monica Motta Lino, Dr.^a

Universidade Federal de Santa Catarina

Prof. (a) Marília Estevam Cornélio, Dr.^a

Universidade Estadual de Campinas

Prof. (a) Maria Elena Echevarría-Guanilo, Dr.^a

Universidade Federal de Santa Catarina

Certificamos que esta é a **versão original e final** do trabalho de conclusão que foi julgado adequado para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Coordenação do Programa de Pós-Graduação

Prof.(a) Dr.(a) Natália Gonçalves

Orientador(a)

Florianópolis, 2021

Ao meu pai, pela força e resiliência.

“Com a força que Cristo me dá, posso enfrentar qualquer situação” Filipenses 4:13

AGRADECIMENTOS

À Deus, pela oportunidade de acordar e explorar uma nova ideia todos os dias, por me proteger e me iluminar nos momentos dos difíceis, ao meu pai Antonio pelo exemplo de força e resiliência, você atravessa literalmente o país em busca do melhor, à minha mãe Antonia pelo incentivo e seu amor que me sustentam, e aos demais familiares,

À Dra. Natália Gonçalves, por me conceder a honra de ser a sua orientanda, por ser uma grande inspiração para mim como profissional e como pessoa. Não tenho palavras para agradecer todos os esforços que foram feitos para a conclusão deste sonho, por me dar voz e entender meus desejos e minhas aflições ao longo dessa trajetória, obrigada por tudo!

À minha coordenadora Msc. Carina Gheno, por acreditar no meu potencial quando nem eu mesmo acredito, a nossa ligação parece ser de outro mundo,

À Prof. Dra. Pollyanna Bortholazzi Gouvea por ter me apresentado a pesquisa,

Aos meus amigos que a Universidade Federal de Santa Catarina me proporcionou, Paulo e Thiago, obrigada meus queridos pelo acolhimento, companheirismo e palavras de incentivo,

Ao grupo EDCCS e Ações de enfermagem para pessoas com feridas pela parceria na condução das atividades de extensão,

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, por proporcionar o espaço e unir profissionais de excelência que contribuem grandemente para o crescimento acadêmico e profissional.

Aos juízes que dedicaram o seu tempo para avaliar o instrumento, à coordenação das Unidades de Terapia Intensiva pelo espaço concedido e aos enfermeiros por nos permitir acessar às suas crenças,

Aos membros da banca examinadora da qualificação até a sustentação Dra. Thaís Moreira São-João, Dra. Fernanda Freire Jannuzzi, Dda. Pollyanna Thaís Lameira da Costa, Dra. Mônica Motta Lino, Dra. Marília Estevam Cornelio, Dra. Maria Elena Echevarría-Guanilo e Dda. Fracielly Zilli pelas contribuições neste trabalho.

“Tenho a impressão de ter sido uma criança brincando à beira-mar, divertindo-me em descobrir uma pedrinha mais lisa ou uma concha mais bonita que as outras, enquanto o imenso oceano da verdade continua misterioso diante de meus olhos” (Isaac Newton).

RESUMO

A partir da descoberta do COVID-19, os enfermeiros foram considerados o grupo com maior risco de adquirir a infecção por esse vírus, uma vez que atuam na assistência direta aos pacientes. Como medida de biossegurança para evitar a contaminação, destaca-se a máscara de proteção individual. Neste estudo, objetivou-se avaliar as crenças e elaborar um instrumento para mensuração das variáveis indiretas relacionadas à categoria comportamental sobre o uso correto da máscara de proteção respiratória entre os enfermeiros em uma Unidade de Terapia Intensiva em tempos de pandemia por COVID-19. Para compreender a temática, desenvolveu-se uma revisão de escopo sobre o uso dos Equipamentos de Proteção Individual pela equipe de enfermagem no âmbito hospitalar e um estudo com abordagem qualitativa, do tipo descritivo, pautado pelo referencial teórico-metodológico da Teoria do Comportamento Planejado integrado ao Modelo de Crenças em Saúde. Na revisão, foram analisados 25 estudos. Como resultados, destaca-se que o Equipamento de Proteção Individual com maior adesão são as luvas e o menor, os óculos. Há necessidade de educação dos profissionais utilizando como estratégia o conhecimento comportamental, manutenção da comunicação nos setores para evitar a contaminação, e padronização das diretrizes. Ainda, que a carga de trabalho influencia na adesão e há carência de estudos sobre manuseio seguro de agentes biológicos e farmacológicos. Quanto ao estudo qualitativo, elaborou-se um instrumento para levantamento das crenças, o qual foi validado e submetido ao pré-teste com cinco enfermeiros e, posteriormente, foi realizada a entrevista com dez enfermeiros e observação participante. Quanto ao levantamento das crenças comportamentais, os profissionais compreendem que o uso correto da máscara é proteção profissional, do paciente, da equipe de saúde e de apoio (limpeza), dos familiares e que causa reações físicas e psicológicas. Em relação às crenças normativas, os enfermeiros compreendem que os profissionais mais propensos a utilizarem a máscara de forma correta são a equipe de enfermagem e os menos propensos são os profissionais de outros setores e médicos da UTI. Nas crenças de controle, abordaram que a educação permanente, continuada, materiais educativos, materiais de boa qualidade, disponibilidade de lixo infectante, identificação do saco de papel no armazenamento e a liderança do enfermeiro ajudaria a usar corretamente e, impediria as condições da máscara, falta de atenção, conhecimento ou equipamento e a pressa. Quanto às crenças de benefício percebido, apresentaram-se equivalentes às comportamentais. Em relação à susceptibilidade à doença, os enfermeiros acreditam que usar corretamente a máscara torna as chances de contaminar-se por COVID-19 pequenas, mas que há chances no armazenamento, e por fim, quanto às crenças de severidade, eles sentem culpa, ansiedade e frustração, ao pensar em se contaminar pela doença durante a sua assistência direta e que pode trazer consequências físicas e psicológicas. Nesse sentido foi construído o instrumento de mensuração das variáveis indiretas. Os resultados desta pesquisa permitiram identificar que as crenças relacionadas ao uso de máscara de proteção respiratória permeiam aspectos pessoais, organizacionais e, a partir destes resultados, é possível sugerir a continuidade na investigação sobre a temática e avaliação dos determinantes diretos da intenção e comportamento.

Palavras-chave: Comportamento. Infecções por Coronavírus. Biossegurança. Enfermagem. Teoria Psicológica.

ABSTRACT

After the discovery of COVID-19, nurses were considered the group with the highest risk of acquiring this virus infection, as they work in direct patient care. As a biosecurity measure to avoid contamination, the individual protection mask stands out. This study aimed to assess beliefs and develop an instrument to measure indirect variables related to the behavioral category of correct use of a respiratory protective mask among nurses in an Intensive Care Unit in times of pandemic caused by COVID-19. To understand the topic, a scope review was developed on the use of Personal Protective Equipment by the nursing staff in the hospital environment and a study with a qualitative, descriptive approach, guided by the theoretical-methodological framework of the Theory of Integrated Planned Behavior to the Health Belief Model. In the review, 25 studies were analyzed. As a result, it is highlighted that the Personal Protective Equipment with greater adhesion are gloves and the smallest, glasses. There is a need for education of professionals using behavioral knowledge as a strategy, maintenance of communication in the sectors to avoid contamination, and standardization of guidelines. Also, the workload influences adherence and there is a lack of studies on the safe handling of biological and pharmacological agents. As for the qualitative study, an instrument was developed to survey beliefs, which was validated and submitted to a pre-test with five nurses and, subsequently, an interview was carried out with ten nurses and participant observation. As for the survey of behavioral beliefs, professionals understand that the correct use of the mask is professional protection, the patient, the health and support team (cleaning), family members and that it causes physical and psychological reactions. Regarding normative beliefs, nurses understand that the professionals most likely to use the mask correctly are the nursing staff and the least likely are professionals from other sectors and ICU physicians. In the control beliefs, they addressed that permanent and continuing education, educational materials, good quality materials, availability of infectious waste, identification of the paper bag in storage and the nurse's leadership would help to use correctly and prevent the conditions of the mask, lack of attention, knowledge or equipment and haste. As for the perceived benefit beliefs, they were equivalent to the behavioral ones. Regarding the susceptibility to the disease, nurses believe that using the mask correctly makes the chances of being contaminated by COVID-19 small, but that there are chances in storage, and finally, regarding the severity beliefs, they feel guilt, anxiety and frustration, when thinking about being contaminated by the disease during their direct care, which can bring physical and psychological consequences. In this sense, the instrument for measuring indirect variables was built. The results of this research allowed us to identify that the beliefs related to the use of a respiratory protective mask permeate personal and organizational aspects and, based on these results, it is possible to suggest the continuity of the investigation on the theme and the evaluation of the direct determinants of intention and behavior.

Key-words: Behavior. Coronavirus Infections. Containment of biohazards. Nursing. Psychological Theory.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Diagrama da Teoria do Comportamento Planejado de Ajzen.....35

Figura 2 - Diagrama da Teoria do Comportamento Planejado de Ajzen com variáveis do Modelo de Crenças em Saúde42

Manuscrito 1:

Figura 1 - Fluxograma dos processos de busca e seleção dos estudos da presente revisão de escopo.....68

Figura 2 - Apresentação dos resultados das condições que facilitam e dificultam o uso dos EPIs pela equipe de enfermagem no âmbito hospitalar.....75

Figura 3 - Apresentação dos resultados das condições que facilitam o uso dos EPIs pela equipe de enfermagem no âmbito hospitalar.....76

Manuscrito 2:

Figura 1 - Apresentação de uma parte do formulário encaminhado para avaliação dos juízes...95

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Instrumento proposto por Ajzen para levantamento de crenças.....45

Quadro 2 – Instrumento proposto por Ajzen para mensurar as variáveis indiretas.....56

Manuscrito 1:

Quadro 1 - Estratégia de busca nas bases de dados para levantamento dos estudos.....64

Quadro 2 – Apresentação dos autores, ano, país e tipo de equipamentos de proteção individual abordados.....72

Manuscrito 2:

Quadro 1 - Versão inicial e final do instrumento para o levantamento de crenças relacionadas ao comportamento de aderir o uso da máscara de proteção respiratória.....101

Quadro 2 - Versão inicial e final do questionário sociodemográfico dos enfermeiros.....103

Quadro 3 - Crença modais salientes dos enfermeiros sobre o uso da máscara N95/PFF2/PFF3 durante a assistência direta ao paciente suspeito ou confirmado com COVID-19 em uma UTI.....124

Quadro 4 - Instrumento de mensuração das variáveis indiretas sobre o uso correto da máscara de proteção respiratória pelos enfermeiros em uma UTI.....126

LISTA DE TABELAS

Manuscrito 2:

- Tabela 1 - Índice de Validade de Conteúdo (IVC) relacionado a avaliação dos critérios de clareza (cla) do layout, redação e título do instrumento de levantamento de crenças. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2021.....97
- Tabela 2 - Índice de Validade de Conteúdo (IVC) relacionado a avaliação dos critérios de clareza (cla), pertinência (per) e abrangência (abr) dos itens do instrumento de levantamento de crenças e clareza (cla) do questionário sociodemográfico. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2021.....98
- Tabela 3 - Caracterização sociodemográfica e de precaução dos enfermeiros atuantes em um Hospital Universitário do Sul do Brasil (n=10). Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2021...107
- Tabela 4 - Crenças comportamentais relacionadas ao uso da máscara N95/PFF2/PFF3 durante a assistência direta ao paciente suspeito ou confirmado com COVID-19 em uma UTI. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2021.....114
- Tabela 5 - Crenças normativas relacionadas ao uso da máscara N95/PFF2/PFF3 durante a assistência direta ao paciente suspeito ou confirmado com COVID-19 em uma UTI. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2021.....118
- Tabela 6 - Crenças de controle percebido relacionadas ao uso da máscara N95/PFF2/PFF3 durante a assistência direta ao paciente suspeito ou confirmado com COVID-19 em uma UTI. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2021.....120
- Tabela 7 - Crenças da susceptibilidade da doença percebida relacionadas ao uso da máscara N95/PFF2/PFF3 durante a assistência direta ao paciente suspeito ou confirmado com COVID-19 em uma UTI. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2021.....122
- Tabela 8 - Crença da severidade da doença percebida relacionada ao uso da máscara N95/PFF2/PFF3 durante a assistência direta ao paciente suspeito ou confirmado com COVID-19 em uma UTI. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2021.....123

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CDC Centro de Controle e Prevenção de Doenças
CIPA Comissão Interna de Prevenção de Acidentes
COMSAT Comissão de Saúde do Trabalhador
EBSERH Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
EPI Equipamento de Proteção Individual
EPC Equipamento de Proteção Coletiva
HU Hospital Universitário
IVC Índice de Validade de Conteúdo
MCS Modelo de Crenças em Saúde
OMS Organização Mundial da Saúde
PNSST Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora
SARS Síndrome Respiratória Aguda Grave
SESMET Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho
SCIRAS Serviço de Controle de Infecção Relacionadas à Assistência à Saúde
SG Síndrome Gripal
SUS Sistema Único de Saúde
TNT Tecido-Não-Tecido
TAR Teoria da Ação Racional
TCP Teoria do Comportamento Planejado
UTI Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	16
1.1	OBJETIVOS.....	21
1.1.1	Objetivo geral.....	21
1.1.2	Objetivos específicos.....	21
2	REVISÃO DE LITERATURA.....	22
2.1	COVID-19 E AS ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO.....	22
2.2	MEDIDAS DE BIOSSEGURANÇA FRENTE A COVID-19.....	23
2.3	COMPORTAMENTO DE SAÚDE NA ADEÇÃO AOS EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL.....	29
2.4	EDUCAÇÃO EM SERVIÇO PARA PRÁTICAS SEGURAS.....	31
3	METODOLOGIA.....	33
3.1	REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO.....	33
3.1.1	A Teoria do Comportamento Planejado (<i>Theory of Planned Behavior</i>).....	34
3.1.1.1	<i>Diagrama da Teoria do Comportamento Planejado de Ajzen.....</i>	<i>35</i>
3.1.2	Comportamento.....	36
3.1.3	Intenção.....	37
3.1.4	Atitude.....	37
3.1.5	Norma Subjetiva.....	38
3.1.6	Controle Comportamental Percebido.....	38
3.1.7	Controle Comportamental Real.....	39
3.1.8	Crenças.....	39
3.1.9	Modelo Integrador.....	40
3.1.9.1	<i>Modelo das Crenças em Saúde (Health Belief Model - HBM).....</i>	<i>40</i>
3.1.9.2	<i>Crença de Susceptibilidade Percebida da Doença.....</i>	<i>41</i>
3.1.9.3	<i>Crença de Severidade Percebida da Doença.....</i>	<i>41</i>
3.1.9.4	<i>Crença de Benefício Percebido.....</i>	<i>41</i>
3.1.9.5	<i>Crença de Barreiras Percebidas.....</i>	<i>42</i>
3.2	TIPO DE ESTUDO.....	43
3.3	ELABORAÇÃO E VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO PARA O LEVANTAMENTO DE CRENÇAS RELACIONADAS À CATEGORIA COMPORTAMENTAL SOBRE O USO CORRETO DA MÁSCARA DE PROTEÇÃO RESPIRATÓRIA PELOS ENFERMEIROS.....	43
3.3.1	Instrumento proposto por Ajzen para levantamento de crenças.....	45
3.3.1.1	<i>Validação do instrumento.....</i>	<i>46</i>
3.3.1.2	<i>Pré-teste.....</i>	<i>47</i>
3.4	LEVANTAMENTO DAS CRENÇAS DOS ENFERMEIROS.....	47
3.4.1	Amostragem.....	47
3.4.2	Método de amostragem.....	48
3.4.3	Tamanho da amostra.....	48
3.4.4	Cenário da coleta de dados.....	49
3.4.5	Procedimentos para coleta de dados.....	50
3.5	ANÁLISE DE DADOS.....	54
3.5.1	Análise do comitê de juízes.....	54
3.5.2	Análise do levantamento de crenças.....	54
3.6	ELABORAÇÃO DE UM INSTRUMENTO PARA MENSURAÇÃO DAS VARIÁVEIS INDIRETAS RELACIONADAS À CATEGORIA COMPORTAMENTAL SOBRE O USO CORRETO DA MÁSCARA DE PROTEÇÃO RESPIRATÓRIA.....	55
3.6.1	Instrumento proposto por Godin (2019) para mensurar as variáveis indiretas.....	56

3.7 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA.....	59
4 RESULTADOS.....	60
4.1 MANUSCRITO 1: EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL NA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR DE ENFERMAGEM: Revisão de Escopo.....	60
4.2 MANUSCRITO 2: CRENÇAS RELACIONADAS SOBRE O USO DA MÁSCARA DE PROTEÇÃO RESPIRATÓRIA DOS ENFERMEIROS EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA COVID-19.....	89
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	145
REFERÊNCIAS.....	146
APÊNDICE A - Carta convite para participação dos especialistas/juízes.....	164
APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos Especialistas/Juízes.....	165
APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos enfermeiros.....	168
APÊNDICE D – Caracterização Sociodemográfica dos Enfermeiros.....	172
APÊNDICE E – Roteiro avaliativo dos juízes para avaliação do instrumento.....	174
APÊNDICE F – Instrumento validado para levantamento de crenças do uso da máscara de proteção respiratória pelos enfermeiros nas Unidades de Terapia Intensiva.....	175
APÊNDICE G – Aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa.....	180

1 INTRODUÇÃO

Em dezembro de 2019, foi identificado um surto de pneumonia com etiologia desconhecida em Wuhan, província de Hubei na China, a partir das pessoas que estavam em um mercado de frutos do mar de Hunan. Uma vez que, neste espaço, eram comercializados animais como morcegos, sapos, cobras, pássaros, marmotas e coelhos, as autoridades da China passaram a considerar a relação entre a infecção e o contato ou consumo desses animais vivos (SHEREEN *et al.*, 2020).

A partir dos estudos realizados, foi verificado que este vírus pertence a um subgrupo do Coronavírus e que a sua maior capacidade de transmissão dá-se possivelmente pela recombinação genética na proteína *Spike* (S) na região da proteína RBD, sendo o S responsável pela ligação com a Enzima Conversora de Angiotensina 2. Ainda, foi descoberta a capacidade de disseminação entre humanos quando expostos às gotículas respiratórias e aerossóis, uma vez que foram notificados casos sem registro de visitas ao mercado ou consumo daqueles animais contaminados (SHEREEN *et al.*, 2020; ZU *et al.*, 2020).

Os pesquisadores chineses o denominaram como “Coronavírus” e “Novo Coronavírus 2019”. Posteriormente, foi nomeado como SARS-Cov-2 e a doença como COVID-19 (SHEREEN *et al.*, 2020; ZU *et al.*, 2020; KONZEN, 2020).

Na literatura, foram descritas outras infecções por Coronavírus, como em 2002. Em Guangdong na China, com o surto de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS), sendo denominado de SARS-CoV e a Síndrome Respiratória do Oriente Médio, conhecido como MERS-CoV, a qual surgiu em 2012, na Arábia Saudita. Porém, ambas não apresentavam a capacidade de transmissibilidade do Novo Coronavírus (SHEREEN *et al.*, 2020).

Assim, a COVID-19 apresentou uma rápida propagação na China, principalmente após o Ano Novo Chinês, disseminando a doença para vários países da Ásia e, posteriormente, sendo identificada em outros continentes. No dia 11 de março de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou pandemia ocasionada pela COVID-19 (BRASIL, 2020a).

A doença pode ser identificada por diversos sinais e sintomas, tais como tosse, febre, coriza, dor de garganta, dispneia, anosmia, ageusia, distúrbios gastrintestinais, astenia e hiporexia, podendo o indivíduo apresentar desde um resfriado a uma Síndrome Gripal (SG) ou

a uma pneumonia severa. A estimativa é que em média 80% dos casos são assintomáticos ou oligossintomáticos, ou seja, com poucos sintomas, 20% necessita de atendimento hospitalar decorrente dificuldade respiratória e 5% apresentam maior gravidade, necessitando de suporte ventilatório (BRASIL, 2020b).

Considerando a rápida disseminação do vírus e o aumento súbito de atendimento no mundo como um todo, surgiu a preocupação dos serviços de saúde quanto aos cuidados a esses pacientes (BRASIL, 2020b), bem como reconheceu-se que os profissionais que atuam na assistência direta ao paciente são considerados grupo de alto risco para adquirir a infecção.

Segundo a literatura, esses profissionais de saúde estão sujeitos a fatores que os tornam vulneráveis como a própria exposição aumentada aos patógenos, insuficiência ou indisponibilidade de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) e jornadas extenuantes decorrentes da necessidade de suprir a demanda/ausência dos profissionais adoecidos. Fatores estes que tornam o exercício do trabalho exaustivo e geram sofrimento psicológico, esgotamento profissional, estigma, violência física e psicológica (JACKSON FILHO *et al.*, 2020).

Embora não haja estudos sobre a adesão dos EPIs em tempos de pandemia por COVID-19, desde a década de 90, tem sido descrito na literatura a preocupação com a saúde ocupacional, como aquelas geradas pelas incertezas do HIV (HAMMOND 1990), tuberculose (CHAPMAN *et al.*, 2017) e, na década de 2000, sobre o contágio do vírus Influenza H1N1 (MITCHELL *et al.*, 2012; HU *et al.*, 2012).

Na atual pandemia, a fragilidade e a exposição dos profissionais foram evidenciadas em estudo no qual contabilizou-se os casos de trabalhadores infectados e aqueles que evoluíram para óbito em vários países. Em 2020, a OMS identificou que os profissionais de saúde representavam cerca de 10% dos casos em todo o mundo (ONU, 2020a). Assim, reconhecendo os esforços e impacto no combate à pandemia, esta anunciou 2021 como o Ano Internacional dos Trabalhadores de Saúde e Cuidadores, com o intuito de direcionar as ações necessárias na força de trabalho de saúde (ONU, 2020b).

No Brasil, as mídias sociais e as academias abordaram os danos ocasionados a esses profissionais, com registro até novembro de 2021, de 59.022 profissionais da enfermagem infectados e 869 óbitos de COVID-19. Desses, identificou-se que a predominância dos casos foi na faixa etária de 31 a 40 anos e os óbitos com maior prevalência estão entre 41 a 50 anos (COFEN, 2021a).

Em 2020, o Conselho Federal de Enfermagem apontou que o país respondia por 30% das mortes dos profissionais da enfermagem decorrente da COVID-19 no mundo e que a contaminação desses é três vezes maior do que os profissionais da medicina, em razão de lidar diretamente com o vírus na sua jornada de trabalho (COFEN, 2020b, COFEN, 2020c).

Em março de 2021, foi realizado um levantamento em que percebeu-se que o Brasil perde ao menos um profissional de saúde a cada 1,3 dias ou um a cada 19 horas. Considerando que os dados do Ministério da Saúde podem estar subnotificados, o Conselho Federal de Medicina e o Conselho Federal de Enfermagem identificaram a morte de 551 médicos e 646 enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, sumarizando assim, uma morte a cada sete horas e meia (COFEN, 2021b).

Com o início da vacinação dos profissionais de saúde em janeiro de 2021, já se observou uma diminuição de casos comparado com 2020, sendo constatada redução de 11.878 casos, entre os profissionais da enfermagem, da COVID-19 em 2021 (CNTS, 2021). Mas, apesar desses avanços, a COVID-19 foi reconhecida como a primeira nova doença relacionada ao trabalho nesta década, referindo assim a importância do controle das infecções nas instituições (SILVA *et al.*, 2020) e das boas práticas de segurança durante a assistência ao paciente.

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) compreende a proteção ao profissional durante o seu serviço de trabalho como a biossegurança, a qual é definida como “um conjunto de ações destinadas a prevenir, controlar, reduzir ou eliminar riscos inerentes às atividades que possam comprometer a saúde humana, animal e o meio ambiente” (BRASIL, 2005, s.p). Ainda, para garantir a segurança dos profissionais de saúde, a Norma Regulamentadora nº 32 dispõe sobre as diretrizes básicas para implementação de medidas de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde (COFEN, 2014). Dentro desse contexto de biossegurança, destacam-se os Equipamentos de Proteção Individual, tais como: luvas de procedimento, máscara de proteção respiratória, gorro, avental, protetor facial e óculos. Sendo que, durante a pandemia, esses EPIs foram altamente requisitados para proteção dos profissionais durante o atendimento do paciente suspeito ou confirmado pelo COVID-19 (BRASIL, 2020c).

Cada EPI é importante e possui a sua particularidade na proteção do profissional, mas a máscara de proteção respiratória, objeto que será discutido neste trabalho, apresenta-se como

relevante para a assistência ao paciente durante os procedimentos que geram a aerolização, como a intubação, aspiração por sistema aberto, traqueostomia, ventilação não invasiva, ventilação por ambu, nebulização, ressuscitação cardiopulmonar, coleta de amostra nasotraqueal/coleta de material para PCR de vírus respiratórios, pronação, desconexão do paciente no ventilador, broncoscopia, escarro induzido, ventilação invasiva sem utilização de filtro expiratório, dentre outros. Procedimentos esses que rotineiramente são realizados nas Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) (BRASIL, 2020c) pela enfermagem ou com sua participação.

A máscara de proteção respiratória é um equipamento composto por várias camadas, em formato anatômico que protege o profissional das partículas menores de aerossóis com tamanhos de até 0,3 micras. Essas são expelidas em grande quantidade no ar quando executados os procedimentos citados anteriormente e, portanto, o uso dessa máscara se torna imprescindível em situações em que a veiculação do microrganismo se dá pelos aerossóis, como pelo vírus Sars-Cov-2 (SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS, 2020).

Já o não uso da máscara de proteção respiratória durante esses procedimentos ou com proximidade a eles, é caracterizado pela a exposição desse profissional em se contaminar com as partículas que são expelidas, pois, mesmo que utilizando outra máscara (por exemplo, a cirúrgica) ou protetor facial, as partículas são tão pequenas que conseguem adentrar, podendo levar ao adoecimento deste profissional durante o seu exercício do trabalho (SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS, 2020).

Essas circunstâncias tornam-se preocupantes quando a literatura evidencia a falta de adesão aos EPIs no geral, por motivos de hábito, costume, confiança, falta de informação, de percepção e de interesse, indisponibilidade de quantidade e tamanhos adequados, pressa, incômodo para realizar procedimentos, esquecimento da utilização das medidas de proteção, estresse, síndrome de *Burnout* e a sobrecarga de trabalho (FERREIRA; OLIVEIRA, 2019).

Em 2020, no estudo de Sant'anna *et al.* (2020) identificou-se que os fatores de riscos que influenciam a infecção pelo COVID-19 permeiam a escassez de EPIs, sobrecarga de trabalho, uso inadequado ou o não uso de EPIs, higiene inadequada das mãos, bem como, o contato próximo com pacientes e/ou colegas de trabalho potencialmente contaminados, diagnóstico tardio, procedimentos com risco de geração de aerossol e renovação de ar de forma insuficiente em ambiente de pressão negativa.

Neste contexto, durante a pandemia também foi realizada uma pesquisa sobre as condições dos profissionais atuantes na COVID-19, na qual identificou-se que cerca da metade dos participantes relataram excesso de trabalho durante a pandemia, com jornadas acima de 40 horas semanais. Desses, 43,2% não se sentiam protegidos no trabalho e no enfrentamento da COVID-19, relacionado à falta, escassez e ao uso inadequado dos EPIs, em que 64% referiram improvisar equipamentos (FIOCRUZ, 2021).

Outros estudos também têm registrado falhas na proteção dos trabalhadores de saúde decorrentes da falta desses equipamentos ou devido às falhas no seu uso durante a atuação, seja no processo de paramentação e/ou de desparamentação (JACKSON FILHO *et al.*, 2020; SOARES *et al.*, 2020).

Na prática, muitas vezes os profissionais da enfermagem não consideram as situações perigosas do trabalho como inapropriadas, assim, se expõem a risco e a cargas exacerbadas de trabalho (PIAI-MORAIS; ORLANDI; FIGUEIREDO, 2015).

Diante desse contexto, emergiu a reflexão acerca dos danos ocasionados aos profissionais no seu exercício do trabalho neste momento de pandemia, bem como a necessidade de compreender os determinantes relacionados à adesão ou não da máscara de proteção respiratória pelos enfermeiros.

Para identificar esses determinantes, neste trabalho utilizou-se a Teoria do Comportamento Planejado (TCP), a qual estuda o comportamento dos sujeitos por meio das crenças e determinantes sociais, sendo que, na presente proposta, o comportamento é a adesão ao uso da máscara de proteção respiratória pelos enfermeiros durante a assistência direta ao paciente suspeito ou confirmado com COVID-19. O reconhecimento desses fatores permite identificar os aspectos que determinam a tomada de decisão para a proteção e subsidiar reflexões acerca da prática dessas medidas de segurança, uma vez que esses aspectos abrangem o serviço hospitalar como um todo, seja para a segurança do paciente, do profissional, na gestão e também no ensino. Ademais, esses fatores podem apontar caminhos para novas estratégias de segurança no ambiente de trabalho ainda neste momento crítico de saúde pública global.

Desta forma, esta pesquisa tem como pergunta norteadora: Quais são as crenças salientes para mensuração da categoria comportamental sobre o uso correto da máscara de proteção respiratória pelos enfermeiros em uma unidade de terapia intensiva em tempos de pandemia por COVID-19?

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo Geral

Avaliar as crenças e elaborar um instrumento para mensuração das variáveis indiretas relacionadas à categoria comportamental sobre o uso correto da máscara de proteção respiratória entre os enfermeiros em uma Unidade de Terapia Intensiva em tempos de pandemia por COVID-19.

1.1.2 Objetivos Específicos

- Analisar a produção científica sobre o uso de equipamento de proteção individual dos profissionais da enfermagem durante a assistência no âmbito hospitalar;
- Elaborar um instrumento destinado a identificar as crenças salientes relacionadas à categoria comportamental sobre o uso correto da máscara de proteção respiratória;
- Validar a face e o conteúdo de um instrumento destinado a identificar as crenças salientes à categoria comportamental sobre o uso correto da máscara de proteção respiratória;
- Avaliar as crenças salientes (comportamentais, normativas, controle, benefício percebido, susceptibilidade e severidade da doença percebidas) à categoria comportamental sobre o uso correto da máscara de proteção respiratória;
- Elaborar um instrumento para mensuração das variáveis indiretas relacionadas à categoria comportamental sobre o uso correto da máscara de proteção respiratória.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Para melhor entendimento desta pesquisa, separou-se a revisão da literatura em quatro seções, a saber: *COVID-19 e as estratégias de enfrentamento, Medidas de biossegurança frente a COVID-19, Comportamento em Saúde na Adesão aos Equipamentos de Proteção Individual e Formação de enfermeiros e a educação em serviço para práticas seguras.*

2.1 COVID-19 E AS ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO

Após a descoberta e repercussão da COVID-19, estudiosos do mundo inteiro procuram por um tratamento que possa controlar a sua capacidade de disseminação e complicações, seja por meio de um tratamento específico e/ou uma vacina.

Como exposto anteriormente, alguns fatores podem estar associados com a disseminação e infecção pelo vírus por parte dos profissionais, tais como: condições de trabalho precárias, higiene inadequada, falta de EPIs e jornadas de trabalho ampliadas e exaustivas (RIBEIRO *et al.*, 2020a). Com isto, os profissionais começaram a adoecer cada vez mais. No Brasil, estima-se que entre 122 e 365 mil profissionais poderão estar afastados pela COVID 19 (BRASIL, 2020d).

Nessa perspectiva, frente a uma necessidade de estabelecer estratégias para amenizar a transmissão da doença, as autoridades buscaram conhecer as intervenções desenvolvidas pela China, visto que foi a pioneira nesse processo. Assim, integram-se três medidas consideradas como efetivas: proteger os profissionais de saúde com os EPIs; identificar os sintomáticos, realizar os testes, informar os resultados rapidamente e isolá-los; e identificar os comunicantes e colocá-los em quarentena (WHO, 2020a).

Associada a essas estratégias, a OMS destacou a necessidade de educação da população geral para prevenção da propagação da COVID-19 (WHO, 2020b) e traçou um plano global de resposta para o enfrentamento dessa doença. Neste plano, além dos aspectos voltados para a prevenção da disseminação do vírus na população geral, a necessidade da criação de vacinas, ressalta-se os cuidados com os profissionais de saúde, os quais estão atuando na assistência direta ao paciente suspeito ou confirmado com COVID-19 (WHO, 2020c).

Até que, em janeiro de 2021, iniciou-se a Campanha de Vacinação contra a COVID-19

no Brasil, em que se teve o início pelos grupos prioritários, incluindo-se os trabalhadores de saúde (UNASUS, 2021).

2.2 MEDIDAS DE BIOSSEGURANÇA FRENTE A COVID-19

A saúde e a doença são consideradas como processos interligados, visto que estão relacionados com o modo de desenvolvimento produtivo da humanidade em determinado momento histórico. Neste contexto, a Saúde do Trabalhador é um campo que busca integrar o conhecimento de compreender as relações entre o trabalho e o processo de saúde e doença (BRASIL, 2001; FERNANDES *et al.*, 2017).

Frente a isto, foi elaborada a Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSST) por meio da Portaria nº 1823/2012, na qual tem-se como finalidade definir os princípios, as diretrizes e as estratégias a serem observadas pelas esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), para o desenvolvimento da atenção integral à saúde dos trabalhadores e a redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos (BRASIL, 2012a).

Considerando os profissionais da área da saúde, a PNSST aborda aspectos como o fortalecimento da Vigilância em Saúde do Trabalhador, na qual identifica as atividades, as situações de risco e a intervenção nesses ambientes. Neste contexto, surge a Norma Regulamentadora (NR) para assegurar a proteção ao trabalhador durante o seu exercício (BRASIL, 2012a).

A utilização dos EPIs na área da saúde é determinada pela NR 32, a qual foi criada em 2005 pela legislação do Ministério do Trabalho e Emprego (MARZIALE *et al.*, 2012). Esta NR tem como intuito prevenir o adoecimento causado pelo trabalho dos profissionais de saúde, por meio de ações que visem eliminar ou controlar as condições de risco presentes pela exposição dos agentes de risco biológicos, químicos, físicos e ergonômicos nos Serviços de Saúde e das empresas terceirizadas (COFEN, 2014).

Para a sua aplicação é imprescindível a participação dos trabalhadores, por meio das Comissões Institucionais de caráter legal e técnico, como, por exemplo, a CIPA (Comissão interna de Prevenção de Acidentes) quando se trata de instituições privadas, COMSAT

(Comissão de Saúde do Trabalhador) em instituições públicas, SESMET (Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho) frente aos serviços da Engenharia e Segurança do Trabalho, e, no caso da saúde, a SCIRAS (Serviço de Controle de Infecção Relacionadas à Assistência à Saúde). Esse trabalho pode ser articulado por meio de eventos específicos que atribuem a importância da prevenção de acidentes de trabalho (COFEN, 2014).

Assim, para minimizar os riscos ocupacionais tratados pela NR 32, o uso adequado dos EPIs ajuda a garantir a segurança no âmbito do trabalho. Pela legislação, os EPIs devem ser utilizados em todos os procedimentos, de acordo com seus riscos, e ser disponibilizados pelo empregador. A NR também abrange a obrigatoriedade da vacinação, reforço e sorologia de controle pertinentes do profissional de saúde (BASTOS *et al.*, 2020; VIEIRA *et al.*, 2015; COFEN, 2014).

Cabe ao profissional aderir ao uso e atentar-se para sua proteção e a dos pacientes, utilizando esses equipamentos de forma adequada ou exigindo-o, caso não estiverem disponíveis, pois a adesão a esses cuidados permeia a biossegurança no trabalho em saúde e esta deve iniciar com a adoção das precauções (VIEIRA *et al.*, 2015).

As precauções frente aos riscos expostos são categorizadas em Precaução Padrão, de Contato, de Gotículas e de Aerossóis (BRASIL, 2020e).

As Precauções Padrão são um conjunto de medidas que devem ser realizadas no atendimento de todos os pacientes hospitalizados, independente se existe um quadro infeccioso suspeito ou confirmado e na manipulação de equipamentos e artigos contaminados ou suspeita de contaminação. Essas medidas devem ser utilizadas quando há o risco de contato com sangue, líquidos corpóreos, secreções e excreções, com exceção do suor, sem considerar a presença ou não de sangue visível, pele não íntegra e mucosas. Neste caso, é recomendado que o profissional se paramente com os seguintes EPIs: luvas, avental, óculos e máscara (VIGILÂNCIA EM SAÚDE E QUALIDADE HOSPITALAR DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS, 2017; BRASIL, 2020e).

As Precauções de Contato são um conjunto de medidas que visam prevenir a transmissão de microrganismos que sejam capazes de infectar e/ou colonizar outros pacientes, profissionais, visitantes e acompanhantes por meio de contato direto, ou seja, tocando o paciente e estabelecendo a transmissão de pessoa para pessoa, ou indireto, por meio do toque nas

superfícies contaminadas próximas ao paciente ou por meio de artigos e/ou equipamentos. Nesta situação faz-se necessário que o profissional utilize avental, óculos, máscara, luvas, como também que o paciente esteja em quarto privativo (VIGILÂNCIA EM SAÚDE E QUALIDADE HOSPITALAR DO HOSPITALAR DE CLÍNICAS, 2017; BRASIL, 2020e).

As Precauções por Gotículas permitem prevenir a transmissão de microrganismos de via respiratória que tenham partículas maiores que cinco micras de pacientes com doença transmissível, geradas por tosse, espirro e também durante a fala. Essas gotículas podem se projetar a uma distância de 1,5 metro. Assim, o profissional deve se paramentar com máscara cirúrgica, avental, óculos, luvas e o paciente deve estar em quarto privativo (VIGILÂNCIA EM SAÚDE E QUALIDADE HOSPITALAR DO HOSPITAL DE CLÍNICAS, 2017; BRASIL, 2020e).

Por fim, as Precauções por Aerossóis visam medidas para os pacientes com suspeita ou diagnóstico de infecção transmitida por via aérea, sendo por partículas menores que cinco micras, que podem ficar suspensas no ar ou ressecadas no ambiente. Nesta situação, deve-se utilizar cuidados adicionais com este paciente, além dos EPIs já citados para as gotículas, recomenda-se o uso da máscara de proteção respiratória, bem como área física específica, dotada de sistema de ar com uso de filtro especial e pressão negativa (VIGILÂNCIA EM SAÚDE E QUALIDADE HOSPITALAR DO HOSPITAL DE CLÍNICAS, 2017; BRASIL, 2020e).

Frente a este conhecimento, cabe-nos reconhecer que a pessoa infectada pelo COVID-19 expõe gotículas e aerossóis. Dessa forma, faz-se necessário compreender a especificidade da máscara de proteção respiratória que se enquadra como um acessório na proteção dessas partículas para a biossegurança do profissional.

Além da máscara N95, podem ser consideradas a N99, N100, P95, P99, P100, R95, R99 e R100, as quais garantem a mesma segurança da N95 (CDC, 2021). Todas essas são para uso do profissional que irá realizar procedimentos com risco de geração de aerossóis em pacientes suspeitos ou confirmados por infecção de COVID-19, pois esta máscara possui proteção respiratória por meio de um respirador particulado com eficácia mínima na filtração de 95% das partículas de até 0,3 micras (BRASIL, 2020c).

Além do tamanho das partículas, a literatura aborda a velocidade que a mesma se aproxima do material da máscara, e essa velocidade depende da frequência respiratória do

usuário e do formato e tamanho do próprio respirador. Logo, ressalta-se a importância do ajuste facial adequado, de forma que não tenha escape de ar pelas bordas. Para conforto do profissional, demonstra-se também que, quanto menor a resistência do fluxo do ar, ou seja, maior área contemplada no interior da máscara, menor trabalho respiratório e, com isso, diminuição da fadiga (BALLARD *et al.*, 2021).

Segundo a *Centers for Disease Control and Prevention* (Centro de Controle e Prevenção de Doenças - CDC), a máscara deve ser descartada após cada uso (CDC, 2021). No entanto, em razão do avanço dos casos confirmados pelos países, a OMS observou e divulgou em fevereiro de 2020 que os estoques globais dos EPIs eram insuficientes, em especial, as máscaras de proteção respiratória (WHO, 2020f).

Diante do cenário, estabeleceu-se estratégias de contingência de crise para conservar esses suprimentos, sendo de contingência: uso prolongado das máscaras e uso além do prazo de validade designado pelo fabricante (CDC, 2021). O uso prolongado é entendido como o menor manuseio possível da máscara (considerado mais seguro que a reutilização), podendo mantê-la até 8 horas seguidas, com pausas para refeições e utilização dos sanitários (CDC, 2020).

Se ainda houver escassez de máscara de proteção respiratória, designa-se as estratégias de capacidade de crise, a conhecer: utilização além do prazo de validade estabelecido pelo fabricante, utilizar respiradores semelhantes aos aprovados pelos órgãos responsáveis, utilizar máscaras que atingiram o prazo de validade designados, mas não foram avaliados pelos órgãos responsáveis, com reutilização limitada – em que a máscara é colocada para atendimento de um paciente, retirada e armazenada antes de usar para outro paciente para um número limitado de colocações e, por fim, priorizar o uso a depender do tipo de atividade desenvolvida pelo profissional (CDC, 2021).

Ainda, esta publicação orienta que o uso prolongado da máscara deve levar em conta a capacidade do respirador em manter o seu ajuste, contaminação, considerações práticas (como intervalos para refeição) e o conforto do usuário. O documento recomenda que, após retirada da máscara, por exemplo, para refeições, a mesma deverá ser descartada (CDC, 2021). Para que o uso prolongado seja seguro, os profissionais devem higienizar sempre as mãos com água e sabão ou com um desinfetante à base de álcool antes e depois de tocar e ajustar a máscara (CDC, 2020).

Mas, a partir do momento que o profissional se desparamenta e paramenta-se novamente com a mesma máscara, é considerado como reutilização, conforme é recomendado considerando as instruções do fabricante do produto. Nos casos em que não há a recomendação do fabricante do produto, indica-se o uso máximo de cinco vezes (ou seja, cinco colocações) para que a segurança e o conforto dos profissionais sejam mantidos. Apesar dessas recomendações, não há um consenso de quantas vezes pode ser reutilizada, logo, compreende-se como pertinente considerar a integridade da mesma (CDC, 2020; CDC 2021).

Além dessas estratégias, compreende-se também sobre o uso inadequado que pode ser caracterizado quando o profissional a utiliza em conjunto com a máscara cirúrgica, não realiza o teste de vedação ou não a ajusta adequadamente na face. Logo, são ações que podem viabilizar uma contaminação ao retirar a máscara, não garante o mesmo nível de proteção profissional e, como abordado anteriormente, pode favorecer a escassez de máscaras cirúrgicas (COREN-MG, 2020).

O descarte da máscara de proteção respiratória é encorajado quando utilizado em procedimentos geradores de aerossóis, quando contaminada com sangue, fluidos corporais, secreções respiratórias ou nasais e/ou quando o profissional se aproxima da saída ou saia da área dedicada (CDC, 2020).

Dessa forma, ressalta-se que, além de conhecer os EPIs que estão disponíveis para assegurar a segurança dos profissionais durante a assistência, é importante que estes profissionais e os Serviços de Saúde estejam integrados quanto às orientações e atualizações acerca das medidas de prevenção e controle que minimizem a exposição dos profissionais de saúde da COVID-19 no atendimento pré-hospitalar e dentro dos serviços de saúde (BRASIL, 2020c).

Os estudos mostraram que a utilização de EPIs pelos profissionais de saúde reduz os riscos de infecção por COVID-19 e leva a um aumento na sensação de segurança dos que atuam em hospitais. Contudo, além de desfrutar desses equipamentos, é fundamental que os profissionais saibam realizar a paramentação e a desparamentação de forma adequada, visto que se trata de uma medida de prevenção frente a propagação e mitigação da doença (RIBEIRO *et al.*, 2020b).

Contudo, mesmo diante dessas informações e regulações, observa-se no contexto atual um aumento da contaminação e mortalidade dos profissionais de saúde, principalmente da

enfermagem. O uso de EPIs apenas protege o trabalhador dos fatores de riscos presentes no seu local de trabalho, mas não impede a realização de ações perigosas ou evitam acidentes (WHO, 2020d). Eles apenas minimizam a probabilidade do dano, os efeitos/consequências de um acidente de trabalho ou evitam o aparecimento de doenças (CHAN *et al.*, 2020).

Além disso, para auxiliar no gerenciamento de riscos ocupacionais dos trabalhadores ao COVID-19, a OMS publicou um instrumento que orienta sobre como os serviços devem proceder quanto à avaliação de riscos e exposição dos profissionais de saúde no contexto do COVID-19 (WHO, 2020e). Este instrumento é composto por um conjunto de perguntas que investiga o contato do trabalhador com pacientes contaminados pelo COVID-19 e, na segunda parte, avalia a adesão do profissional às medidas de prevenção e controle de infecção durante o contato com pacientes contaminados e a realização de procedimentos invasivos com potencial contaminação de aerossóis. Dependendo do grau das respostas em uma escala do tipo *Likert*, o trabalhador é classificado em alto risco ou baixo risco para exposição ao COVID-19 (WHO, 2020e).

Para os profissionais com baixo risco para a doença em foco, é recomendado que os serviços monitorem a temperatura e sintomas respiratórios por 14 dias após a exposição; reforcem as orientações sobre precauções de contato, gotículas e precauções em procedimentos com geração de aerossóis, sobre o uso racional, correto e consistente dos EPI's; e orientem sobre a higienização das mãos (WHO, 2020e).

No caso dos trabalhadores que são classificados como alto risco para COVID-19, os profissionais de saúde devem: interromper todas as interações de assistência com os pacientes por um período de 14 dias, após o último dia de exposição a um COVID-19 confirmado; realizar o teste para contaminação pelo vírus e afastar o trabalhador em quarentena por 14 dias em um ambiente designado; fornecer apoio psicossocial aos profissionais de saúde durante a quarentena ou durante toda a duração da doença, caso se confirme; oferecer reforço com treinamento em prevenção e controle de infecção a toda equipe da unidade de saúde, incluindo os profissionais com alto risco de infecção após o término da quarentena (WHO, 2020e).

Em relação ao uso dos EPIs, decorrente do risco de contaminação, o momento de desparamentação tem sido postergado pelos profissionais, que utilizam de quatro a oito horas ininterruptas, principalmente a N95. Esta máscara apresenta um ajuste apertado no qual proporciona uma força mecânica, ou seja, de pressão e cisalhamento na região frontal da face e

do nariz. Por este motivo, estudos têm demonstrado o surgimento de Lesão Por Pressão Relacionada ao Dispositivo Médico nos profissionais de saúde (RAMALHO; FREITAS; NOGUEIRA, 2020; LAN *et al.*, 2020).

Além desses aspectos de proteções individuais, a literatura permeia a necessidade de medidas adicionais frente ao coletivo, ao considerar outros fatores do ambiente de cuidado, como, por exemplo, realizar a triagem daqueles que procuram atendimento — identificar os casos, colocar máscara e isolar rapidamente os doentes, reduzir a quantidade de pessoas aguardando na sala de espera, avaliar o risco dos procedimentos a serem realizados, higienizar as mãos, limpar e desinfetar os ambientes de trabalho, gerenciar os resíduos hospitalares, usar tecnologias emergentes como a telemedicina hospitalar e aplicativos de compartilhamento de arquivos *on-line*, as quais proporcionam o acompanhamento de pacientes nas consultas eletivas ou para outros problemas de saúde com menor gravidade (RIBEIRO *et al.*, 2020b).

Como se trata de um vírus que apresenta uma taxa significativa de pessoas assintomáticas, essas se tornam veículos inconscientes da doença. Dessa forma, a utilização de máscaras e outras precauções de barreira, a higiene das mãos aprimorada e a descontaminação da superfície são fundamentais (ADAMS; WALLS, 2020). Frente às medidas encontradas na literatura, reconhece-se a proteção respiratória como urgente neste momento (TAN *et al.*, 2020).

No entanto, com a diminuição do quadro epidemiológico pela doença no mundo, e, com isto, menor quantidade de EPIs que são utilizados na assistência, no dia 16 de setembro de 2021, o *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) divulgou que havia maior fornecimento e disponibilidade de máscaras aprovadas mundialmente e que os estabelecimentos não deveriam mais utilizar estratégias de crise, como a compra de equipamentos não aprovados (CDC, 2021). Mas reconhece-se a explanação desses conceitos e movimentações, considerando que é um contexto existente no presente estudo.

2.3 COMPORTAMENTO DE SAÚDE NA ADESÃO AOS EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL

Comportamento de saúde é considerado como qualquer atividade realizada por uma pessoa independentemente do seu estado de saúde, mas com o objetivo de promover, proteger ou manter a sua saúde, sendo eficaz ou não para obter o fim pretendido (WHO, 1998).

Os comportamentos de saúde, assim como os comportamentos de risco, conduzem-se de uma forma complexa formando perfis, que conhecemos como estilos de vida (WHO, 1998). Para tanto, com o passar do tempo e maiores investigações, o comportamento foi sistematizado frente à adesão ao tratamento, por exemplo, apresentando-se em três dimensões, a saber: *compliance*, que se refere ao grau de aceitação do indivíduo em relação às prescrições e recomendação médica; *adherence*, com uma abordagem de manter e seguir o tratamento que foi acordado na fase anterior e, por fim; *maintenance*, o qual atribui as tarefas de autocuidado que ocorre quando o doente incorpora o tratamento no seu estilo de vida, no sentido de manter os novos comportamentos e hábitos (CRUZ, 2018).

Skinner (1953) defende que para identificar as variáveis determinantes de um comportamento se faz necessário lançar registros e medidas apuradas por meio de uma observação, reconhecida como principal método de avaliação do analista do comportamento. Entretanto, outros pesquisadores abordam que as pesquisas na área do comportamento devem priorizar não apenas a observação, mas também a identificação e avaliação de variáveis que permitam uma análise funcional dos comportamentos de interesse, possibilitando sua real compreensão, previsão e controle (AMARAL; MALERBI, 2019).

Na perspectiva do presente estudo, considera-se comportamento de saúde adequado aquele no qual o profissional de saúde adere ao uso correto dos EPIs. Conciliando esse comportamento ao cuidado de si, pois, em qualquer atividade, o profissional está sujeito ao risco de acidentes no ambiente de trabalho e, com isto, reconhece-se a necessidade e a responsabilidade de cuidar de si, cuidar dos outros e também ser cuidado por outros, gerando, assim, uma corrente benéfica ao tornar o ambiente de trabalho seguro (CASTRO; ANDRADE, 2016).

A decisão do uso ou não dos EPIs durante a assistência pelo profissional de saúde parte de uma avaliação baseada no cenário de risco no qual ele está inserido (considerando risco de transmissão de microrganismos ao doente, o risco de contaminação da roupa, da pele ou das mucosas dos profissionais com sangue, líquidos orgânicos, secreções e excreções do doente),

no tipo de procedimento a ser realizado (KINROSS *et al.*, 2020) e também nas suas crenças pessoais sobre a possibilidade de se contaminar.

A utilização dos EPIs é uma proteção ativa, que exige uma modificação duradoura do comportamento do indivíduo. A literatura aborda os motivos para a baixa adesão dos profissionais de saúde quanto às precauções padrão, sendo: a deficiência na formação, comportamento de risco assumido, falta de conscientização, materiais em pouca quantidade e de baixa qualidade e inadequadas condições de trabalho relacionadas principalmente à jornada excessiva, a equipes reduzidas, a ritmos intensos de trabalho, à falta de capacitações, de medidas de controle e de prevenção, bem como à falta de prática dos conhecimentos científicos adquiridos (PORTO; MARZIALE, 2016; SOUSA; SOUSA; OLIVEIRA, 2018).

Esses fatores estavam relacionados a acidentes de trabalho, principalmente com a exposição de material biológico contaminado e, com isso, o adoecimento dos profissionais (PORTO; MARZIALE, 2016; SOUSA; SOUSA; OLIVEIRA, 2018). Dessa maneira, deve incorporar a responsabilidade de aderir ao uso dos EPIs, exigir a disposição dos mesmos pelas instituições e fiscalizar a aderência por outros profissionais.

Portanto, diante da complexidade de fatores que podem influenciar a adesão ou não do uso de EPIs na assistência aos pacientes, entende-se que neste cenário atual de pandemia, outros motivos poderiam levar a decisão sobre este comportamento no ambiente de trabalho, justificando-se assim, a necessidade se entender, a partir da presente proposta, quais são as crenças relacionados ao uso do EPI, em específico a máscara de proteção respiratória.

2.4 EDUCAÇÃO EM SERVIÇO PARA PRÁTICAS SEGURAS

No âmbito físico do trabalho dos enfermeiros articulam-se pessoas, materiais e equipamentos durante a prestação dos cuidados assistenciais diretamente aos usuários, isto, de acordo com a atividade a ser desenvolvida, pode contribuir para a exposição aos riscos ocupacionais (RIBEIRO; PIRES; SCHERER, 2016).

A biossegurança é um conjunto de medidas que visa prevenir, minimizar ou eliminar riscos inerentes às atividades de pesquisa, ensino, produção, prestação de serviços e desenvolvimento tecnológico. Esta tem como objetivo a promoção da saúde humana, animal,

preservação do meio ambiente e a qualidade dos resultados das práticas de cuidado prestadas (SOUSA *et al.*, 2016).

Frente a isto, a biossegurança assegura os profissionais no que diz respeito à proteção da vida, envolvendo quem desenvolve o trabalho, a quem este é dirigido e ao espaço institucional, social e ambiental no qual ele é desenvolvido. Neste sentido, as medidas de biossegurança proporcionam barreiras entre os profissionais e os agentes danosos (RIBEIRO; PIRES; SCHERER, 2016).

Assim, admite-se a necessidade de conscientizar os profissionais de saúde quanto à biossegurança, começando na sua formação e permanecendo durante o período da jornada profissional ativa por meio de ações como a educação continuada (BASTOS *et al.*, 2020).

A educação continuada proporciona a aprendizagem de forma sequencial e acumulativa de informações técnicas e científicas, por meio do ensino tradicional e das experiências no campo de atuação profissional (BRASIL, 2012). Além da educação continuada, existe outra modalidade, a educação permanente, a qual se baseia em uma aprendizagem para modificar as práticas profissionais do trabalho (BRASIL, 2007). Ambas as modalidades são propostas para educar os profissionais, compactuadas na educação no trabalho em saúde (BRASIL, 2018).

Em seu trabalho, Cunha *et al.* (2020) descrevem diferentes estratégias para a educação permanente em precaução padrão, tais como: *workshop*, vídeos, palestra, simulação com manequins e também estratégias de *feedback* e suporte.

Sadegui, Hahemi e Khanjani (2018) abordam as estratégias educacionais utilizando as crenças, sendo o Modelo de Crenças em Saúde, operando os constructos da suscetibilidade percebida, gravidade, benefícios, pistas para ação, eficácia e prática, em que houve melhorias no conhecimento de uma equipe de emergência sobre as precauções padrão após esta intervenção.

Nesta premissa, no estudo de Cunha (2017) sobre a precaução padrão, correlacionou-se a adesão com o treinamento e percebeu-se que os trabalhadores que receberam alguma intervenção educativa sobre a temática são mais propensos a aderir, comparados àqueles que não receberam nenhum tipo de intervenção.

No entanto, Porto e Marzile (2016) demonstram que além das intervenções educativas, das correções de situações de trabalho e do cumprimento das normas de segurança do trabalho,

faz-se necessário uma abordagem que inclua a melhoria das condições de trabalho por meio do dimensionamento adequado dos profissionais, a provisão desses EPIs, a capacitação permanente e as intervenções frente às mudanças de comportamento de risco dos profissionais.

Assim, reconhece-se que as práticas educativas são necessárias como forma de garantir as práticas seguras, destacando-se a proposta da operacionalização das crenças como intervenção. No entanto, para que haja a integridade desse aprendizado e administração no seu cotidiano, há necessidade de melhorias nas condições de trabalho.

3 METODOLOGIA

3.1 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

A Psicologia é reconhecida como a ciência que estuda o comportamento humano, e, dentro desta, existe a Psicologia Social, que trata o comportamento de indivíduos a partir da influência da sociedade. É por meio dessa ramificação que se reconhece o processo que acontece desde quando nascemos, aliás, até mesmo antes, pois, o nascimento de um novo indivíduo permeia os aspectos históricos que deram origem à família, sua vivência, atividades laborais, bem como o enfrentamento das situações gestacionais e o significado atribuído ao gerar um filho (LANE, 2017).

Assim, este campo da psicologia dissipou-se a partir de várias investigações, uma vez que permitiria a compreensão do comportamento humano, ao questioná-lo e ao investigar as influências sobre o mesmo. Logo, essa abordagem tornou-se comum para promover hábitos saudáveis e a aderência terapêutica. Isto se deu por meio de Teorias, como o Modelo de Crenças em Saúde de Rosenstock em 1966, a Teoria da Ação Racional de Fishbein e Ajzen em 1975, o Modelo Transteórico (etapas da mudança) de Prochaska em 1983, a Teoria do estresse e modo de enfrentamento de Lazarus e Folkmann em 1984, a Teoria Cognitiva Social de Bandura em 1986 e, por fim, a Teoria do Comportamento Planejado por Ajzen em 1985 (CHAVES *et al.*, 2016; POLIT; BECK, 2011).

Dessa forma, reconhece-se que, além da origem na psicologia, essas teorias têm em comum a sua empregabilidade numa perspectiva multidisciplinar e multiteórica, pois, quando testadas, são consideradas empiricamente adequadas para a saúde e para a enfermagem, sendo então, denominadas Teorias Compartilhadas (POLIT; BECK, 2011).

O presente estudo está fundamentado na Teoria do Comportamento Planejado (TCP), a qual é considerada como uma extensão da Teoria da Ação Racional (TAR), sendo revisada e aprofundada de Fishbein e Ajzen na década de 70, pois a TAR apresentou limitações metodológicas, uma vez que não considerava os comportamentos que não estavam sob o controle da vontade ou da motivação da pessoa (MOUTINHO; ROAZZI, 2010; FERNANDES *et al.*, 2019; AJZEN, 1991). Destarte, buscou-se preencher esta lacuna por meio do desenvolvimento da Teoria do Comportamento Planejado.

3.1.1 A Teoria do Comportamento Planejado (*Theory of Planned Behavior*)

A Teoria do Comportamento Planejado (TCP) é um modelo utilizado não só pela Psicologia, mas pelas demais áreas do conhecimento que apresentam a necessidade de identificar os comportamentos em saúde, pois aponta quais crenças permeiam os fatores preditivos da intenção (BOOGAR *et al.*, 2013).

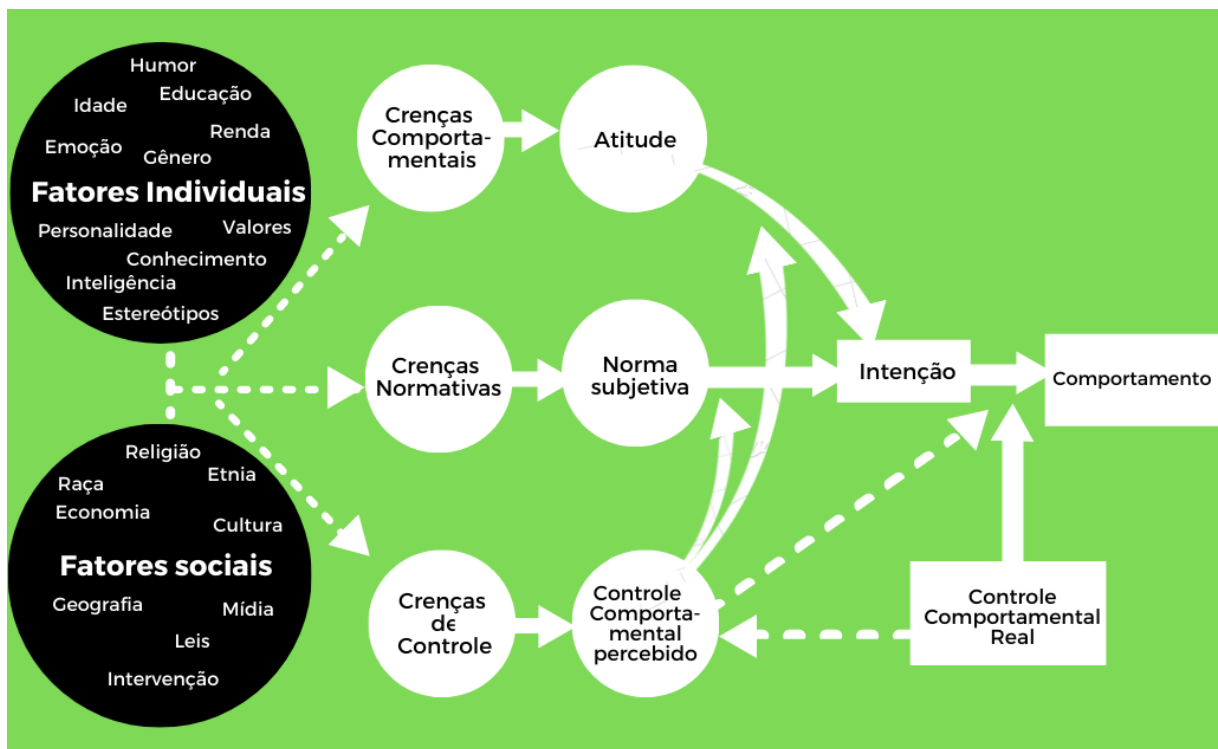
Na literatura, são descritos diversos estudos que utilizaram a TCP para entender o comportamento em saúde seja em relação às condições crônicas (ALMEIDA *et al.*, 2019), à nutrição (TORRES, 2019), ao uso de preservativo (GOMES; NUNES, 2017), à decisão da mulher de permanecer ou sair de um relacionamento abusivo (HEIM *et al.*, 2018), à decisão de ter um filho (KLOBA; AJZEN, 2015), à adesão ao tratamento com antidiabéticos orais (JANNUZZI *et al.*, 2014), intenção para a promoção da saúde aos enfermeiros da área educativa (CHABOT; GODIN; GAGNON, 2010), bem como recentemente a teoria foi utilizada para predizer o comportamento sobre uso de mídias sociais (QUEIROZ; LUFT, 2018).

Essa teoria parte do princípio da indicação de fatores motivacionais que podem influenciar o comportamento, seguido do esforço que os indivíduos estão dispostos a investir para realizar a ação e até que ponto podem concretizar essa ação. Como defende Ajzen (1991, p. 181): “o fator central é a intenção do indivíduo em realizar a ação”.

Para isto, a TCP foi fundamentada na evidência empírica, na explicação e predição de vários comportamentos preventivos e individuais de saúde, a partir dos quais as intenções são assumidas como disposições para realização do comportamento. A intenção é influenciada pelos seguintes determinantes: Atitudes, Norma Subjetiva e Controle Comportamental Percebido. Assim, apresentam-se os conceitos acerca desses determinantes que estruturam a TCP (AJZEN, 1991), conforme figura 1.

3.1.1.1 Diagrama da Teoria do Comportamento Planejado de Ajzen

Figura 1 - Diagrama da Teoria do Comportamento Planejado de Ajzen.



Fonte: Elaborado pelas autoras com base no Diagrama da Teoria do Comportamento Planejado de Ajzen (2019).

Para melhor compreensão do fluxo que acontece no diagrama, se faz necessário compreender as influências das setas do diagrama de Ajzen. As variáveis contidas nos fatores sociais e individuais são consideradas externas e, segundo a teoria, não apresentam um efeito consistente sobre o comportamento do indivíduo. As setas que as ligam às crenças são pontilhadas indicando sua influência indireta (AJZEN, 1980).

Este aspecto é argumentado por Ajzen e Fishbein (1980) abordando que a variável externa pode estar relacionada a um comportamento num dado tempo e não em outro tempo, como também defendem que uma variável pode estar relacionada a um comportamento, mas não a outro, mesmo que comportamentos se apresentem similares.

Compreende-se que as linhas contínuas representam as variáveis internas e de comportamento com influência direta e com efeito consistente sobre o comportamento, como as crenças, a atitude, a norma subjetiva, o controle comportamental percebido, a intenção e o controle comportamental real (Figura 1).

Para isso, Ajzen (2002) também sustenta que os três determinantes da intenção são baseados em crenças, sendo consideradas as mais dominantes na memória, descritas como crenças dominantes, modais e/ou salientes.

Compreender essas crenças proporciona uma fotografia da fundamentação cognitiva do comportamento de uma determinada população em um determinado momento e possibilita entender o porquê as pessoas têm as atitudes, normas subjetivas ou controle comportamental percebido. Para tanto, faz-se necessário compreender alguns conceitos à luz da TCP.

3.1.2 Comportamento

Para entender e predizer um comportamento faz-se necessário definir de forma clara por meio do TACT no qual envolve o alvo, a ação desenvolvida, o contexto em que ocorre e o período de tempo, sendo *Target/Alvo*, *Action/Ação*, *Context/Contexto*, *Time/Tempo* (FISHBEIN; AJZEN, 2010). No caso da presente pesquisa, definiu-se o comportamento como “utilizar corretamente a máscara de proteção respiratória N95/PFF2/PFF3 durante a assistência direta a todos os pacientes suspeitos ou confirmados com COVID-19, em um plantão de 12 horas, e em todos os plantões nos próximos 30 dias”.

Outro aspecto importante do comportamento, se diz respeito a identificar a seleção entre atos únicos e categorias comportamentais, em que os atos únicos se referem a um comportamento específico realizado por um indivíduo, diferente das categorias que tratam-se

de um conjunto de ações que devem ser especificadas (AJZEN; FISHBEIN, 1980; AJZEN; FISHBEIN, 1975).

Neste caso, sobre o uso correto da máscara de proteção respiratória, compreende-se como uma categoria comportamental, pois perpassa uma série de ações para garantir a biossegurança do profissional, tais como: antes da paramentação, durante a paramentação, durante o uso, durante a desparamentação, descarte e armazenamento.

3.1.3 Intenção

É a motivação do sujeito para realizar um comportamento, visto que todo comportamento deliberado e consciente é determinado pela formação de uma intenção. O processo de formação da intenção ocorre quando o sujeito constrói uma síntese das possíveis consequências e do esforço necessário para se comportar de um determinado modo, o que é baseado em crenças estabelecidas ao longo da sua vida (AJZEN, 1985).

Deste modo, as intenções quando fortes e bem estabelecidas, proporcionam expectativas em que são consideradas como realistas (AJZEN, 2002). A intenção é conhecida como o final deste processo psicológico à realização de um comportamento, sendo considerada o seu mais importante antecedente cognitivo (AJZEN, 1985). Dessa forma, todo este processo da formação da intenção, é baseada em um conjunto de crenças e em sua relação com o comportamento, (AJZEN, 1991; FISHBEIN; AJZEN, 2010). Para a TCP, a intenção é preditora do comportamento e é constituída pelos objetos centrais da TCP, que serão abordados a seguir.

3.1.4 Atitude

A Atitude considera-se um termo polissêmico, sendo comum a associação deste como sinônimo de motivação, interesse e conceito de visão, imagem, crença, valor ou característica pessoal (FISANICK, 2010; KRIEK; STOLS, 2010; LEE; CERRETO; LEE, 2010). Na TCP, a atitude de um sujeito está relacionada a um comportamento, a qual torna a sua avaliação favorável ou não, quando se trata de um comportamento específico (AJZEN, 1991).

Em outras palavras, a atitude é considerada como uma predisposição em decidir o seu grau de favorabilidade ou desfavorabilidade a um determinado comportamento, reconhecendo-se como uma probabilidade subjetiva de que o comportamento produz um resultado e o julgamento pessoal é baseado nas consequências dessa atitude (AJZEN, 1991).

Ajzen (2001) aborda que um mesmo objeto pode desencadear diferentes atitudes e isto é decorrente da avaliação e contextos diferentes aos quais o objeto está inserido.

3.1.5 Norma Subjetiva

A Norma Subjetiva está associada à pressão social percebida pelo sujeito para manifestar ou não um determinado comportamento. Logo, é considerada pela motivação do indivíduo para aceitar ou não a pressão exercida pelos seus pares. É baseada nas influências externas, como a pressão social causada pelos pais, amigos, grupos de referência, cultura, opinião pública e das instituições sobre o comportamento dos indivíduos (AJZEN, 1991; HEIDEMANN; ARAUJO; VEIT, 2012).

3.1.6 Controle Comportamental Percebido

O Controle Comportamental Percebido foi acrescentado nesta teoria como forma de aprimorar a teoria de TAR, e se baseia no fato de que quanto maior a percepção, maior também seriam as chances do desempenho do comportamento ter êxito. O Controle Comportamental Percebido leva em conta a presença de fatores que facilitam ou impedem o desenvolvimento do comportamento, pois aproxima muito a elaboração da autonomia que interessa ao julgamento das pessoas acerca das próprias capacidades de enfrentar a demanda procedente do ambiente (AJZEN, 1991).

3.1.7 Controle Comportamental Real

O Controle Comportamental Real modera o efeito das intenções sobre o comportamento. Para avaliar o Controle Comportamental Real de uma pessoa é necessário compreender seus fatores internos, como a habilidade, conhecimento, resistência física, inteligência, entre outros, bem como os fatores externos, barreiras legais, dinheiro, cooperação de outras pessoas. Esses aspectos podem interferir no desempenho do comportamento (AJZEN, 2020).

Os construtos descritos acima permeiam a formação das Intenções Comportamentais, que, quando forte e bem definidas, podem levar a expectativas realistas do comportamento em saúde (AJZEN, 1991).

3.1.8 Crenças

Para Fishbein e Ajzen (1975) “as crenças representam a informação em que ele (o sujeito) tem sobre o objeto”. De forma específica, uma crença relaciona um objeto a algum atributo. Estes são utilizados de forma genérica na teoria, em que objeto refere-se a pessoas, grupos, instituições, comportamentos e atributos se diz respeito à qualidade, consequência, característica e eventos. As crenças são entendidas como implícitas às atitudes e às normas subjetivas, o que, em última instância, as coloca como determinantes de intenções e comportamentos (FISHBEIN; AJZEN, 1975).

Os construtos acima apresentados — Atitudes, Norma Subjetiva e a Controle Comportamental Percebido são determinados, respectivamente, pelas Crenças Comportamentais, Crenças Normativas e Crenças de Controle e pelo poder de cada um de influenciar o indivíduo, observadas como determinantes indiretos do comportamento, conforme representado pela linha tracejada na Figura 1.

Assim, as Crenças Comportamentais referem-se a uma avaliação do desfecho do comportamento levando a uma atitude favorável ou não; as Crenças Normativas são a expressão da pressão social percebida, ou seja, quais são as pessoas ou grupos mais mencionados pelos participantes que são considerados como referência e as Crenças de Controle são o resultado

do controle percebido sobre o comportamento, dos fatores que podem facilitar ou impedir de realizá-lo (AJZEN, 1991; MOUTINHO; ROAZZI, 2010).

3.1.9 Modelo Integrador

Além desses constructos apresentados anteriormente, a TCP permite incluir preditores adicionais originados de outros modelos e teorias. Para isto, faz-se necessário articular alguns critérios que permeiam o intuito de aprimorar a compreensão dos fatores determinantes do comportamento estudado (AJZEN, 2020).

Ajzen (2020) determina que a variável proposta deve ser específica para o comportamento, isto é, que seja possível definir e medir com o TACT. A inclusão dessa variável deve ter conceitos independentes, evitando a redundância aos já existentes na TCP. Como também, deve ser possível conceber a variável se tratando de um fator causal que determina a intenção e, por fim, esta deve ser potencialmente aplicável e estudada por cientistas sociais.

Com o objetivo de ampliar o levantamento das crenças dos enfermeiros do presente estudo, optou-se por integrar o Modelo de Crenças em Saúde, uma vez que esses profissionais fazem parte do maior grupo de risco para infectar-se com a doença dada sua exposição contínua durante a assistência direta ao paciente suspeito ou confirmado com COVID-19.

3.1.9.1 Modelo de Crenças em Saúde (Health Belief Model - HBM)

Considerado como a teoria específica à área da saúde, o Modelo de Crenças em Saúde (MCS) surgiu em 1950 e pressupõe que um indivíduo seja capaz de adotar condutas para prevenir uma doença ou uma condição desagradável quando compreende sobre a saúde e a considera como uma dimensão importante da vida. Assim, considera que os fatores positivos aumentam comportamentos em prol da saúde, já os negativos, amenizam ou cessam (GODIN, 2019; COSTA, 2020).

A MCS é formada por quatro principais construtos: Crenças de Susceptibilidade Percebida da Doença, Crenças de Severidade Percebida da Doença, Crença de Benefício Percebido e Crença de Barreiras Percebidas.

3.1.9.2 Crença de Susceptibilidade Percebida da Doença

A Crença da Susceptibilidade Percebida, presume-se em acreditar que é suscetível a uma determinada doença (ROSENSTOCK, 1974). No estudo de Abraham e Shereen (2015) é mencionada a variedade de emprego da Crença de Susceptibilidade da Doença como também o risco de integrar essa crença, pois as pessoas, ao serem submetidas a um pensamento de algo que não aconteceu, podem empregar um raciocínio heurístico, ou seja, uma decisão não racional em seu julgamento de susceptibilidade.

Os autores descrevem que a crença pode ser compreendida pelas pessoas de forma subestimada, no que se diz respeito à frequência, ao número de mortes, a causa de morte, como também até que ponto poderão/são susceptíveis. No entanto, vale ressaltar também, que ela poderá ser superestimada quando é pessoalmente relevante ao indivíduo, pois poderá imaginar/lembrar com maior facilidade (ABRAHAM; SHEREEN, 2015).

3.1.9.3 Crença de Severidade Percebida da Doença

A crença de Severidade da Doença é um dos quatros construtos do MCS elaborado por Rosentrock em 1966, e é considerado até hoje como uma ferramenta para explicar o comportamento do indivíduo diante de sua doença ou o risco de adoecer (ROSENSTOCK, 1974; COSTA, 2020).

No constructo de severidade da doença, compreende-se que as doenças são percebidas sob vários aspectos e, com isso, pode desencadear sentimentos de várias intensidades e tipos, como a culpa, vergonha ou medo. Neste sentido, o grau de severidade de uma determinada condição de saúde ou doença pode ser julgado ou percebido pela estimulação emocional criada pela crença que se tem de uma determinada doença, tal qual compreende-se como a percepção do indivíduo das consequências que a condição/doença trará para a sua vida (ROSENSTOCK, 1966).

3.1.9.4 Crença de Benefício Percebido

Para a teoria do MCS, o indivíduo necessita acreditar nos benefícios de possíveis mudanças para prevenir determinada doença, e, com isso, perceber que são capazes de reduzir a sua susceptibilidade como também a sua severidade. Assim, compreende-se como a crença na efetividade da ação e na percepção das consequências positivas (ROSENSTOCK, 1974).

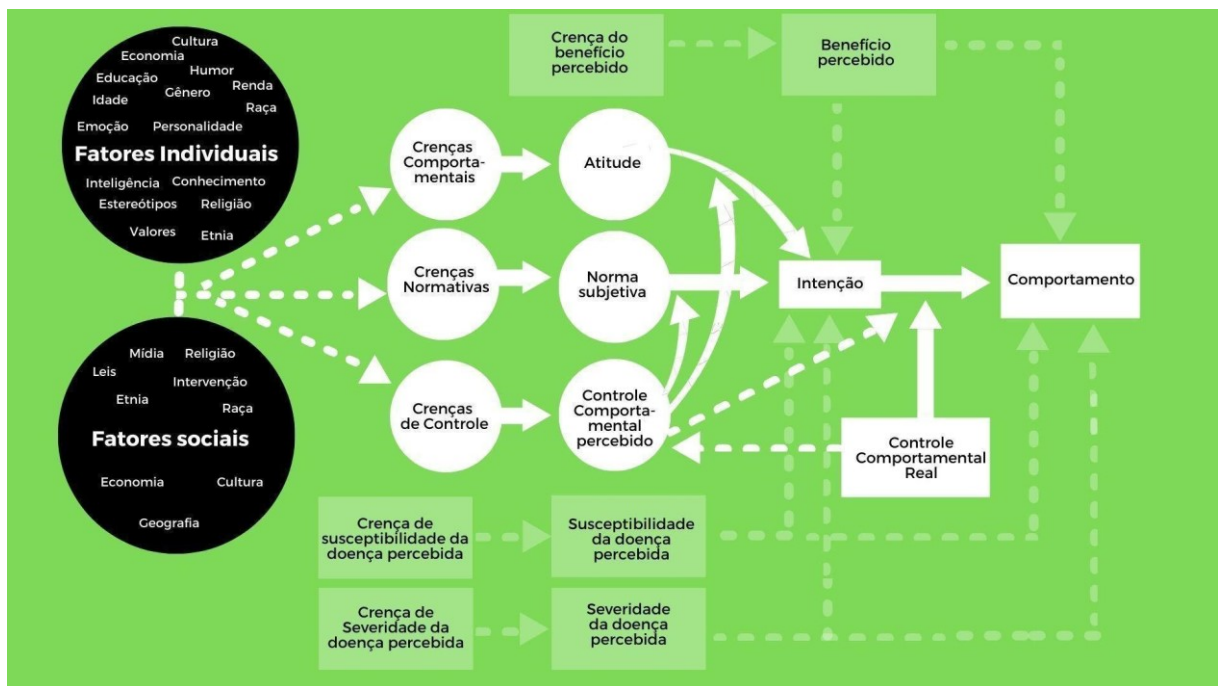
3.1.9.5 Crença de Barreiras Percebidas

As barreiras percebidas referem-se à crença na efetividade da ação e na percepção dos resultados positivos e das barreiras percebidas. Contempla a percepção do indivíduo sobre os aspectos negativos em relação à ação em saúde, essa percepção se torna barreira e cria motivos conflitantes (ABRAHAM; SHEREEN, 2015).

Essa crença não foi incluída no modelo integrador da presente pesquisa, pois compreende-se a aproximação deste conceito com o de Crenças de Comportamento Percebido da TCP.

Dessa forma, apresenta-se na Figura 2 o Diagrama do Modelo Integrado do presente estudo.

Figura 2 - Diagrama da Teoria do Comportamento Planejado de Ajzen com variáveis do Modelo de Crenças em Saúde.



Fonte: Elaborado pelas autoras com base no Diagrama da Teoria do Comportamento Planejado de Ajzen (2019) com adição das Crenças de Suscetibilidade da Doença Percebida, Crença de Severidade da Doença Percebida e Crença de Benefício percebido do Modelo de Crenças em Saúde (1966).

Esse referencial ainda permite a operacionalização dos construtos por meio de etapas para a elaboração de um questionário para levantamento das crenças e para mensuração das variáveis indiretas, processo este que será apresentado na próxima seção.

3.2 TIPO DE ESTUDO

Estudo de abordagem qualitativa pautado no referencial teórico metodológico da Teoria do Comportamento Planejado (AJZEN, 1985). Também foi seguido o modelo de apresentação de estudos qualitativos proposto pelo *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ) (SOUZA, 2021). Assim, essa seção será subdividida em três etapas: 1) Elaboração do instrumento para o levantamento de crenças, 2) Levantamento das crenças dos enfermeiros e 3) Elaboração do instrumento para mensuração das variáveis indiretas.

3.3 ELABORAÇÃO E VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO PARA O LEVANTAMENTO DE CRENÇAS RELACIONADAS À CATEGORIA COMPORTAMENTAL SOBRE O USO CORRETO DA MÁSCARA DE PROTEÇÃO RESPIRATÓRIA PELOS ENFERMEIROS

A elaboração do instrumento tem como objetivo realizar o levantamento de crenças relacionadas ao comportamento de utilizar corretamente a máscara respiratória pelos enfermeiros nas UTIs.

Para isto, essa elaboração tem como arcabouço teórico a Teoria do Comportamento Planejado, abordado anteriormente, perpassando pelas crenças comportamentais, normativas e de controle, integrado ao Modelo de Crenças em Saúde com as crenças de susceptibilidade, severidade e de benefício, a fim de realizar o levantamento das crenças relacionadas ao comportamento de aderir ao uso da máscara de proteção respiratória.

Como abordado anteriormente, a TCP é iniciada com uma definição clara do comportamento de interesse, e esse processo é viabilizado pela aplicação do TACT, conforme apontam os autores da teoria.

“Para prever o comportamento a partir da atitude, o investigador deve garantir alta correspondência entre pelo menos o alvo e elementos de ação das medidas que emprega” (FISHBEIN; AJZEN, 1977, p. 913).

Cada um desses elementos pode ser definido em vários níveis de especificidade ou generalidade. Porém, uma vez que o comportamento foi definido, todas as outras construções da teoria devem corresponder ao comportamento em todos os quatro elementos, sendo esse arranjo conhecido por Princípio da Compatibilidade (AJZEN, 2020).

Ressalta-se a importância de especificar de forma clara o comportamento, pois é considerado como uma etapa fundamental, porque esta proporciona e facilita a compatibilidade forte entre o comportamento em investigação e as construções teóricas que preveem esse comportamento, aumentando conseqüentemente a previsão. Esse procedimento, muitas vezes, é esquecido na realização das pesquisas, tornando difícil o processo de medir o comportamento e a mudança deste (AJZEN; FISHBEIN, 1977; PRESSEAU *et al.*, 2019).

Ajzen (2020) aborda como exemplo um estudo de aceitação da tecnologia, no qual o investigador pode definir o comportamento de interesse em um baixo nível de generalidade, sendo, “instalar (ação) um monitor de *webcam* (alvo) em casa (contexto) nos próximos três meses (período de tempo)”.

O estudo de Presseau *et al.* (2019) faz uma abordagem muito pertinente frente ao TACT, relatando a carência na sua estrutura TACT de um componente fundamental que seria “quem”, ou seja, qual pessoa é responsável pela execução da ação. Principalmente quando se trata de uma ação que permeia uma sequência de ações discretas, como, por exemplo, de acordo com o exemplo inicial: comprar monitor de *webcam* ou até mesmo aprender a instalar o monitor de *webcam*, que poderia ser executado por um técnico de informática, um engenheiro da computação, entre outras pessoas que tenham habilidade/conhecimento de instalar. Nesta perspectiva, pode incluir comportamentos auxiliares, como convidar alguém para apoiar o comportamento em foco, como também pode ser numa perspectiva de indivíduos que executam um determinado comportamento em prol do benefício de outra pessoa, tornando o alvo como um paciente, por exemplo.

Neste contexto, tem-se como definição da categoria comportamental: “o uso (ação) da máscara de proteção respiratória (alvo) pelos enfermeiros durante a assistência direta nos próximos 30 dias (tempo) a todos os pacientes suspeitos ou confirmados com COVID-19 (contexto)”. E apesar de não fazer parte da estrutura do TACT, reconhecemos como pertinente contextualizar no presente estudo as pessoas identificadas em executar a ação, que serão os enfermeiros.

Compreende-se que a utilização da máscara de proteção respiratória corresponde a uma categoria comportamental, em que perpassa uma série de ações para realizar um determinado comportamento e, assim, garantir a biossegurança do profissional. Dessa forma, foram consultadas as orientações realizadas pelos órgãos fiscais e regulamentadores em relação ao uso correto da máscara de proteção respiratória no contexto da COVID-19, para elucidar no instrumento as boas práticas em relação a: antes da paramentação, durante a paramentação, durante o uso, durante a desparamentação, descarte e armazenamento. Esses dados foram expostos aos participantes de forma que pudessem explicitar as ações do comportamento-alvo.

A partir das definições acima, pode-se elaborar o instrumento de levantamento de crenças, o qual também segue uma estrutura pré-elaborada pelos autores da teoria, conforme segue no Quadro 1. O exemplo publicado serve como base para a elaboração do questionário/instrumento piloto. A utilização deste instrumento proporciona ao pesquisador realizar o levantamento das crenças.

3.3.1 Instrumento proposto por Ajzen para levantamento de crenças

Quadro 1 - Instrumento proposto por Ajzen para levantamento de crenças.

Crenças Comportamentais
Quais são as vantagens de se exercitar por pelo menos 20 minutos, três vezes por semana nos próximos três meses?
O que você vê como desvantagens de se exercitar por pelo menos 20 minutos, três vezes por semana durante os próximos três meses?
Quais sentimentos positivos você associa em se exercitar por pelo menos 20 minutos, três vezes por semana durante os próximos três meses?
Quais sentimentos negativos você associa em se exercitar por pelo menos 20 minutos, três vezes por semana durante os próximos três meses?
Crenças Normativas
Quando se trata de se exercitar por pelo menos 20 minutos, três vezes por semana durante os próximos três meses, pode haver indivíduos ou grupos que pensariam que você deveria ou não deveria realizar este comportamento
Liste os indivíduos ou grupos que aprovariam ou acham que você deveria praticar exercício por pelo menos 20 minutos, três vezes por semana durante os próximos três meses.
Liste os indivíduos ou grupos que desaprovaram ou acham que você não deveria praticar exercício por pelo menos 20 minutos, três vezes por semana durante os próximos três meses.
(Continua)

(Continuação)

Às vezes, quando não temos certeza do que fazer, olhamos para ver o que os outros estão fazendo. Liste indivíduos ou grupos que, após uma cirurgia de grande porte, são mais propensos a praticar exercícios físicos por pelo menos 20 minutos, três vezes por semana durante os próximos três meses seguintes da cirurgia.

Liste os indivíduos ou grupos que, após uma cirurgia de grande porte, são menos propensos a praticar exercício por pelo menos 20 minutos, três vezes por semana durante os três meses seguintes da cirurgia.

Crenças de Controle Percebido

Liste todos os fatores ou circunstâncias que tornariam mais fácil ou permitiram que você se exercitasse por pelo menos 20 minutos, três vezes por semana durante os próximos meses.

Liste todos os fatores ou circunstâncias que tornariam isso difícil ou o impediriam de se exercitar por pelo menos 20 minutos, três vezes por semana durante os próximos meses.

Fonte: Quadro elaborado e traduzido pelas autoras com base no conteúdo de Ajzen (1988; 2019).

A partir desse instrumento, foi possível realizar o levantamento das crenças e, assim, identificar as crenças salientes ou modais que são consideradas pela TCP como as crenças mais acessíveis na memória das pessoas e as que o indivíduo expressa com maior frequência e em maior intensidade, determinando seu comportamento. Acredita-se que uma pessoa pode ter muitas crenças sobre um determinado comportamento, mas há aquelas que se apresentam como salientes (AJZEN; FISHBEIN, 2005).

3.3.1.1 Validação do instrumento

O instrumento piloto foi encaminhado e validado por um Comitê de Juízes, o qual visa estabelecer a compreensão dos itens por meio da análise semântica e a pertinência dos mesmos ao atributo que pretendem medir (PASQUALI, 2013). Esses juízes procederam à validação de conteúdo e de face do instrumento.

A validade de conteúdo analisa se os componentes do instrumento possuem relação com os atributos a serem mensurados. Dessa forma, essa validação avalia o rigor metodológico a partir do qual foi criado o instrumento e o objeto da medida para qual ele foi proposto, como também avaliar o número e relevância dos itens (LOHR, 2002; PASQUALI, 2013).

Já a validade de face, consiste em avaliar se o instrumento apresenta de maneira clara o construto, sem imprecisão, além de identificar se o conceito medido é aquele pretendido pelo pesquisador (MOKKINK *et al.*, 2012; PASQUALI, 2013; BOLENIUS *et al.*, 2012).

3.3.1.2 *Pré-teste*

Para o pré-teste foram submetidos os procedimentos recomendados por Godin (2019) os quais consiste em três passos, a saber: o próprio pesquisador assume o papel de participante e realiza o preenchimento do questionário; solicita-se ao comitê de juízes um parecer frente a elaboração do instrumento; realiza-se a entrevista cognitiva com uma amostra limitada da população-alvo. Para este último passo, optou-se em escolher os enfermeiros da UTI Geral que já haviam trabalhado na UTI COVID-19.

Para a entrevista cognitiva, utilizou-se como base as técnicas utilizadas por Campanelli (2008) e o Guia Prática de Entrevista Cognitiva proposto por Willis (2005), em que a primeira elucida o Pensamento Alto do participante e o último, Pensamento Alto e Sondagens Antecipadas. Esse processo permite estimar a qualidade das respostas e determinar se os objetivos das perguntas foram alcançados com as respostas atribuídas dos participantes. Ao final do pré-teste, foram realizadas perguntas para identificar a compreensão sobre o questionário e a facilidade/dificuldade em respondê-lo.

3.4 LEVANTAMENTO DAS CRENÇAS DOS ENFERMEIROS

3.4.1 Amostragem

Para a etapa de elaboração e validação do instrumento, foram convidados a participar do estudo especialistas na temática ou metodologia. Este processo para eleger os juízes foi realizado por amostragem intencional, o qual permite ao pesquisador determinar o perfil para pertencer a amostra (BRASIL, 2020e). A amostra foi determinada pelos critérios de inclusão e exclusão.

Juízes: Foram incluídos profissionais de saúde especialistas nos aspectos do uso de EPIs, como pessoas de comitês de segurança do paciente e/ou do profissional, na elaboração e validação de instrumentos, que estudavam a TCP e/ou enfermeiros atuantes no cenário da prática.

A amostragem do levantamento de crenças com enfermeiros foi por conveniência e foram consideradas os seguintes critérios para composição da amostra.

Participantes (enfermeiros): Foram incluídos os enfermeiros atuantes nos setores de assistência direta ao paciente diagnosticado ou suspeito por COVID-19 nas UTIs, sem critérios para tempo de trabalho na instituição. Foram excluídos os residentes, aqueles que não atuam nesses setores, que estiveram afastados ou de férias no período da coleta.

3.4.2 Método de abordagem

Além de contactar os participantes conhecidos pela orientadora deste estudo, os juízes também foram procurados pelo Currículo *Lattes* (<http://https://lattes.cnpq.br>), a fim de averiguar pessoas de outras áreas do conhecimento que trabalhavam com a TCP.

Os juízes foram contactados via e-mail convidando-os a participar do estudo (Apêndice A), em que foram informados sobre o motivo da escolha como juiz e objetivo do estudo, como também encaminhado em anexo o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B).

Para as etapas do teste piloto e da identificação das crenças, foi realizado um levantamento dos enfermeiros que atuaram no decorrer da pandemia e daqueles que estavam alocados no momento da coleta na UTI COVID, junto à enfermeira coordenadora do setor. Então, os enfermeiros foram convidados presencialmente para realizar as etapas acima descritas.

A depender dos aspectos epidemiológicos da COVID-19 no local, a aplicação do instrumento também poderia ser online, por meio de entrevista em plataforma escolhida pelos participantes e pesquisadora. A pesquisadora preparou-se para ambos os cenários, em que os participantes poderiam aceitar/assinar o TCLE (Apêndice C) e, posteriormente, responder ao questionário de Caracterização Sociodemográficas dos Participantes (Apêndice D).

3.4.3 Tamanho da amostra

No que tange ao comitê de juízes, na literatura se recomenda que esse processo seja realizado em média de cinco a nove participantes (FLICK, 2009). No caso deste estudo, foram convidadas doze pessoas, cinco não responderam ao convite, dois se recusaram e na amostra final, participaram cinco juízes.

Para o levantamento de crenças, Ajzen (2020) recomenda, para fase qualitativa, o quantitativo de 25 a 30 participantes. Na instituição do presente estudo, dispõe-se de 213 enfermeiros, destes, 24 enfermeiros atuam nas UTIs, sendo eles contratados pela EBSEH, processo seletivo e os servidores federais. Os 24 enfermeiros contratados intercalam suas atividades nas UTI COVID-19 e Geral (tratamento de todas as outras causas, exceto COVID-19). Dessa forma, o quantitativo de enfermeiros atuantes na UTI COVID-19 dependia da situação epidemiológica por COVID-19 na região, refletindo diretamente no dimensionamento do setor. Em agosto e setembro de 2021, identificou-se o quantitativo de doze enfermeiros atuantes neste setor da UTI COVID-19. Os demais atuavam na UTI Geral.

Assim, foram convidados cinco enfermeiros para compor o pré-teste da UTI Geral e os doze enfermeiros atuantes na UTI COVID-19. Uma participante recusou-se em participar e uma entrevista foi excluída em razão de problema técnico de áudio, considerando o viés de memória da pesquisadora. Dessa forma, participaram da pesquisa dez enfermeiros.

3.4.4 Cenário da coleta de dados

A pesquisa foi realizada no Hospital Universitário (HU) Prof. Polydoro Ernani de São Thiago, fundado em 1980, onde atualmente se presta atendimento exclusivamente para os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) e é considerado como referência para o estado, bem como, considerado como o único hospital federal de Santa Catarina (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROF. POLYDORO ERNANI DE SÃO THIAGO, 2020).

Atualmente, o HU conta com um Corpo Clínico Multidisciplinar onde presta atendimento nas áreas pediátrica, ginecológica-obstétrica e adulto, um ambulatório de especialidades, uma maternidade e serviços de média e alta complexidade. É considerado como referência estadual em patologias complexas, clínicas e cirúrgicas, com grande demanda na área de câncer e cirurgia de grande porte. Importante salientar que o hospital realiza de forma

ininterrupta o atendimento de crianças e adultos em áreas separadas, com média de 400 pacientes ao dia (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROF. POLYDORO ERNANI DE SÃO THIAGO, 2020).

É vinculado aos programas de Residência Médica e a Residência Integrada Multiprofissional em Saúde. Como também participa dos programas de Telessaúde e Telemedicina (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROF. POLYDORO ERNANI DE SÃO THIAGO, 2020).

O HU é gerido pela EBSEH (Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares), considerada como uma empresa pública vinculada ao Ministério da Educação, criada em 2011 com a finalidade de modernizar a gestão da estrutura administrativa, que passou a contar em seu organograma com a Superintendência e três gerências: de ensino e pesquisa, de atenção à saúde e administração, que compõem o colegiado executivo. A integração dessa foi em razão da recuperação da infraestrutura física e tecnológica, como também a recomposição do quadro dos profissionais. Esse vínculo proporcionou a administração conjunta entre a Universidade Federal de Santa Catarina e a EBSEH (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROF. POLYDORO ERNANI DE SÃO THIAGO, 2020).

No mês de agosto/setembro de 2021, o HU tinha disponível dez leitos na UTI COVID-19 e os pacientes eram admitidos no local sob o Sistema Nacional de Regulação do Estado de Santa Catarina.

3.4.5 Procedimentos para coleta de dados

Etapa validação instrumento - comitê de juízes

A elaboração do questionário para caracterização e o instrumento para levantamento ocorreu de janeiro a março de 2021.

Para isto, após eleger os juízes, foi encaminhado um e-mail convite (Apêndice A), esclarecendo os objetivos da pesquisa e, também, encaminhando o endereço eletrônico do

TCLE no *Google Forms* (Apêndice B) o qual permitiu declarar a sua anuência da pesquisa, como também disponibilizar o e-mail escolhido para o envio da cópia desse documento assinado pelas pesquisadoras, com um prazo de sete dias para confirmação da participação no processo de validação. Foram encaminhadas as instruções necessárias: instrumento a ser avaliado, questionário sociodemográfico e um roteiro avaliativo (Apêndice E).

Após aceite manifestado pela assinatura do TCLE, foram encaminhados os instrumentos e o formulário no *Google docs* para caracterizar os juízes, avaliar o instrumento – disponibilizado as seguintes opções de respostas recomendadas por Pasquali (2013) para a clareza, abrangência e pertinência: 1- Definitivamente não claro/abrangente/pertinente, 2- Não claro/abrangente/pertinente, 3- Claro/abrangente/pertinente e, 4- Definitivamente claro/abrangente/pertinente.

No final do roteiro avaliativo, solicitou-se aos juízes os dias e horários de disponibilidade para participação do grupo focal, em que estava previsto para discussão e a leitura do instrumento. No entanto, esse momento foi de critério da pesquisadora em que iria avaliar a disponibilidade dos participantes e os resultados obtidos da validação. Se não realizado, o instrumento final iria ser encaminhado ao comitê. O processo de validação ocorreu de abril a agosto de 2021.

Após a correção do instrumento com as sugestões realizadas pelos juízes e cálculo do IVC, o instrumento e o questionário foram encaminhados para o comitê para conhecimento. Estava previsto um grupo focal para discussão dos resultados, no entanto, considerando que o cálculo do IVC foi satisfatório, não houve necessidade de realizá-lo.

Pré-teste do questionário e o instrumento validado

Após a validação do Questionário para caracterização sociodemográfica dos enfermeiros (Apêndice D) e o Instrumento para levantamento de crenças dos enfermeiros (Apêndice F), preocupou-se em realizar o pré-teste. A literatura demonstra que este procedimento perpassa um processo para compreender as tarefas cognitivas para responder uma determinada pergunta, sendo por meio da compreensão da pergunta, recuperação da memória

da informação pertinente, formulação do juízo e a emissão da pergunta (TOURANGEAU, 1984).

Para isso, conduziu-se o pré-teste com base nos autores Campanelli (2008), o qual orienta o pesquisador a responder ao instrumento, para identificar possíveis elementos que possam levar ao respondente proteger a sua imagem e/ou que a informação seja difícil de encontrar na memória, posteriormente a leitura em voz alta para estimular uma leitura fluente e, por fim, administrar o instrumento para uma amostra que se aproxime dos respondentes-alvo, por meio da entrevista cognitiva.

Para a entrevista cognitiva foram consultadas as orientações realizadas na literatura pelos autores Campanelli (2008) e o guia disponível de Willis (2005), os quais recomendam duas técnicas da entrevista cognitiva, sendo pensamento alto e a sondagem verbal. O pensamento alto foi articulado para estimular o participante a falar sobre o que está pensando em voz alta e a sondagem verbal trata-se em abordar o participante no final da entrevista, assim elegeu-se as seguintes perguntas: “Como foi para você responder as perguntas?” “Foi fácil ou difícil responder essas perguntas?”.

Para a coleta de dados do pré-teste foi eleita uma amostra de enfermeiros que já atuaram nas UTIs COVID-19 no decorrer da pandemia, mas que, no momento da coleta, estavam lotados na UTI geral. Esses foram abordados no local de estudo (UTI Geral), convidando-o para participar da pesquisa, a entrevista foi gravada e realizada em um local privativo na unidade, com explicação dos objetivos da pesquisa e solicitação da assinatura do TCLE. Após o pré-teste, identificou-se o que poderia ser melhorado quanto ao instrumento de levantamento de crenças, questionário sociodemográfico e a condução da entrevista, bem como avaliado as respostas emitidas pelos participantes. O pré-teste ocorreu nos dias 19 e 20 de agosto de 2021.

Etapa levantamento de crenças - enfermeiros

Com o instrumento validado na etapa anterior, enfermeiros das UTIs COVID-19 do HU foram convidados a participar da pesquisa de forma presencial, a qual ocorreu entre 23 de agosto a 23 de setembro de 2021. Foi articulado com a chefia das UTIs um local privativo e confortável para que os participantes pudessem se sentir à vontade para responder a pesquisa.

Os profissionais foram abordados pela pesquisadora, após agendamento prévio de dia e horário para a coleta de dados. Foi solicitado ao participante a leitura do TCLE, discutidas possíveis dúvidas, e, caso aceitassem participar, foi iniciada a entrevista a qual foi gravada no aplicativo gravador do *smartphone* modelo Iphone 8, versão de *software* 14.7.1, 64gb para o armazenamento desses dados.

A partir da presença no campo, foi realizada a Observação Participante, que consiste em um envolvimento mínimo com o contexto social. Neste tipo de observação, o pesquisador pode ter algum tipo de conexão com o grupo ou contexto, no entanto, este não é membro natural daquele ambiente (MARIETTO, 2018). A escolha dessa observação teve em vista que já a pesquisadora não trabalha e não se fez presente nas UTIs do HU. Como foram realizadas as entrevistas, reconheceu-se como um momento oportuno para realizar a Observação Participante, a fim de identificar o comportamento dos enfermeiros durante a sua rotina de trabalho referente ao uso da máscara de proteção respiratória. Esta etapa ocorreu nos turnos de trabalho dos enfermeiros, em diferentes dias, enquanto durou a coleta de dados.

Destaca-se que a entrevista foi conduzida pela pesquisadora (enfermeira), a qual se responsabilizou e assumiu os riscos de se expor na UTI-COVID-19. Para garantir sua segurança durante a coleta de dados e observação em campo, a pesquisadora foi vacinada e foi garantido pelas pesquisadoras deste projeto os equipamentos de proteção individual, não gerando custo ao hospital. Como também foi conduzida a entrevista de forma que pudesse manter uma distância segura de pelo menos um metro e meio de cada participante entrevistado. Da mesma forma, as instruções para manuseio e desinfecção foram plastificadas.

Ainda, foi realizada entrevista no formato online, o participante optou por essa modalidade em razão da sua disponibilidade. Para isso, ofereceu o seu número de telefone para contato posterior. Assim, compartilhou-se primeiramente o TCLE através de um formulário do *Google Forms*, em que, após manifestação da sua anuência, foi encaminhado o endereço eletrônico da plataforma *Google Meet* para condução da entrevista, informou-se a necessidade de gravá-la.

Durante as entrevistas, procedeu-se a observação da comunicação não verbal dos participantes, foram realizadas anotações pela pesquisadora e, após as entrevistas, foram registrados para serem discutidos posteriormente com a orientadora deste estudo, como também a entrevista propriamente dita. Após a coleta, esses dados foram transcritos pela pesquisadora

em *Microsoft Word 2016* e compartilhados com a orientadora deste estudo para posterior análise de dados.

3.5 ANÁLISE DE DADOS

3.5.1 Análise do comitê de juízes

Na etapa de avaliação do instrumento pelo comitê de juízes, foi submetida a etapa de validação de conteúdo, em que foi utilizado o cálculo de Índice de Validade de Conteúdo (IVC) para mensuração da proporção de juízes em concordância sobre os itens do instrumento (COLUCI; ALEXANDRE; MILANI, 2015).

As respostas dos juízes foram avaliadas e calculado o Índice de Validade de Conteúdo (IVC), o qual, segundo Trindade *et al.* (2018), mede a proporção ou porcentagem de juízes que estão em concordância sobre determinados aspectos do instrumento e de seus itens. Para calcular o IVC, considerou-se: número de respostas 3 e 4 dividido pelo número total de respostas. Os itens que foram atribuídos 1 e 2 seriam descartados. Importante ressaltar que foi considerado como avaliado aqueles (exceto o 4) que apresentaram também justificativa/sugestão para tal nota.

Para isto, o Índice de Validade de Conteúdo (IVC) foi atribuído a seguinte fórmula:

$$\text{IVC} = \frac{\text{Número de respostas "3" ou "4"}}{\text{Número total de respostas}}$$

Para os itens que foram sinalizados pelos juízes a necessidade de ajustes, foi encaminhado posteriormente o instrumento na versão final para que os ajustes pudessem ser identificados e avaliados.

O pré-teste permitiu identificar elementos que também poderiam ser adequados no instrumento.

3.5.2 Análise do levantamento de crenças

A pesquisa qualitativa é aplicada em estudos que perpassam por histórias, relações, representações, crenças, percepções e opiniões. Logo, a pesquisa qualitativa é considerada como produto das interpretações que os seres humanos fazem, de como vivem, constroem seus objetivos, sentem e pensam (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008).

Para a análise de conteúdo, Godin (2019) recomenda que nesta etapa sejam constituídas listas contendo as crenças no que se diz respeito: a) às vantagens e às desvantagens percebidas associadas à adoção do comportamento; b) às pessoas ou aos grupos de pessoas importantes para o respondente que aprovariam ou desaprovaram que ele adotasse o comportamento; c) às barreiras percebidas e à percepção das condições facilitadoras da adoção do comportamento.

Elucidando ao MSC integrado à TCP, d) à susceptibilidade percebida da doença; e) à severidade percebida; e, por fim; f) aos benefícios percebidos frente à prevenção da doença.

Também se ressalta que pelo menos dois indivíduos realizem, de forma independente, a análise de conteúdo das respostas de todo o questionário, seguinte às respectivas etapas: enumerar os questionários, transcrever as crenças identificadas em cada uma das três listas, agrupar os enunciados que expressam uma mesma ideia, assegurar-se de que as listas sejam constituídas de crenças mutuamente excludentes e identificar a frequência de menção às crenças consideradas em cada lista (GODIN, 2019). Essa fase foi realizada pelas pesquisadoras, conforme preconizado acima e ainda, para discussão do agrupamento dos enunciados, foram realizados quatro encontros virtuais e presenciais pela pesquisadora e a orientadora deste estudo.

A partir disso, dá-se continuidade por meio da identificação das crenças salientes. Para isso, Ajzen e Fishbein recomendam a utilização de alguns critérios. Neste caso, optou-se em identificar a frequência de 75% no relato dos participantes entrevistados. Para identificar essas crenças, construiu-se uma tabela para cada crença avaliada, nestas, foram apresentadas de forma decrescente, de acordo com a frequência de menção pelos participantes (GODIN, 2019).

3.6 ELABORAÇÃO DE UM INSTRUMENTO PARA MENSURAÇÃO DAS VARIÁVEIS INDIRETAS RELACIONADAS À CATEGORIA COMPORTAMENTAL SOBRE O USO CORRETO DA MÁSCARA DE PROTEÇÃO RESPIRATÓRIA.

A partir do levantamento das crenças salientes, a TCP permite elaborar um instrumento para mensurar as variáveis indiretas. Essas variáveis, também conhecidas como medidas indiretas, possibilitam efetivar o comportamento dos enfermeiros, pois mensuram o impacto das crenças salientes identificadas, assim, para estudos posteriores, encaminha-se para possíveis intervenções (JANNUZZI, 2014).

Para isto, a literatura recomenda que, para formular os itens deste instrumento, faz-se necessário considerar os itens e as opções de respostas, no que diz respeito, em utilizar frases curtas, palavras e frases simples, incluir uma única ideia por pergunta, evitar palavras que tenham duplos sentidos e evitar confusão utilizando a palavra “não” nas perguntas. Além disso, fazer referência a experiência imediata e precisar o tempo e o contexto, assim subsidia-se o comportamento proposto. Quanto à escolha da escala *Likert*, a literatura recomenda permitir ao respondente declarar ausência de opinião ou ambivalência, evitar de mencionar os órgãos regulamentadores em razão da influência na resposta (GODIN, 2019).

Para isto, baseou-se no modelo a seguir para a elaboração do instrumento, utilizando como contexto as crenças salientes identificadas anteriormente a partir da categoria comportamental proposta.

3.6.1 Instrumento proposto por Godin (2019) para mensurar as variáveis indiretas

Quadro 2 - Instrumento proposto por Ajzen para mensurar as variáveis indiretas.

Crenças Comportamentais				
Se eu consumisse diariamente pelo menos cinco porções de frutas e legumes no decorrer dos três próximos meses, isso...				
1) Seria bom para minha saúde.				
Muito improvável	Bastante improvável	Nem improvável nem provável	Bastante provável	Muito provável
(Continua)				

(Continuação)				
2) Me permitiria ter um aporte suplementar de vitaminas.				
Muito improvável	Bastante improvável	Nem improvável nem provável	Bastante provável	Muito provável
3) Me permitiria controlar melhor meu peso.				
Muito improvável	Bastante improvável	Nem improvável nem provável	Bastante provável	Muito provável
4) Me permitiria ter uma alimentação mais equilibrada.				
Muito improvável	Bastante improvável	Nem improvável nem provável	Bastante provável	Muito provável
5) Afetaria negativamente minha digestão.				
Muito improvável	Bastante improvável	Nem improvável nem provável	Bastante provável	Muito provável
6) Aumentaria o tempo de preparação das refeições.				
Muito improvável	Bastante improvável	Nem improvável nem provável	Bastante provável	Muito provável
7) Aumentaria o tempo de preparação das refeições.				
Muito improvável	Bastante improvável	Nem improvável nem provável	Bastante provável	Muito provável
8) Me permitiria ter uma alimentação variada.				
Muito improvável	Bastante improvável	Nem improvável nem provável	Bastante provável	Muito provável
Crenças Normativas				
Você acha que as pessoas a seguir aprovam/desaprovam que você evite começar a se injetar drogas?				
(Continua)				

(Continuação)						
a) Seus pais.						
Desaprovam fortemente	Desaprovam ligeiramente	Nem aprovam nem desaprovam	Aprovam ligeiramente	Aprovam fortemente		
b) A galera que usa com você.						
Desaprovam fortemente	Desaprovam ligeiramente	Nem aprovam nem desaprovam	Aprovam ligeiramente	Aprovam fortemente		
c) Os traficantes.						
Desaprovam fortemente	Desaprovam ligeiramente	Nem aprovam nem desaprovam	Aprovam ligeiramente	Aprovam fortemente		
d) As pessoas que se picam.						
Desaprovam fortemente	Desaprovam ligeiramente	Nem aprovam nem desaprovam	Aprovam ligeiramente	Aprovam fortemente		
Crenças de Controle Percebido						
Se eu tivesse grávida, eu me sentiria capaz de me abster de consumir bebidas alcoólicas durante a minha gestação mesmo que...						
a) Eu tivesse jantares entre amigos ou ocasiões especiais (festa de fim de ano, aniversários etc).						
Discordo muito	Discordo bastante	Discordo ligeiramente	Nem concordo nem discordo	Concordo ligeiramente	Concordo bastante	Concordo muito
b) Acho que tomar uma taça de vez em quando não faria mal ao bebê.						
Discordo muito	Discordo bastante	Discordo ligeiramente	Nem concordo nem discordo	Concordo ligeiramente	Concordo bastante	Concordo muito
c) Eu não tivesse o apoio do meu cônjuge/do pai do bebê.						
Discordo muito	Discordo bastante	Discordo ligeiramente	Nem concordo nem discordo	Concordo ligeiramente	Concordo bastante	Concordo muito
d) Eu não tivesse o apoio da minha família ou dos amigos.						
Discordo muito	Discordo bastante	Discordo ligeiramente	Nem concordo nem discordo	Concordo ligeiramente	Concordo bastante	Concordo muito

Fonte: Trecho extraído do livro de Godin (2019).

3.7 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

A presente pesquisa está vinculada ao macroprojeto intitulado “Avaliação de crenças de discentes e profissionais de saúde relacionadas ao uso de equipamentos de proteção individual para prevenção da COVID-19 no Brasil”, o qual foi aprovado sob o nº CAAE 40255620.7.0000.0121 (Apêndice G).

Todas as questões éticas de pesquisas científicas que envolvem seres humanos foram respeitadas, conforme as Resoluções nº 466 de dezembro de 2012 e a Resolução nº 510 de abril de 2016 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012b; BRASIL 2016).

Todos os participantes do estudo tiveram seus direitos assegurados por meio do esclarecimento sobre os objetivos e do método proposto, a partir do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, como também respeitado o anonimato dos participantes.

É importante destacar que foi mantido o anonimato dos participantes, os quais foram identificados por Codinomes sendo J (juizes), identificados por J1, J2, J3 (...), sendo P (pré-teste) representados por P1, P2, P3 (...) e E (enfermeiros) por E1, E2, E3 (...). As informações foram utilizadas apenas para fins que compõem a divulgação de dados de pesquisa e mantidos arquivados em computador, sob posse da coordenadora.

Os dados foram armazenados no computador do pesquisador e serão descartados (excluídos) após cinco anos da finalização da dissertação.

É pertinente abordar que há o risco, ainda que remoto, de quebra de sigilo, mesmo que involuntário e não intencional, e, caso ocorra, será tratado nos termos da lei. Como consequência da quebra de sigilo, o participante teria suas informações pessoais expostas.

Os benefícios de que se trata a pesquisa, embora não sejam diretamente aos participantes da pesquisa, propiciaram o entendimento das crenças que influenciam o comportamento na adesão ao uso da máscara de proteção respiratória. Esses resultados podem incitar novas pesquisas e propostas de atividades de educação permanente, que podem alterar as condutas na prática e, assim, diminuir os riscos ocupacionais e de transmissão, contaminação de doenças.

4 RESULTADOS

Conforme a orientação disposta na Instrução Normativa 01/PEN/2016, que dispõe sobre o formato de apresentação dos trabalhos de conclusão dos Cursos de Mestrado em Enfermagem do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, os resultados desse estudo estão apresentados na forma de dois manuscritos (PEN, 2016) nos próximos capítulos desta dissertação.

O manuscrito 1 intitulado “Equipamentos de Proteção Individual na Assistência Hospitalar de Enfermagem: Revisão de Escopo”, no qual foi submetido a periódico da área de enfermagem, contempla-se o conhecimento disponível na literatura sobre o uso dos Equipamentos de Proteção Individual na assistência direta no âmbito hospitalar nos últimos vinte anos. Já no segundo manuscrito, intitulado “Crenças relacionadas ao uso da máscara de proteção respiratória dos enfermeiros em uma unidade de terapia intensiva COVID-19”, apresenta-se o processo de elaboração, validação e o levantamento de crenças realizado com os enfermeiros em uma UTI COVID-19.

4.1 MANUSCRITO 1: EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL NA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR DE ENFERMAGEM: Revisão de Escopo

EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL NA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR DE ENFERMAGEM: REVISÃO DE ESCOPO

RESUMO

Objetivo: Analisar a produção científica sobre o uso de equipamento de proteção individual dos profissionais da enfermagem durante a assistência no âmbito hospitalar. **Método:** Trata-se de uma revisão de escopo, baseada no Manual *Institute Joanna Briggs* de 2020 e norteado pelo PRISMA-PCR. Utilizou-se como base de dados PUBMED, EMBASE, CINAHL, LILACS, BDENF, SCOPUS, SCIELO e WEB of SCIENCE, sendo o período de busca escolhido nos últimos 20 anos. Protocolo de estudo disponível em *Framework*: <https://osf.io/7d8q9/files/>.

Foram incluídos estudos sobre o uso dos Equipamentos de Proteção Individual na assistência direta da equipe de enfermagem nos hospitais e excluídos aqueles que abordassem em outros cenários, revisões, teses, dissertações e estudos não disponíveis na íntegra. **Resultados:** A amostra foi composta por 25 documentos. O equipamento mais citado e com maior adesão nos estudos foi as luvas de procedimento, enquanto que o uso dos óculos foi o menor. Dos fatores que facilitam o uso dos EPIs pelos enfermeiros destacam-se as relações interpessoais, conhecimento, carga de trabalho, padronização das diretrizes e participação da equipe assistencial nas decisões gerenciais. **Conclusão:** A necessidade de educação dos profissionais utilizando como estratégia o conhecimento comportamental, a manutenção da comunicação nos setores para evitar a contaminação, a influência da carga de trabalho, a padronização das diretrizes se faz necessária nos serviços de saúde hospitalar para aumentar o engajamento dos profissionais de saúde às boas práticas de biossegurança.

DESCRITORES: Equipamentos de Proteção Individual. Prática Profissional. Pessoal de Saúde. Enfermagem. Prevenção. Riscos ocupacionais. Saúde do Trabalhador.

INTRODUÇÃO

A Saúde do Trabalhador é um campo que busca integrar o conhecimento entre as relações de trabalho e o processo de saúde e doença (FERNANDES *et al.*, 2017). Essa área começou a ser difundida internacionalmente na década de 70 com publicações do *Center for Disease Control and Prevention* (Centro de Controle e Prevenção de Infecção - CDC) sobre as categorias de precaução (GARNER, 1996). No Brasil, essas movimentações foram despertadas em 1992 por meio da Organização Internacional do Trabalho (OIT), a qual implementou políticas acerca desta temática (BRASIL, 2001).

Em 2001 foi publicado o manual “Doenças Relacionadas ao Trabalho” para os serviços de saúde e a instituição da Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalho (PNSST) por meio da Portaria 1983/2012 para garantir a saúde do trabalhador, na qual integra-se sobre o uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) para sua proteção, (BRASIL, 2001; BRASIL, 2012) objeto de estudo da presente revisão.

A preocupação com os riscos biológicos surgiu com a constatação dos agravos à saúde dos profissionais de saúde, desde a manipulação de microrganismos, nos surtos, epidemias e pandemias, como pela Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) nos anos de 1980 (SOUZA *et al.*, 2012), tuberculose (PUSTIGLIONE *et al.*, 2020), MERS-CoV, Ebola, SARS-

CoV e gripe aviária (SUWANTARAT; APISARNTHANARAK, 2015), COVID-19 (NAFISAH *et al.*, 2021) e a exposição de medicamentos antineoplásicos (YU, 2020).

Durante esses problemas de saúde pública, além da preocupação com a disseminação da doença, há atenção especial aos profissionais que atuam na assistência direta a esses pacientes. Pois, quando contaminados durante o exercício do seu trabalho, isso repercute em impactos negativos acerca da segurança e moral dos profissionais e na confiança dos pacientes. Assim, compreende-se que há necessidade de proteger esses profissionais de forma adequada de doenças contagiosas em resposta ao sistema de saúde (LIU *et al.*, 2021). Ressalta-se também, que, na sua prática, os profissionais lidam com a manipulação de agentes citotóxicos e prejudiciais à sua saúde (COSTA *et al.*, 2019), o que indica a necessidade da responsabilização junto às instituições para promoção da saúde deste trabalhador. Como estratégia para proteger os profissionais, utilizam-se os EPIs que permitem amenizar os riscos ocupacionais e os acidentes relacionados (BASTOS *et al.*, 2020; CHAN *et al.*, 2020).

Das equipes atuantes nos serviços de saúde, destaca-se a de enfermagem, composta por enfermeiros, técnicos e auxiliares que prestam assistência direta a todos os pacientes. Portanto, no exercício do trabalho, apresentam-se rotineiramente mais expostos e vulneráveis às doenças durante o manuseio das secreções, excreções dos pacientes e superfícies contaminadas (ARAÚJO *et al.*, 2012), além do preparo e manuseio de medicações potencialmente tóxicas.

Na literatura, há estudos que abordam as medidas de biossegurança para prevenção (SILVA *et al.*, 2021), assim como o uso dos EPIs durante o atendimento pelos profissionais de saúde (HRDINOVÁ; SAIBERTOVÁ; POKORNÁ, 2021; CAVALCANTE *et al.*, 2021; GARCIA *et al.*, 2021). Na atualidade, grande parte da literatura aborda o contexto da COVID-19 e muito se observou na mídia o enfrentamento da escassez de materiais para os profissionais durante esta pandemia, principalmente no Brasil.

Além do contexto sócio-econômico, compreende-se pela prática profissional que outros fatores podem influenciar a utilização ou não dos EPIs, como a percepção de risco e vulnerabilidade à exposição no trabalho. Neste sentido, faz-se necessário buscar evidências para corroborar (ou não) com esse conhecimento da prática sobre quais fatores podem influenciar a utilização dos EPIs.

Assim, emprega-se a pergunta norteadora do estudo: Qual o conhecimento científico disponível na literatura sobre o uso dos EPIs pela equipe de enfermagem durante a assistência

direta no âmbito hospitalar?. Para responder a essa pergunta, objetiva-se analisar a produção científica sobre o uso de EPIs pela equipe de enfermagem durante a assistência no âmbito hospitalar.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão de escopo, a qual permite mapear os conceitos-chave que sustentam uma área de pesquisa, principais fontes e tipo de evidências disponíveis (MAYS; ROBERTS; POPAY, 2001). Neste caso, sobre o uso dos EPIs durante a assistência da equipe de enfermagem no âmbito hospitalar.

Para isso, foram utilizadas as recomendações metodológicas do *Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual (JBI)* sobre revisão de escopo (PETERS *et al.*, 2020) e os itens do fluxograma *Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews-PRISMA-ScR* (TRICCO *et al.*, 2018). Foi desenvolvido um protocolo para esta pesquisa e publicado no sistema *Open Science Framework* disponível no seguinte endereço: <https://osf.io/7d8q9/files/>.

Para estabelecimento da estratégia de busca, utilizou-se o acrônimo PCC em que P (público-alvo) — profissionais de enfermagem, C (conceito) — uso dos equipamentos de proteção individual e C (contexto) — na assistência direta nos hospitais.

A definição dos descritores e das bases de dados foi realizada em conjunto com um bibliotecário que também validou o protocolo da pesquisa. Para definição dos descritores, foi consultado a página dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) nos idiomas de português e espanhol, e no *Medical Subject Headings* (MeSH) em inglês, sendo escolhidos: "Equipamento de Proteção Individual", "*Equipo de Protección Personal*", "*Personal Protective Equipment*"[Mesh], "Prática Profissional", "*Práctica Profesional*" "*Professional Practice*"[Mesh], "Pessoal de Saúde" "*Health Personnel*"[Mesh].

Quando utilizou-se os descritores Enfermagem, *Enfermeria* e *Nursing*, o número de estudos foi consideravelmente reduzido, dessa forma, preferiu-se definir a estratégia de busca com "Pessoal de Saúde". As bases de dados utilizadas para a busca foram: *National Library of*

Medicine (PUBMED), EMBASE, *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL), SCOPUS, *Web of Science* (WOS), *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde* (LILACS), e Base de Dados Nacionais da Enfermagem (BDENF) e *Scientific Eletronic Library Online* (SCIELO). A estratégia de busca utilizada para cada base de dados encontra-se disponível no Quadro 1.

Quadro 1 - Estratégia de busca nas bases de dados para levantamento dos estudos.

PUBMED	((("Personal Protective Equipment"[Mesh] OR "Personal Protective Equipment" OR "Personal protection equipment") AND ("Professional Practice"[Mesh] OR "Professional Practice" OR "Professional Practices" OR "Delivery of Health Care"[Mesh] OR "Delivery of Health Care" OR "health care delivery") AND ("Health Personnel"[Mesh] OR "Health Personnel" OR "Health Care Provider" OR "Health Care Providers" OR "Healthcare Provider" OR "Healthcare Providers" OR "Nursing"[Mesh] OR "Nursing" OR "Nursings" OR "Nurses"[Mesh] OR "Nurses" OR "Nurse"))
EMBASE	((("Personal Protective Equipment" OR "Personal protection equipment") AND ("Professional Practice" OR "Professional Practices" OR "Delivery of Health Care" OR "health care delivery") AND ("Health Personnel" OR "Health Care Provider" OR "Health Care Providers" OR "Healthcare Provider" OR "Healthcare Providers" OR "Nursing" OR "Nursings" OR "Nurses" OR "Nurse"))
CINAHL	((("Personal Protective Equipment" OR "Personal protection equipment") AND ("Professional Practice" OR "Professional Practices" OR "Delivery of Health Care" OR "health care delivery") AND ("Health Personnel" OR "Health Care Provider" OR "Health Care Providers" OR "Healthcare Provider" OR "Healthcare Providers" OR "Nursing" OR "Nursings" OR "Nurses" OR "Nurse"))
SCOPUS	TITLE-ABS-KEY(("Personal Protective Equipment" OR "Personal protection equipment") AND ("Professional Practice" OR "Professional Practices" OR "Delivery of Health Care" OR "health care delivery") AND ("Health Personnel" OR "Health Care Provider" OR "Health Care Providers" OR "Healthcare Provider" OR "Healthcare Providers" OR "Nursing" OR "Nursings" OR "Nurses" OR "Nurse"))
WOS	TS=((("Personal Protective Equipment" OR "Personal protection equipment") AND ("Professional Practice" OR "Professional Practices" OR "Delivery of Health Care" OR "health care delivery") AND ("Health Personnel" OR "Health Care Provider" OR "Health Care Providers" OR "Healthcare Provider" OR "Healthcare Providers" OR "Nursing" OR "Nursings" OR "Nurses" OR "Nurse"))

LILACS/ BDENF	(("Equipamento de Proteção Individual" OR "Equipamentos de Proteção Individual" OR "Equipamento de Proteção Pessoal" OR "Equipamentos de Proteção Pessoal" OR "Equipo de Protección Personal" OR "Equipos de Protección Personal" OR "Personal Protective Equipment" OR "Personal protection equipment") AND ("Prática Profissional" OR "Exercício Profissional" OR "Assistência à Saúde" OR "Práctica Profesional" OR "Ejercicio Profesional" OR "Prestación de Atención de Salud" OR "Professional Practice" OR "Professional Practices" OR "Delivery of Health Care" OR "health care delivery") AND ("Pessoal de Saúde" OR "Profissionais de saúde" OR "Profissionais da Saúde" OR "Profissional da Saúde" OR "Profissional de Saúde" OR "Enfermagem" OR enfermeir* OR "Health Personnel" OR "Health Care Provider" OR "Health Care Providers" OR "Healthcare Provider" OR "Healthcare Providers" OR "Nursing" OR "Nursings" OR "Nurses" OR "Nurse"))
SCIELO	(("Equipamento de Proteção Individual" OR "Equipamentos de Proteção Individual" OR "Equipamento de Proteção Pessoal" OR "Equipamentos de Proteção Pessoal" OR "Equipo de Protección Personal" OR "Equipos de Protección Personal" OR "Personal Protective Equipment" OR "Personal protection equipment") AND ("Prática Profissional" OR "Exercício Profissional" OR "Assistência à Saúde" OR "Práctica Profesional" OR "Ejercicio Profesional" OR "Prestación de Atención de Salud" OR "Professional Practice" OR "Professional Practices" OR "Delivery of Health Care" OR "health care delivery") AND ("Pessoal de Saúde" OR "Profissionais de saúde" OR "Profissionais da Saúde" OR "Profissional da Saúde" OR "Profissional de Saúde" OR "Enfermagem" OR enfermeir* OR "Health Personnel" OR "Health Care Provider" OR "Health Care Providers" OR "Healthcare Provider" OR "Healthcare Providers" OR "Nursing" OR "Nursings" OR "Nurses" OR "Nurse"))

Fonte: Elaborado pelos autores (2021).

Em todas as bases de dados foram utilizados filtros de idioma, tipo de material e período de tempo considerando os critérios de inclusão. Sendo estes: estudos que abordassem os profissionais da equipe de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem) atuando na assistência direta ao paciente nos hospitais, nos ambulatórios, enfermarias, centro cirúrgico, unidades de terapia intensiva e pronto atendimento, e que utilizavam os EPIs durante a sua assistência. Quanto ao desfecho, foram considerados todos os tipos de EPIs de precaução padrão de contato, gotículas e aerossóis, em surtos, epidemias e pandemias, frente às doenças infectocontagiosas, doenças do trabalho de saúde, exposição à radiação em salas de cirurgias, como também na administração de medicamentos (neoplásicos, antibióticos, antivirais) e na prevenção de infecções nosocomiais.

Quanto ao período da pesquisa, projetou-se mapear o conhecimento da literatura dos últimos 20 anos, o que justifica-se decorrente aos aspectos políticos sobre a cultura de segurança

ocupacional no Brasil e no mundo, conforme elucidado previamente na introdução. Assim, determinou-se o período de 30 setembro de 2001 a 30 setembro de 2021, nos idiomas de português, inglês e espanhol.

Em relação aos critérios de exclusão, foram considerados os estudos que se apresentavam em forma de livros, revisão de literatura, resumos, materiais de congresso, editoriais, duplicados e que não estivessem disponíveis na íntegra e de forma online. Ainda, foram excluídos estudos que abordassem unidades básicas de saúde, contexto domiciliar, pré-atendimento, consultório particular ou outros estabelecimentos de saúde, como clínicas de vacina e laboratórios; que tivessem como público-alvo os estudantes, residentes e visitantes, além daqueles que abordassem sobre outros tipos de EPIs como capacetes e protetores auditivos.

Quanto às fontes de estudo, considerou-se os estudos primários de uma forma geral, de forma a compreender a utilização dos EPIs no espectro mundial e nacional e, também, realizou-se a busca na literatura cinzenta através dos referenciais dos órgãos regulamentadores, como Organização Mundial da Saúde (OMS), Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) e Ministério da Saúde (MS) utilizados nos artigos elegidos desta presente revisão. A busca foi realizada em setembro de 2021. A coleta de dados ocorreu de setembro a outubro de 2021.

Para seleção dos estudos, contou-se com três revisores, sendo que dois revisores (RKS e TLS) realizaram a seleção e avaliação de forma independente, e o terceiro (NG) foi consultado para quaisquer divergências identificadas no processo. Foi realizado um pré-teste com os três revisores com a avaliação de dez estudos, na íntegra, selecionados de duas bases de dados (cinco de cada) para garantir um consenso de toda a equipe frente aos critérios de elegibilidade.

Então, procedeu-se à seleção dos estudos primeiramente por títulos e resumos, considerando os critérios de elegibilidade descritos acima. Os estudos selecionados nesta primeira etapa foram importados para o software *EndNote web*®. Em um segundo momento, então, foi realizada a leitura na íntegra dos estudos para seleção da amostra final. Aqueles escolhidos para leitura na íntegra foram organizados em uma planilha do *Excel*®. Para refinamento do instrumento de coleta de dados, foi realizada uma pré-análise com cinco estudos para cada revisor.

As variáveis escolhidas para análise foram: base de dados, nome do periódico, autores, ano, título na língua original, país, objetivo na língua original, tipo de estudo descrito pelos

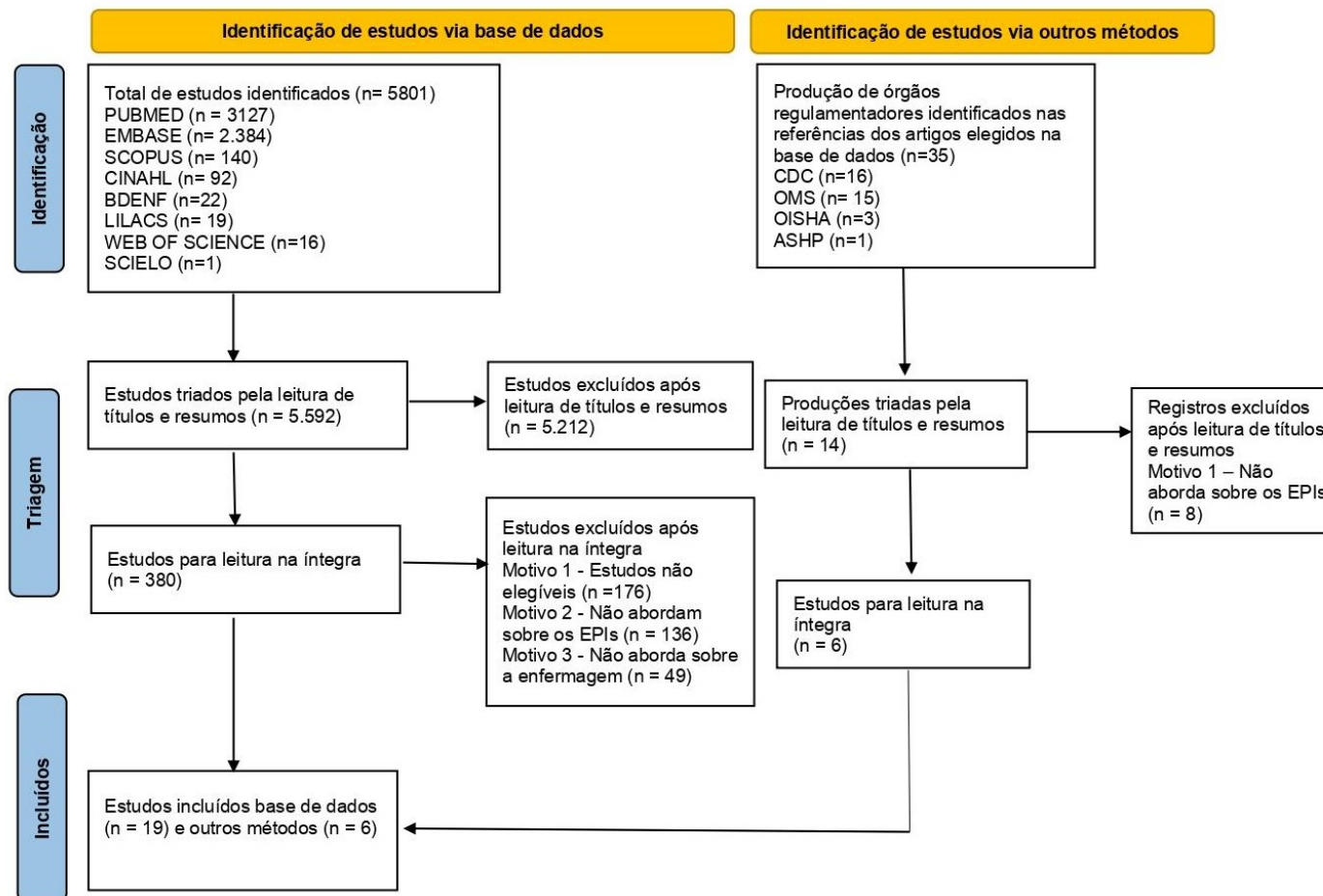
autores originais; se estudo unicentro ou multicêntrico, número de participantes, profissão dos participantes, critérios de inclusão e exclusão, tempo de formação dos participantes, se utilizou algum tipo de instrumento de medida, se utilizou algum referencial teórico-metodológico, tipo de análise, os tipos de EPIs, contexto do uso dos EPIs apontado pelos autores, agente biológico ou farmacológico, intervenções (se houvesse). Também foram extraídas informações sobre as condições que facilitam, que dificultam o uso dos EPIs, fatores individuais, trabalho, organizacionais e os resultados principais. Esse processo de extração dos resultados e mapeamento foi realizado de forma descritiva.

Para categorização dos resultados, utilizou-se como base os resultados da pesquisa apresentados por Cunha *et al.* (2017), os quais estão relacionados com as condições que facilitam e/ou dificultam a adesão aos EPIs, no que tange aos aspectos individuais, de trabalho e organizacionais.

RESULTADOS

Foram identificados 5.801 publicações nas bases de dados e 35 através dos referenciais de órgãos regulamentadores dos estudos elegidos, conforme apresentado na Figura 1.

Figura 1 - Fluxograma dos processos de busca e seleção dos estudos da presente revisão de escopo.



Fonte: Elaborado pelos autores, adaptado do PRISMA-ScR (PAGE *et al.*, 2020) (2021)

Dos 19 artigos da amostra final, dez foram identificados na PUBMED (SANTOS *et al.*, 2021; FIX *et al.*, 2019; HESSELS; WEAVER, 2019; LANDERS *et al.*, 2010; LUO *et al.*, 2010; NICHOL *et al.*, 2013; ROZENBOJM *et al.*, 2015; SISSOLAK; MARAIS; MEHTAR, 2011; SULIMAN *et al.*, 2018; CALLAHAN *et al.*, 2016), três na LILACS/BDENF (CASTRO; RODRIGUES, 2019; FERREIRA *et al.*, 2017; VILLARINHO; PADILHA, 2014), dois na SCOPUS (CHEN; LU; LEE, 2016; GANCZAK; SZYCH, 2007), na EMBASE (ANWAR *et al.*, 2019; ASEFA *et al.*, 2021) e na CINAHL (TSAI *et al.*, 2015; BOIANO; STEEGE; SWEENEY, 2014). Na literatura cinzenta, foram escolhidas seis publicações, sendo três da CDC (CDC, 2016; CDC 2004; CDC 2008), dois da OMS (WHO, 2009; WHO, 2002) e uma da *American Society of health-system pharmacists* (Sociedade Americana de Farmacêuticos do Sistema de Saúde - ASHP) (ASHP, 2006).

Dos países com maior predominância, destaca-se os Estados Unidos da América com seis estudos publicados da literatura científica (TSAI *et al.*, 2015; BOIANO, STEEGE, SWEENEY, 2014; FIX *et al.*, 2019; HESSELS; WEAVER, 2019; LANDERS *et al.*, 2010; CALLAHAN *et al.*, 2016) e cinco publicações na literatura cinzenta (CDC, 2016; CDC 2004; CDC, 2008, WHO, 2009; ASHP, 2009) (Quadro 1). Quanto aos anos dos estudos, apresentam-se, de forma diversificada, com maior predominância dos anos de 2019 (n=4) e 2016 (n=3).

Grande parte dos estudos era de abordagem quantitativa (HESSELS; WEAVER, 2019; LANDERS *et al.*, 2010; LUO *et al.*, 2010; NICHOL *et al.*, 2013; ROZENBOJM *et al.*, 2015; CALLAHAN *et al.*, 2016; CASTRO; RODRIGUES, 2019; FERREIRA *et al.*, 2017; GANCZAK; SZYCH, 2007; ANWAR *et al.*, 2019; ASEFA *et al.*, 2021; TSAI *et al.*, 2015; BOIANO, STEEGE, SWEENEY, 2014; SULIMAN *et al.*, 2018), todos utilizaram o método transversal, pesquisas qualitativas (FIX *et al.*, 2019; SISSOLAK; MARAIS; MEHTAR, 2011; VILLARINHO; PADILHA, 2014; CHEN; LU; LEE, 2016) e apenas um estudo foi de método misto (SANTOS *et al.*, 2021). Embora grande parte dos autores tragam as definições das abordagens e/ou método, alguns não o fizeram (LUO *et al.*, 2010; GANCZAK; SZYCH, 2007).

Dos estudos realizados, 55% (n=11) são multicêntricos, 35% (n=6) unicêntricos e 10% (n=2) foram pesquisas anônimas online.

Frente aos profissionais da equipe de enfermagem, a maioria dos estudos (n=16) abordou somente os enfermeiros (SANTOS *et al.*, 2021; HESSELS; WEAVER, 2019; LANDERS *et al.*, 2010; LUO *et al.*, 2010; NICHOL *et al.*, 2013; ROZENBOJM *et al.*, 2015;

SULIMAN *et al.*, 2018; CALLAHAN *et al.*, 2016; CHEN; LU; LEE, 2016; GANCZAK; SZYCH, 2007; ANWAR *et al.*, 2019; ASEFA *et al.*, 2021) e o número de participantes variou de 20 (SISSOLAK; MARAIS; MEHTAR, 2011) a 1500 (LUO *et al.*, 2010). Somente dois estudos (FIX *et al.*, 2019; FERRIRA *et al.*, 2017) contemplaram a equipe de enfermagem (técnicos e auxiliares) e também incluíram outros profissionais, como os fisioterapeutas, médicos e dentistas. O tempo de formação dos profissionais citados pelos estudos variou de 1 a 20 anos.

Dois estudos se basearam em teoria comportamentais, como a Teoria Social Cognitiva (LUO *et al.*, 2010) e o Modelo de Crenças em Saúde (FIX *et al.*, 2019). Outros utilizaram de referenciais qualitativos, como etnografia (CHEN; LU; LEE, 2016), fenomenologia (SISSOLAK; MARAIS; MEHTAR, 2011) e história oral (VILLARINHO; PADILHA, 2014) para coleta e análises dos dados.

Na avaliação dos questionários e/ou instrumentos, além daqueles elaborados para coleta de dados sociodemográficos, os estudos utilizaram a Escala de Adesão às Precauções Padrão traduzida e validada no Brasil (FERREIRA *et al.*, 2017), Escala de Ambiente de Prática e do Índice de Trabalho de Enfermagem (SANTOS *et al.*, 2021), *Hazardous Drug Handling Questionnaire* (CALLAHAN *et al.*, 2016). Dois estudos (ASEFA *et al.*, 2021; TSAI *et al.*, 2015) utilizaram de diferentes módulos da pesquisa *Health and Safety Practices Survey of Healthcare Workers*, para identificar o conhecimento e práticas de manuseio seguro de medicamentos citotóxicos (ASEFA *et al.*, 2021) e o conhecimento dos efeitos perigosos dos medicamentos aerossóis (TSAI *et al.*, 2015). Ainda, outros utilizaram-se de instrumentos com base em publicações prévias sobre precauções padrão (LUO *et al.*, 2010), fatores associados ao comportamento de autoproteção no trabalho (ROZENBOJM *et al.*, 2015), diretrizes de precauções de isolamento do CDC 2007 (SULIMAN *et al.*, 2018) e indicadores de manuais de avaliação da qualidade de infecção hospitalar (CASTRO; RODRIGUES, 2019).

Quanto ao tipo de EPIs abordados nos resultados, estes são descritos no Quadro 2. Seis estudos (SANTOS *et al.*, 2021; SISSOLAK; MARAIS; MEHTAR, 2011; SULIMAN *et al.*, 2018; VILLARINHO; PADILHA, 2014; CDC, 2016; WHO, 2009; WHO, 2002) não abordaram em específico algum EPI, mas contextualizam sobre o uso deste na prática.

Quadro 2 – Apresentação dos autores, ano, país e tipo de equipamentos de proteção individual abordados.

AUTORES E ANO	PAÍS	TIPOS DE EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL								
		Máscara de proteção respiratória	Máscara cirúrgica	Protetor facial	Óculos	Gorro	Avental/Jaleco	Luvas	Luvas duplas	Protetor de pé
Fix <i>et al.</i> (2019)	EUA	X								
Hessels e Weaver (2019)	EUA							X		
Landers <i>et al.</i> (2010)	EUA	X								
Luo <i>et al.</i> (2010)	China		X		X		X	X		X
Nichol <i>et al.</i> (2013)	Canadá	X	X		X					
Rozenbojm <i>et al.</i> (2015)	Canadá	X								
Callahan <i>et al.</i> (2016)	EUA		X		X		X		X	
Castro e Rodrigues (2019)	Brasil		X	X			X	X		
Ferreira <i>et al.</i> (2017)	Brasil		X		X		X	X		
Chen, Lu e Lee (2016)	China	X			X	X	X	X	X	
Ganczak e Szych (2007)	Polônia		X		X		X	X		
Anwar <i>et al.</i> , (2019)	Egito	X								
Asefa <i>et al.</i> , (2021)	Etiópia	X			X	X	X	X		X
Tsai <i>et al.</i> , (2015)	EUA	X		X	X		X	X		
Boiano, Steege e Sweeney (2014)	EUA		X	X	X	X	X	X	X	X
CDC (2004)	EUA	X	X	X	X	X	X	X	X	X
CDC (2008)	EUA	X			X	X	X	X	X	X
ASHP (2006)	EUA	X			X	X	X	X	X	X

Fonte: Dados da presente pesquisa (2021).

Em relação ao contexto, os estudos trouxeram a saúde e a segurança frente aos agentes biológicos e farmacológicos. Quanto aos agentes biológicos identificaram-se: a tuberculose (LANDERS *et al.*, 2010; SISSOLAK; MARAIS; MEHTAR, 2011; ANWAR *et al.*, 2019),

HIV/AIDS (VILLARINHO; PADILHA, 2014; GANCZAK; SZYCH, 2007), Hepatite B e Hepatite C (GANCZAK; SZYCH, 2007), *Clostridium Difficile*, MRSA, Varicela, Gripe e Meningite Meningocócica (LANDERS *et al.*, 2010) e COVID-19 (SANTOS *et al.*, 2021). Quanto aos agentes farmacológicos, os antineoplásicos (CALLAHAN *et al.*, 2016; CHEN; LU; LEE, 2016; ASEFA *et al.*, 2021; BOIANO; STEEGE; SWEENEY, 2014; CDC, 2004; CDC, 2009; ASHP, 2006), medicamentos aerolizadores (TSAI *et al.*, 2015) e medicamentos citotóxicos (CDC, 2016) foram os estudados.

Alguns estudos não especificaram os agentes, sendo somente sobre o uso da máscara no geral (FIX *et al.*, 2019), sobre proteção facial para doenças respiratórias transmissíveis no geral (NICHOL *et al.*, 2013; ROZENBOJM *et al.*, 2015) considerando todos os agentes e todos os tipos de precaução (SULIMAN *et al.*, 2018). E todos os agentes quanto à precaução padrão (HESSELS; WEAVER, 2019; LUO *et al.*, 2010; CASTRO; RODRIGUES, 2019; FERREIRA *et al.*, 2017).

Quanto ao uso dos EPIs, o uso mais alto foi das luvas 83,4% (n=501) e o mais baixo para o uso dos óculos 8,8% (n= 53). Entre as enfermeiras que utilizavam os óculos de proteção regularmente, cerca de 50% dessas tiveram contato com respingos por meio de suas membranas mucosas (GANCZAK; SZYCH, 2007). Em outro estudo, observou-se que o uso de óculos, máscaras e roupas de proteção teve menor conformidade, sendo o uso de luvas maior decorrente da disponibilidade e acessibilidade nos setores (LUO *et al.*, 2010). Quanto ao número de procedimentos, identificou-se a taxa de adesão dos EPIs, sendo o uso das luvas 94,91% (n=410) e aventais 91,43% (n=267), máscara cirúrgica 80% (n=124); já o uso do óculo foram identificados apenas 24,54% (n=14), quando indicados (CASTRO; RODRIGUES, 2019).

Quanto à proteção da exposição aos antineoplásicos, o uso mais consistente são as luvas e máscaras como medidas de proteção individual para as drogas, no entanto, nenhum profissional utilizou os EPIs durante o manuseio, seja para a preparação, administração e descarte, principalmente na preparação (ASEFA *et al.*, 2021). Ainda que, no *guideline*, recomenda-se o uso de luvas duplas ou luva própria de quimioterapia na administração dos neoplásicos para garantir a segurança do trabalhador (ASHP, 2006) e, de preferência, para todos os processos de manipulação das drogas.

Em outro estudo (BOIANO; STEEGE; SWEENEY, 2014) sobre a manipulação de antineoplásicos, identificou-se que 98% (n=2.069) dos participantes sempre trocavam as luvas

danificadas imediatamente quando contaminadas, 85% (n=1.972) usavam luvas na quimioterapia avental não absorvente com frente fechada e punhos justos. Ainda, 59% (n= 1.762) dos participantes relataram nunca utilizar luvas duplas, 78% (n= 1.886) nem óculos de proteção, respirador 95% (n= 1.953), 93% (n=1.997) propé ou 94% (n= 1.995) gorro.

Apresenta-se na Figura 2 e Figura 3 os resultados obtidos da amostra sobre as condições que facilitam e dificultam o uso dos EPIs.

Figura 2 – Apresentação dos resultados das condições que dificultam o uso dos EPIs pela equipe de enfermagem no âmbito hospitalar.

CONDIÇÕES QUE DIFICULTAM O USO DOS EPIS		
FATORES INDIVIDUAIS	FATORES DE TRABALHO	FATORES ORGANIZACIONAIS
Os profissionais não confiam nos protocolos e sistema de segurança em vigor, assim, confiam na experiência clínica para determinar qual proteção usar (FIX <i>et al.</i> , 2019).	Não possuir placas de isolamento, cartazes e enfermarias sem salas de isolamento disponíveis (SULIMAN <i>et al.</i> , 2018).	As práticas de proteção dos enfermeiros em hospitais menores não são tão boas quanto nos hospitais maiores, acredita-se que em razão da baixa infraestrutura e não ter departamento de administração de infecção (LUO <i>et al.</i> , 2010).
Falta de conhecimento e resistência aos EPIs (VILLARINHO; PADILHA, 2014).	Receber informações imprecisas e atrasadas. Aqueles que trabalham em pronto socorro são suscetíveis por não saber quem estará vindo (SULIMAN <i>et al.</i> , 2018).	Os enfermeiros participam pouco das decisões no fluxo de atendimento e a falta de serviços de apoio para diagnósticos da doença da COVID-19 entre os profissionais e pacientes (SANTOS <i>et al.</i> , 2021).
Não compreender quando se deve utilizar a N95 e a ausência desta na prática (SISSOLAK; MARAIS; MEHTAR, 2011).	Falta de treinamento sobre a temática para os funcionários e pacientes e a sobrecarga de trabalho (SISSOLAK; MARAIS; MEHTAR, 2011).	A falta de recursos como o EPIs desencadeia queixas na equipe, compromete a segurança profissional e aumenta o risco de transmissão cruzada de microrganismos (CASTRO; RODRIGUES, 2019).
Falta de conhecimento sobre os efeitos prejudiciais da exposição aos medicamentos aerolizantes (TSAI <i>et al.</i> , 2015).	Carga de trabalho (SULIMAN <i>et al.</i> , 2018).	A falta de diretrizes claras para o cuidado, a falta de instalações de isolamento adequado e a disponibilidade de EPIs influenciam o uso (SISSOLAK; MARAIS; MEHTAR, 2011).
Máscara N95 sufocante e claustrofóbica, falta de máscara do tamanho adequado, dispor a N95 mais longe para evitar usar erroneamente (FIX <i>et al.</i> , 2019).		Encargos financeiros é uma barreira, os enfermeiros percebem que os hospitais estão preocupados com o custo da sua segurança (CHEN; LU; LEE, 2016).
EPIs são desconfortáveis e causam calor (CALLAHAN <i>et al.</i> , 2016).		Os empregadores não conhecem os procedimentos de administração segura, logo, repercutem nas ações de segurança do profissional através da vigilância médica (BOIANO; STEEGE; SWEENEY, 2014).
Falta de competência em utilizar a máscara N95, apesar da experiência com SARS e atenção voltada à proteção do trabalhador contra doenças respiratórias transmissíveis (NICHOL <i>et al.</i> , 2013).		Falta de um programa de medicamentos citotóxicos (ASEFA <i>et al.</i> , 2021).
A falta de conhecimento repercute na atuação dos enfermeiros, pois não reconhecem as indicações e ações de precaução (HESSELS <i>et al.</i> , 2019).		Falta de suprimentos (SULIMAN <i>et al.</i> , 2018).
Falta de destreza, disponibilidade dos EPIs, falta de tempo e a convicção que o paciente não está infectado (GANCZAK; SZYCH, 2007).		
Referem falta de tempo para usar as luvas, reclamação dos pacientes quando utiliza, as luvas são desconfortáveis e não estão disponíveis (LUO <i>et al.</i> , 2010).		
Representação de sinais de perigo e toxicidade da quimioterapia (CHEN; LU; LEE, 2016).		
Compreendem o uso dos EPIs como desnecessário desde que tenham habilidades no manuseio de medicamentos antineoplásicos (SULIMAN <i>et al.</i> , 2018).		

Fonte: Dados da presente pesquisa (2021).

Figura 3 – Apresentação dos resultados das condições que facilitam o uso dos EPIs pela equipe de enfermagem no âmbito hospitalar.

CONDIÇÕES QUE FACILITAM O USO DOS EPIS		
FATORES INDIVIDUAIS	FATORES DE TRABALHO	FATORES ORGANIZACIONAIS
Colegas, enfermeiros gerentes, autoaprendizagem por <i>sites</i> de publicações profissionais e educação continuada obrigatória (LANDERS <i>et al.</i> , 2010).	Placas nos quartos, carrinhos de EPIS dispostos na frente dos quartos dos pacientes, documentação em prontuário eletrônico e paciente em sala de pressão negativa (FIX <i>et al.</i> , 2019).	Política escrita e ações preventivas de infecção hospitalar como forma de aprendizado (LANDERS <i>et al.</i> , 2010).
Autoeficácia exerce um impacto positivo no cumprimento das precauções padrão (LUO <i>et al.</i> , 2010).		Programa de manuseio seguro em que pode ser articulado a educação, formação, programas de treinamento, implantação de controle de segurança e engenharia, e o uso constante dos EPIS (CALLAHAN <i>et al.</i> , 2016).
Enfermeiros que tinham mais conhecimentos eram mais propensos a praticar manuseio seguro dos antineoplásicos (ASEFA <i>et al.</i> , 2021).		Presença de diretrizes de manuseio seguro para medicamentos citotóxicos, como aerolizadores (TSAI <i>et al.</i> , 2015).
Imagem profissional, eficácia no trabalho, custo dos EPIS e as normas hospitalares (CHEN; LU; LEE, 2016).		Desenvolver diretrizes de prática padrão para os enfermeiros de forma que possa padronizar o processo de trabalho (ASEFA <i>et al.</i> , 2021).
		Participação dos profissionais na decisão de fluxos e padronização de regras (SANTOS <i>et al.</i> , 2021).
		Estabelecer etapas a serem seguidas para o uso adequado, os gerentes devem envolver os profissionais para cumprir a política local, designar funcionários somente para cuidar dos pacientes com doenças respiratórias transmissíveis (NICHOL <i>et al.</i> , 2013).
		Política e a prática são iniciativas que podem influenciar nas percepções e comportamentos de trabalho seguro (ROZENBOJM <i>et al.</i> , 2015).
		Adaptar as políticas do governo à realidade local (NICHOL <i>et al.</i> , 2013).
		Realizar auditoria de adesão às precauções-padrão de forma sistematizada e periódica (CASTRO; RODRIGUES, 2019).
		Implementação de medidas e práticas de controle de infecção por tuberculose, em especial o uso da máscara N95, de forma padronizada (ANWAR <i>et al.</i> , 2019).

Fonte: Dados da presente pesquisa (2021)

Complementa-se que os enfermeiros que percebem o suporte da organização em relação à saúde e segurança tiveram duas vezes mais probabilidade de relatar adesão ao uso da máscara de proteção respiratória (NICHOL *et al.*, 2013).

Quanto aos fatores organizacionais, os enfermeiros mencionaram como motivo para não utilizar luvas de quimioterapia em razão da pouca exposição da pele, que os EPIs não eram ofertados pelos empregadores e que não faziam parte do protocolo da instituição. Já em relação ao uso de aventais não absorventes, identificou-se que ninguém os utiliza. Em relação aos óculos e respiradores, os respondentes afirmaram de forma crescente, que não fazia parte do protocolo, a pouca exposição da pele e que um controle de engenharia estava sendo utilizado (BOIANO; STEEGE; SWEENEY, 2014).

Quando se trata da experiência dos profissionais, foi identificada diferença significativa dos profissionais de enfermagem com menos de seis anos de experiência com aqueles com mais de dez anos, sendo que profissionais com mais tempo de profissão apresentaram maior adesão a este EPI e os com menor tempo, menor adesão. No geral, a adesão neste estudo às precauções padrões foi considerada como intermediária (FERREIRA *et al.*, 2017).

Nos resultados da presente revisão, identificou-se o uso excessivo dos EPIs nas situações em que não há indicação, sendo os mais utilizados a máscara cirúrgica, (LANDERS *et al.*, 2010) os aventais (LUO *et al.*, 2010), a máscara de proteção respiratória (FIX *et al.*, 2019; LANDERS *et al.*, 2010) e as luvas estéreis (LANDERS *et al.*, 2010).

Observou-se que poucos enfermeiros 20,2% (n=17) estavam seguindo as precauções padrão do controle de infecção e poucos seguiam as precauções de isolamento baseadas na transmissão 11,9% (n=10) (SULIMAN *et al.*, 2018).

O tipo de unidade é um preditor significativo da adesão da máscara de proteção respiratória dos enfermeiros de pronto socorro, visto que 60% relataram que são menos propensos a utilizar a máscara de proteção respiratória em comparação aos enfermeiros de cuidados intensivos. Explica-se em razão do ambiente de trabalho acelerado e agitado, onde se concentra em fazer diagnósticos, gerenciar crises e lidar com eventos imprevistos (NICHOL *et al.*, 2013). Logo, demonstrou-se o Pronto Socorro como o local de menor adesão da N95 (FIX *et al.*, 2019).

Ainda, a literatura demonstra que a equipe de enfermagem é responsável em implementar práticas de controle de infecção ao cuidado do paciente, sendo o enfermeiro responsável pela Comissão de Controle de Infecção hospitalar, nas suas diversas funções, pode identificar a adesão de enfermagem às políticas (WHO, 2002).

DISCUSSÃO

Na presente revisão, buscou-se conhecer o que tem sido produzido na literatura acerca do uso dos EPIs pelos profissionais de enfermagem no âmbito hospitalar, considerando os marcos iniciais das políticas públicas de segurança do trabalho.

A amostra foi heterogênea em relação aos objetivos, número de profissionais incluídos, tempo de experiência e instrumentos utilizados, entretanto houve um predomínio dos estudos transversais, evidenciando que há uma lacuna de estudos de intervenção para o uso dos EPIs ou adoção de diretrizes por parte dos profissionais de enfermagem. Como previsto, há um número maior de publicações internacionais sobre a temática. Considerando que o Brasil é um país continental, com diferentes realidades e culturas, sugere-se o avanço de pesquisas relacionadas ao uso de EPIs pela equipe de enfermagem.

O cenário hospitalar é complexo, composto por equipe multiprofissional, com diferentes especialidades e cultura organizacional. Assim, diversos fatores podem contribuir para a adesão ou não das políticas instituídas.

Dos fatores individuais, reconhece-se a influência dos colegas e chefia para o uso dos EPIs. A escolha de usar ou não é realizada de forma individual, mas nelas existem valores e crenças que são compartilhadas e podem ser decisivos nas escolhas pessoais. Neves *et al.* (2011) defende a percepção de risco junto às relações de trabalho devem ser observadas para melhorar a adesão e promover a mudança de comportamento.

A percepção de risco, tem-se considerado como uma estratégia para o desenvolvimento de medidas de prevenção através do conhecimento. A literatura demonstra que futuros programas de treinamento devem considerar aumentar a percepção de autoeficácia e o conhecimento acerca das estratégias utilizadas de proteção (MORTADA *et al.*, 2021).

Quanto às condições que dificultam o uso dos EPIs no âmbito individual, reconhece-se como cerne a falta de conhecimento como uma realidade presente nos enfermeiros frente às precauções padrões, apesar de reconhecerem a necessidade de uso (FARIA *et al.*, 2019). Quanto aos achados da adesão desta presente revisão, predominou-se a alta adesão das luvas e baixa adesão dos óculos, no entanto, não encontraram-se estudos que fundamentem a baixa adesão ao uso dos óculos durante a assistência, mas sugere-se que esteja relacionado ao fato do profissional não perceber como necessário, apesar de ser estabelecido nas precauções padrões.

Dos fatores de trabalho, a comunicação visual, como placas sinalizadoras, materiais disponíveis, comunicação adequada das informações/condições dos pacientes, treinamento são reconhecidos como importantes na adesão ao uso dos EPIs (SULIMAN *et al.*, 2018)

O enfermeiro tem um papel gerencial na organização do trabalho da sua equipe e da Unidade. Conforme apontado em diretriz da amostra da revisão (ASHP, 2006), os enfermeiros participam de comissões de controle de infecção hospitalar que devem auxiliar na adequação das unidades hospitalares, assim como facilitam processos de formação dos profissionais da instituição. Além de intervenções educativas e melhoramento do ambiente de trabalho, resultados de pesquisa sugerem que a carga de trabalho também deve ser avaliada para que haja o uso dos EPIs pelos profissionais (ALOUSH, 2017).

Dos aspectos organizacionais, há ainda o desafio dos hospitais quanto aos encargos financeiros. A literatura menciona que os custos diários para manter os EPIs em unidades de terapia Intensiva aumentaram cerca de 500% no início da pandemia por COVID-19, visto que não tinham condições financeiras igualitárias a necessidades do momento, o planejamento financeiro e de demanda não previa o risco de uma pandemia (OLIVEIRA *et al.*, 2021).

Embora poucos estudos abordam a acessibilidade dos profissionais frente aos EPIs, os resultados demonstram que os EPIs mais caros, como a máscara N95, são armazenados com maior distância para evitar o uso errôneo (FIX *et al.*, 2019). Logo, reconhece-se a necessidade de intervir na educação dos profissionais da equipe de enfermagem de forma que possa elucidar o uso deste EPI.

Quanto às ações gerenciais, reconhece-se a auditoria da adesão dos EPIs, de forma que possa acompanhar o uso da equipe de enfermagem. No entanto, essa ação de vigilância tem como ponto negativo o efeito *Hawthorne*, o que poderia ser diminuído pelo uso de câmeras filmadoras (OLIVEIRA; PAULA, 2011).

A adesão aos EPIs frente à manipulação das drogas perigosas, a literatura internacional reconhece que, apesar das diretrizes e orientações sobre os riscos de exposição, ainda identificam-se níveis detectáveis de medicamentos antineoplásicos na urina dos profissionais que as manuseiam, avaliação essa dada por meio da monitorização biológica, a qual caracteriza a permanência da exposição ocupacional (OSHA, 2016).

Esse processo de monitorização biológica é realizado através do programa de manuseio seguro, acompanhamento este também dado aos agentes biológicos como a COVID-19 (GALLASCH *et al.*, 2020). No entanto, não se encontrou estudos que abordassem essa prática na gestão. Esse cuidado também pode ser realizado para os profissionais que cuidam de pacientes com tuberculose, por meio de uma triagem admissional e anual, realizando radiografia de tórax e testes sorológicos (ANWAR *et al.*, 2019).

Logo, ressalta-se a importância do cuidado ao profissional quanto a manipulação dessas drogas mediante capacitações e padronizações fundamentadas na segurança do trabalho e na proteção do paciente, do trabalhador e do meio ambiente (BATISTA *et al.*, 2021).

Além desses aspectos, ressalta-se a importância da disponibilidade dos EPIs e a educação continuada, reforçando os resultados da presente revisão, os quais apontam que há necessidade de participação dos enfermeiros na prática clínica nas decisões/elaboração dos aspectos gerenciais, auxiliando, assim, no levantamento das reais necessidades da equipe. As ações e intervenções devem ser articuladas pela gerência das unidades e gestores de serviços de forma que possa favorecer o clima de segurança e conseqüentemente, a cultura de segurança do profissional e do paciente (GALLASCH *et al.*, 2020).

Os resultados da presente revisão podem indicar potenciais estudos para verificação da adesão ou não dos EPIs por parte dos profissionais de enfermagem, principalmente, trazendo os aspectos individuais, do trabalho e organizacionais. Estudos de intervenção auxiliam nas evidências e, conseqüentemente, nas práticas. Quanto à prática de enfermagem, os resultados apontam que as relações interpessoais, a liderança, e a organização, são fundamentais para a adesão. No que tange ao ensino, pode-se reforçar que o enfermeiro é um educador e produtor de conhecimento.

CONCLUSÃO

As condições que favorecem ao uso dos EPIs são voltadas à educação reportadas ao conhecimento comportamental, frente à adesão dos EPIs identificou-se as luvas como maior adesão e os óculos como menos aderido, encontrou-se como lacuna a investigação da baixa adesão dos óculos de proteção na assistência.

Quanto ao trabalho, identificou-se a comunicação visual como favorável, setores que demandam agilidade, como pronto socorro e a carga de trabalho como fatores que influenciam negativamente no uso dos EPIs. Quanto à organização, cabe refletir sobre as condições de trabalho, padronização das informações, incluir os profissionais assistenciais no processo de decisão. Apresenta-se uma preocupação com o trabalhador com a manipulação de drogas perigosas, no entanto, encontrou-se, como lacuna, estudos que abordem o programa de monitoramento para vigilância da exposição ocupacional.

REFERÊNCIAS

ALLOUSH, S. M. Does educating nurses with ventilator-associated pneumonia prevention guidelines improve their compliance?. **American journal of infection control**, v. 45, n. 9, p. 969-973, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2017.04.009>. Acesso em: 24 out. 2021.

ANWAR *et al.* Screening for latent tuberculosis among healthcare workers in an egyptian hospital using tuberculin skin test and quantiFERON-TB gold in-tube test. **Indian journal of occupational and environmental medicine**, v. 23, n. 3, p. 106, 2019. Disponível em: [doi:10.4103 / ijem.IJOEM_184_19](https://doi.org/10.4103/ijjem.IJOEM_184_19). Acesso em: 16 out. 2021

ARAÚJO *et al.* Acidentes de trabalho com exposição a material biológico entre os profissionais de Enfermagem. **Revista de Enfermagem Referência**, v. 3, n. 7, p. 7-14, 2012. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388239966004>. Acesso em: 11 nov. 2021.

ASEFA *et al.* Knowledge and Practices on the Safe Handling of Cytotoxic Drugs Among Oncology Nurses Working at Tertiary Teaching Hospitals in Addis Ababa, Ethiopia. **Drug, healthcare and patient safety**, v. 13, p. 71, 2021. Disponível em: doi:10.2147/DHPS.S289025. Acesso em: 16 out. 2021.

ASHP. AMERICAN SOCIETY OF HEALTH-SYSTEM PHARMACISTS. Guidelines on handling hazardous drugs. **Am. J. Health-Syst. Pharm.**, v. 63, p. 1172-1193, 2006. Disponível em: <https://www.ashp.org/-/media/assets/policy-guidelines/docs/guidelines/handling-hazardous-drugs.ashx>. Acesso em: 25 out. 2021.

BASTOS *et al.* Equipamentos de proteção individual e a adesão do conhecimento dos profissionais e acadêmicos: revisão integrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 53, p. e3764-e3764, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reas.e3764.2020>. Acesso em: 11 nov. 2021.

BATISTA *et al.* Conhecimentos sobre drogas antineoplásicas: implicações para a saúde do trabalhador de enfermagem em hospital geral. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 75, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0025>. Acesso em: 24 out. 2021.

BOIANO, J. M.; STEEGE, A. L.; SWEENEY, M. H. Adherence to safe handling guidelines by health care workers who administer antineoplastic drugs. **Journal of occupational and environmental hygiene**, v. 11, n. 11, p. 728-740, 2014. Disponível em: doi: 10.1080 / 15459624.2014.916809. Acesso em: 16 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Doenças relacionadas ao trabalho: Manual de procedimentos para os serviços de saúde. 2001. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doencas_relacionadas_trabalho_manual_procedimentos.pdf. Acesso em: 11 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1823, de 23 de agosto de 2012. Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. 2012. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html. Acesso em: 28 out. 2020.

CALLAHAN *et al.* Factors influencing nurses' use of hazardous drug safe-handling precautions. In: **Oncology nursing forum**. NIH Public Access, 2016. p. 342. Disponível em: <https://doi.org/10.1188/16.ONF.43-03AP>. Acesso em: 11 nov. 2021.

CASTRO, A.F.; RODRIGUES, M.C.S. Auditoria de práticas de precauções-padrão e contato em Unidade de Terapia Intensiva. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 53, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018018603508>. Acesso em: 16 out. 2021.

CAVALCANTE *et al.* Recomendações quanto ao uso de máscaras/respiradores de proteção por profissionais de saúde em risco de exposição ao sars-cov-2: scoping review. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 1, p. e16710111628-e16710111628, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i1.11628>. Acesso em: 11 nov. 2021.

CDC. Center for Disease Control and Prevention. **Personal protective equipment for health care workers who work with hazardous drugs**. 2008. Disponível em: <https://stacks.cdc.gov/view/cdc/5762>. Acesso em: 24 out. 2021.

CDC. Center for Disease Control and Prevention. **Hazardous Drug Exposures in Health Care**. 2016. Disponível em: www.cdc.gov/niosh/topics/hazdrug/. Acesso em: 24 out. 2021.

CDC. Center for Disease Control and Prevention. **Preventing Occupational Exposures to Antineoplastic and other hazardous drugs in health care settings**. 2004. Disponível em: www.cdc.gov/niosh/docs/2004-165/pdfs/2004-165.pdf. Acesso em: 24 out. 2021.

CHAN *et al.* A familial cluster of pneumonia associated with the 2019 novel coronavirus indicating person-to-person transmission: a study of a family cluster. **The lancet**, v. 395, n. 10223, p. 514-523, 2020. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30154-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30154-9). Acesso em: 11 nov. 2021.

CHEN, H.; LU, Z. J.; LEE, S. Nurses' experiences in safe handling of chemotherapeutic agents: the Taiwan case. **Cancer nursing**, v. 39, n. 5, p. E29-E38, 2016. Disponível em: doi: 10.1097/NCC.0000000000000314. Acesso em: 16 out. 2021.

CHUGHTAI *et al.* Policies on the use of respiratory protection for hospital health workers to protect from coronavirus disease (COVID-19). **International journal of nursing studies**, v. 105, p. 103567, 2020. Disponível em: <https://doi.org/0.1016/j.ijnurstu.2020.103567>. Acesso em: 24 out. 2021.

COSTA *et al.* Conhecimento dos Profissionais de Enfermagem sobre Segurança do Paciente Oncológico em Quimioterapia. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 65, n. 1, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2019v65n1.274>. Disponível em: 11 nov. 2021.

CUNHA *et al.* Fatores que interferem na adesão às precauções padrão por profissionais da saúde: revisão integrativa. **Enfermagem em Foco**, v. 8, n. 1, p. 72-76, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2017.v8.n1.980>. Acesso em: 11 nov. 2021.

FARIA *et al.* Conhecimento e adesão do enfermeiro às precauções padrão em unidades críticas. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 28, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0144>. Acesso em: 24 out. 2021.

FERNANDES *et al.* Utilização de equipamentos de proteção individual: interfaces com o conhecimento dos profissionais de saúde. **Revista de Prevenção de Infecção e Saúde [online]**, p. 16-21, 2017. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Marcia_Fernandes17/publication/321872183_UTILIZACAO_DE_EQUIPAMENTOS_DE_PROTECAO_INDIVIDUAL_INTERFACES_COM_O_CONHECIMENTO_DOS_PROFISSIONAIS_DE_SAUDE/links/5beef219a6fdcc3a8ddb749/UTILIZACAO-DE-EQUIPAMENTOS-DE-PROTECAO-INDIVIDUAL-INTERFACES-COM-O-CONHECIMENTO-DOS-PROFISSIONAIS-DE-SAUDE.pdf. Acesso em: 28 out 2020.

FERREIRA *et al.* Adesão às precauções padrão em um hospital de ensino. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 70, p. 96-103, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0138>. Acesso em 16 out. 2021.

FIX *et al.* Health care workers' perceptions and reported use of respiratory protective equipment: a qualitative analysis. **American journal of infection control**, v. 47, n. 10, p. 1162-1166, 2019. Disponível em: doi:10.1016/j.ajic.2019.04.174. Acesso em: 16 out. 2021.

GALLASCH *et al.* Prevention related to the occupational exposure of health professionals workers in the COVID-19 scenario. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 28, p. 49596, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2020.49596>. Acesso em: 25 out. 2021.

GANCZAK, M.; SZYCH, Z. Surgical nurses and compliance with personal protective equipment. **Journal of Hospital Infection**, v. 66, n. 4, p. 346-351, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2007.05.007>. Acesso em: 11 nov. 2021.

GARCIA *et al.* Utilização de equipamentos de proteção individual para atendimento de pacientes com covid-19: revisão de escopo. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 42, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200150>. Acesso em: 11 nov. 2021.

GARNER *et al.* Guideline for isolation precautions in hospitals. **Infection Control & Hospital Epidemiology**, v. 17, n. 1, p. 54-80, 1996. Disponível em: <https://doi.org/10.1086/647190>. Acesso em: 11 nov. 2021.

HESSELS, A. J.; WEAVER, S. H. Missed opportunities: The development and testing of standard precaution case vignettes. **Journal of infusion nursing: the official publication of the Infusion Nurses Society**, v. 42, n. 2, p. 70, 2019. Disponível em: doi:10.1097 / NAN.0000000000000314. Acesso em: 16 out. 2021.

HRDINOVÁ, N.; SAIBERTOVÁ, S.; POKORNÁ, A. The Use of Personal Protective Equipment in a Biosafety Level 2 Prospective Observational Study. **Critical Care Nursing Quarterly**, v. 44, n. 4, p. 403-412, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/CNQ.0000000000000377>. Acesso em: 11 nov. 2021.

LANDERS *et al.* Terms used for isolation practices by nurses at an academic medical center. **Journal of advanced nursing**, v. 66, n. 10, p. 2309-2319, 2010. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2974777/>. Acesso em: 16 out. 2021.

LIU *et al.* Use of personal protective equipment against coronavirus disease 2019 by healthcare professionals in Wuhan, China: cross sectional study. **Bmj**, v. 369, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmj.m2195>. Disponível em: 11 nov. 2021.

LUO *et al.* Factors impacting compliance with standard precautions in nursing, China. **International Journal of Infectious Diseases**, v. 14, n. 12, p. e1106-e1114, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2009.03.037>. Acesso em: 11 nov. 2021.

MAYS, N.; ROBERTS, E.; POPAY, J. Synthesising research evidence. In: **Studying the organisation and delivery of health services**. Routledge, 2004. p. 200-232. Disponível em: <https://researchonline.lshtm.ac.uk/id/eprint/15408>. Acesso em: 11 nov. 2021.

MORTADA *et al.* Preventive Behaviors Towards Covid-19 Pandemic Among Healthcare Providers in Saudi Arabia Using the Protection Motivation Theory. **Risk Management and Healthcare Policy**, v. 14, p. 685, 2021. Disponível em: doi: 10.2147/RMHP.S289837. Acesso em: 24 out. 2021.

NAFISAH *et al.* The risk of coronavirus to healthcare providers during aerosol-generating procedures: A systematic review and meta-analysis. **Annals of Thoracic Medicine**, v. 16, n. 2, p. 165, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.4103/atm.ATM_497_20. Acesso em: 07 out. 2021.

NEVES *et al.* The influence of interpersonal relationships in adherence to the use of Personal Protective Equipment. **Saúde & Transformação Social/Health & Social Change**, v. 2, n. 1, p. 84-93, 2011. Disponível em: <http://stat.necat.incubadora.ufsc.br/index.php/saudeettransformacao/article/view/512/666>. Acesso em: 25 out. 2021.

NICHOL *et al.* Behind the mask: determinants of nurse's adherence to facial protective equipment. **American journal of infection control**, v. 41, n. 1, p. 8-13, 2013. Disponível em: doi:10.1016/j.ajic.2011.12.018. Acesso em: 16 out. 2021.

OLIVEIRA *et al.* Gestão hospitalar de equipamentos de proteção individual no enfrentamento à pandemia covid19. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 3, p. 23814-23831, 2021. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/26030/20644>. Acesso em: 24 out. 2021.

OLIVEIRA, A.C.; PAULA, A.C. Monitoração da adesão à higienização das mãos: uma revisão de literatura. **Acta paulista de enfermagem**, v. 24, n. 3, p. 407-413, 2011. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/14278/12936>. Acesso em: 24 out. 2021.

OSHA (Washington). United States Department Of Labor (Us). **OSHA Technical Manual**. 2016. Disponível em: <https://www.osha.gov/otm>. Acesso em: 11 nov. 2021.

PAGE *et al.* The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. **BMJ**, v. 372, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>. Acesso em: 11 nov. 2021.

PETERS *et al.* Chapter 11: scoping reviews. **Jbi Manual For Evidence Synthesis**, [S.L.], 2020. JBI. <http://dx.doi.org/10.46658/jbimes-20-12>. Acesso em: 11 nov. 2021.

PRADO *et al.* Linking worker safety to patient safety: recommendations and bioethical issues for the care of patients in the covid-19 pandemic. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 30, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0535>. Acesso em: 11 nov. 2021.

PUSTIGLIONE *et al.* Tuberculose em trabalhadores de serviços de saúde: um problema a ser enfrentado. **Revista de Medicina**, v. 99, n. 1, p. 16-26, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v99i1p16-26>. Acesso em: 07 out. 2021.

ROZENBOJM *et al.* Hospital unit safety climate: relationship with nurses' adherence to recommended use of facial protective equipment. **American journal of infection control**, v. 43, n. 2, p. 115-120, 2015. doi:10.1016/j.ajic.2014.10.027. Acesso em: 16 out. 2021.

SANTOS *et al.* Work environment of hospital nurses during the COVID-19 pandemic in Brazil. **International Nursing Review**, v. 68, n. 2, p. 228-237, 2021. Disponível em: doi:10.1111/inr.12662. Acesso em: 16 out. 2021.

SILVA *et al.* Biosafety measures to prevent COVID-19 in healthcare professionals: an integrative review. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 75, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/3BwPGmTvxgnnNXpTZtsJTbJ/?lang=pt>. Acesso em: 30 set. 2021

SISSOLAK, D.; MARAIS, F.; MEHTAR, S. TB infection prevention and control experiences of South African nurses-a phenomenological study. **BMC public health**, v. 11, n. 1, p. 1-10, 2011. Disponível em: doi:10.1186/1471-2458-11-262. Acesso em: 16 out. 2021.

SOUSA, K. R.; MIRANDA, M. A. L. Percepção dos profissionais de enfermagem sobre o uso dos equipamentos de proteção individual na emergência. **Comunicação em Ciências da Saúde**, v. 32, n. 02, 2021. Disponível em: <http://www.escs.edu.br/revistaccs/index.php/comunicacaoemcienciasdasaude/article/view/797/496>. Acesso em: 24 out. 2021.

SOUZA *et al.* Avaliação de acidentes de trabalho com materiais biológicos em médicos residentes, acadêmicos e estagiários de um hospital-escola de Porto Alegre. **Revista brasileira de educação médica**, v. 36, p. 118-124, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022012000100016>. Acesso em: 06 out. 2021.

SULIMAN *et al.* Knowledge and practices of isolation precautions among nurses in Jordan. **American journal of infection control**, v. 46, n. 6, p. 680-684, 2018. Disponível em: doi: 10.1016/j.ajic.2017.09.023. Acesso em: 16 out. 2021.

SUWANTARAT, N.; APISARNTHANARAK, A. Risks to healthcare workers with emerging diseases: lessons from MERS-CoV, Ebola, SARS, and avian flu. **Current opinion in**

infectious diseases, v. 28, n. 4, p. 349-361, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/QCO.000000000000183>. Acesso em: 07 out. 2021.

TRICCO *et al.* PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): checklist and explanation. **Annals of internal medicine**, v. 169, n. 7, p. 467-473, 2018. Disponível em: doi: 10.7326/M18-0850. Acesso em: 11 nov. 2021.

TSAI *et al.* Precautionary practices of respiratory therapists and other health-care practitioners who administer aerosolized medications. **Respiratory care**, v. 60, n. 10, p. 1409-1417, 2015. Disponível em: doi: 10.4187/respcare.03817. Acesso em: 16 out. 2021.

VILLARINHO, M.V.; PADILHA, M. I.S.C. Risco ao acidente ocupacional no cuidado às pessoas internadas por HIV/AIDS, em Florianópolis-SC, Brasil (1986-2006). **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 4, n. 4, p. 689-699, 2014. Disponível em: Doi:10.5902/2179769212536. Acesso em: 16 out. 2021.

WHO. World Health Organization. Prevention of hospital-acquired infections: a practical guide. 2002. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/67350>. Acesso em: 11 nov. 2021.

WHO. World Health Organization. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. World Health Organization. 2009. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44203>. Acesso em: 11 nov. 2021.

YU, E. Occupational Exposure in Health Care Personnel to Antineoplastic Drugs and Initiation of Safe Handling in Hong Kong: A Literature Review. **Journal of Infusion Nursing**, v. 43, n. 3, p. 121-133, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/NAN.0000000000000361>. Disponível em: 11 nov. 2021.

MANUSCRITO 2: CRENÇAS RELACIONADAS SOBRE O USO DA MÁSCARA DE PROTEÇÃO RESPIRATÓRIA DOS ENFERMEIROS EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA COVID-19

RESUMO

Objetivo: Avaliar as crenças e elaborar um instrumento para mensuração das variáveis indiretas relacionadas à categoria comportamental sobre o uso correto da máscara de proteção respiratória entre os enfermeiros em uma Unidade de Terapia Intensiva em tempos de pandemia por COVID-19. **Método:** Estudo com abordagem qualitativa, do tipo descritivo, pautado pelo referencial teórico-metodológico da Teoria do Comportamento Planejado, com integração do Modelo de Crenças em Saúde. **Resultado:** A elaboração do instrumento foi realizada com base nas recomendações da teoria, as instruções foram baseadas nas orientações atuais do Ministério da Saúde, Conselho Regional e Federal em Enfermagem e *Centers for Disease Control and Prevention* para o uso da máscara de proteção respiratória, atribui-se a validade de face e de conteúdo por meio dos critérios de clareza, pertinência e abrangência de cada item, todos foram pontuados pelo IVC 1,0, exceto para instruções e para o comportamento quanto à clareza foi pontuado 0,8. A coleta foi realizada de agosto a setembro de 2021. Foi realizado pré-teste com cinco enfermeiros e a observação participante, posteriormente, o levantamento de crenças com dez enfermeiros atuantes nas Unidades de Terapia Intensiva. **Conclusão:** Quanto às comportamentais, reconheceu-se a proteção ao profissional, proteção ao paciente, proteção da equipe de saúde e de apoio, proteção dos familiares, reações físicas e reações psicológicas. Quanto às crenças normativas, os enfermeiros acreditam que os profissionais mais propensos a utilizarem a máscara de forma correta são respectivamente a equipe de enfermagem, todos os profissionais da assistência direta e fisioterapia e os menos propensos são os profissionais de outros setores e os médicos da UTI. Em relação às crenças de controle, referem que poderia ajudar a educação permanente, continuada, os materiais educativos, material de boa qualidade, disponibilidade de lixo infectante, identificar o saco de papel no armazenamento e liderança do enfermeiro, mas que poderia impedir as condições da máscara, falta de atenção, pressa, falta de equipamento e falta de conhecimento. Quanto às crenças do Modelo de Crenças em Saúde, as crenças de benefícios apresentaram resultados equivalentes às crenças comportamentais, em relação às crenças de susceptibilidade, os enfermeiros acreditam que o usar corretamente a máscara tornam as chances de contaminar-se por COVID-19 pequenas, mas que existem chances no armazenamento após o uso e, por fim, quanto às crenças de severidade, sentem culpa, ansiedade e frustração ao pensar em se contaminar pela doença durante a sua assistência direta o que traria consequências psicológicas e físicas para sua vida.

Descritores: Comportamento. Contenção de Riscos Biológicos. Enfermagem. Teoria Psicológica.

INTRODUÇÃO

A partir da declaração de pandemia pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em março de 2020 por COVID-19, discussões vêm sendo realizadas acerca da segurança dos profissionais durante a prestação de cuidados aos pacientes suspeitos ou confirmados com COVID. Principalmente no que se diz respeito ao uso dos Equipamentos de Proteção Individual (EPI), considerados como indispensáveis, tais como luvas de procedimentos, máscaras cirúrgicas, óculos de proteção, proteção facial (*face shield*), aventais e as máscaras de proteção

respiratória de classificação N95, peças faciais filtrantes (PFF2/PFF3) ou de padrão equivalente (WHO, 2020).

A máscara de proteção respiratória N95/PFF2/PFF3, objeto desta presente pesquisa, evita a inalação de patógenos suspensos no ar, que se depositam no trato respiratório e, assim, evitam o adoecimento dos profissionais (JONES *et al.*, 2020), quando utilizadas corretamente. Já o não uso correto desse EPI, implica ao profissional a exposição aos aerossóis durante a sua assistência, por meio dos procedimentos como a intubação, extubação, aspiração, ressuscitação cardiopulmonar, coletas de amostras nasofaríngeas, entre outros (WHO, 2020).

Procedimentos esses que estão presentes principalmente nas Unidades de Terapia Intensiva (UTIs), cenário deste estudo, onde se destina o atendimento dos pacientes críticos acometidos pela doença do COVID-19. Assim, protocolos nacionais e internacionais foram instituídos para o uso da máscara de proteção respiratória N95/PFF2/PFF3, a fim de assegurar a saúde e segurança ocupacional dos profissionais (WHO 2020, BRASIL, 2020a).

Dos profissionais que compõem as UTIs, os enfermeiros desempenham o papel de assistir e cuidar do paciente 24 horas por dia (OLIVEIRA *et al.*, 2021a). Logo, compreende-se que esses profissionais se expõem mais ao risco e fazem maior tempo do uso da máscara.

A partir da necessidade da máscara N95/PFF2/PFF3 nos serviços, estudos vêm sendo realizados de forma que possam esclarecer sobre seu uso, no que diz respeito à eficácia dos materiais (BARYCKA *et al.*, 2020), a reutilização (JIANG *et al.*, 2021a), a gestão dos recursos (OLIVEIRA *et al.*, 2021b), bem como as lesões por pressão por dispositivo médico ocasionado pela máscara (JIANG *et al.*, 2021b), sobre a adesão às medidas de biossegurança nas UTIs pela equipe de enfermagem (COSTA *et al.*, 2020), mas poucos abordam as crenças dos profissionais de saúde sobre o uso desse EPI, ainda, durante a assistência ao paciente suspeito ou confirmado por COVID-19.

Reconhecendo essa lacuna, propõe-se a utilização do referencial teórico-metodológico Teoria do Comportamento Planejado (TCP) (*Theory Behavior Planned*), considerada como uma teoria de predição de adoção de um comportamento volitivo em que depende da intenção. Esta perpassa às crenças, sendo as crenças comportamentais, normativas e de controle.

Respectivamente, as crenças comportamentais permeiam às consequências positivas ou negativas que poderiam ocorrer ao adotar um comportamento, as crenças normativas

apresentam-se a relação pessoal e subjetiva da opinião de pessoas ou grupo de pessoas importantes para o indivíduo para a adoção do comportamento e as crenças de controle abordam a probabilidade em que um fator pode facilitar ou prejudicar a adoção de um comportamento (GODIN, 2019).

Como tratam-se de profissionais de saúde, os enfermeiros, representam um papel histórico na educação frente a biossegurança e controle de infecções, somado neste caso, a atuação em um setor crítico em tempos de pandemia. Assim, percebeu-se a necessidade de integrar o Modelo de Crenças em Saúde (MCS) (*Health Belief Model*) o qual permite identificar as crenças de susceptibilidade percebida, crenças de severidade da doença e crenças de benefício percebido em adotar o comportamento (ABRAHAM; SHEERAN, 2015), neste caso, sobre do uso correto da máscara de proteção respiratória pelos enfermeiros nas UTIs.

A partir dessa premissa, questiona-se: Quais são as crenças salientes para mensuração da categoria comportamental do uso da máscara de proteção respiratória pelos enfermeiros em uma unidade de terapia intensiva em tempos de pandemia por COVID-19?

Para isso, objetivou-se avaliar as crenças e elaborar um instrumento para mensuração das variáveis indiretas relacionadas à categoria comportamental sobre o uso correto da máscara de proteção respiratória entre os enfermeiros em uma Unidade de Terapia Intensiva em tempos de pandemia por COVID-19.

MÉTODO

Estudo com abordagem qualitativa, do tipo descritiva, pautada pelo referencial teórico-metodológico da Teoria do Comportamento Planejado - TCP (*Theory Behavior Planned*) proposta por Ajzen (AJZEN, 1985), o qual permite a operacionalização dos construtos por meio de etapas para a elaboração de um questionário para levantamento das crenças.

Godin (2019) traz etapas para a elaboração desse instrumento, as quais são apresentadas, para fins didáticos, em sete etapas, sendo, 1) definir os objetivos de aquilo que deve ser mensurado; 2) definir o comportamento em estudo (ação, alvo, contexto e tempo); 3) definir a população-alvo e suas características; 4) determinar o modo de administração; 5) realizar a parte qualitativa para elaboração das variáveis indiretas. As etapas 6 e 7 para a elaboração de um

questionário referem-se à administração e avaliação quantitativa dos construtos, e, portanto, não condiz com os objetivos da presente pesquisa.

Na primeira fase de definição dos objetivos, o pressuposto da TCP propõe a descrição em si dos objetivos visados, sendo a intenção e/ou comportamento ou os construtos diretos e indiretos, como identificar os determinantes do comportamento, através das crenças comportamentais (divididas em gerais, instrumentais e experienciais), normativas e de controle. Neste presente estudo, o processo de identificar as crenças ocorre pelos constructos indiretos, em que se procede por meio do levantamento de crenças.

A segunda fase designa-se definir o comportamento, sendo realizada pela definição da ação, alvo, tempo e contexto (FISHBEIN; AJZEN, 2010). Segundo os estudos de Ajzen e as recomendações de Godin (2019), quanto mais especificado o comportamento, maior será a sua predição sobre ele. No presente estudo, o comportamento definido foi: “usar corretamente a (ação) máscara de proteção respiratória (alvo) pelos enfermeiros durante a assistência direta nos próximos 30 dias (tempo) a todos os pacientes suspeitos ou confirmados com COVID-19 (contexto)”.

Para o uso correto deste EPI, compreende-se que se tratam de várias ações, sendo reconhecidas como uma categoria comportamental. Para isto, fez-se necessário resgatar os critérios exigidos pelos órgãos responsáveis pela determinação do uso correto desse EPI, como os protocolos nacionais e internacionais divulgados pelos Conselhos Federais e Regionais de Enfermagem, Ministério da Saúde e *Centers for Disease Control and Preventions (Centro de Controle e Prevenção de Infecções - CDC)* (BRASIL, 2020a; BRASIL, 2020b; CDC, 2020, COFEN, 2020).

A partir desse resgate, realizou-se a descrição das ações que englobam o uso da máscara de proteção respiratória N95/PFF2/PFF3, sendo: preparativos antes de colocar a máscara (como prender o cabelo, retirar adornos, higienizar as mãos e antebraços, abrir o pacote), a paramentação propriamente dita, os cuidados durante o uso, os cuidados durante o uso em situação de escassez, a desparamentação, armazenamento e o descarte.

Para determinar a população-alvo e suas características, no caso, enfermeiros, procedeu-se ao resgate teórico da literatura sobre o uso dos EPIs, a fim de compreender o contexto em que esses profissionais estão inseridos. Esse processo foi mediado pelo conhecimento anterior

dos protocolos nacionais e internacionais como também mediante a elaboração de uma revisão de escopo sobre o uso dos EPIs na assistência direta no âmbito hospitalar.

Quanto à quarta fase, estabelece-se a determinação da administração do instrumento construído, sendo articuladas as seguintes etapas: 1) a elaboração e validação do instrumento por juízes, de forma que possa garantir o rigor teórico-metodológico da elaboração do instrumento e, 2) o levantamento das crenças dos enfermeiros atuantes nas UTIs COVID por meio deste instrumento. Ajzen também recomenda a administração de um questionário sociodemográfico da população-alvo de forma que possa identificar os fatores que permeiam o “plano de fundo”.

A quinta fase, em que se trata da condução da parte qualitativa, é subdividida na formulação dos itens e composição do instrumento para identificar as crenças salientes, pré-teste do instrumento, administração do instrumento, análise de conteúdo das crenças salientes, identificação das crenças salientes e, por fim, a formulação dos itens para mensurar as variáveis indiretas.

A quinta fase iniciou-se com a elaboração do instrumento. Para isto, seguiu-se o modelo disponibilizado por Ajzen na sua página na *internet* (AJZEN, 2019), adequando aos elementos do comportamento abordados anteriormente. Quanto à validação, essa foi realizada por um comitê de juízes, os quais procederam a avaliação dos critérios de clareza, pertinência e abrangência dos itens do instrumento de levantamento de crenças (validação de face e conteúdo), como também validação de face do questionário sociodemográfico a partir do critério clareza.

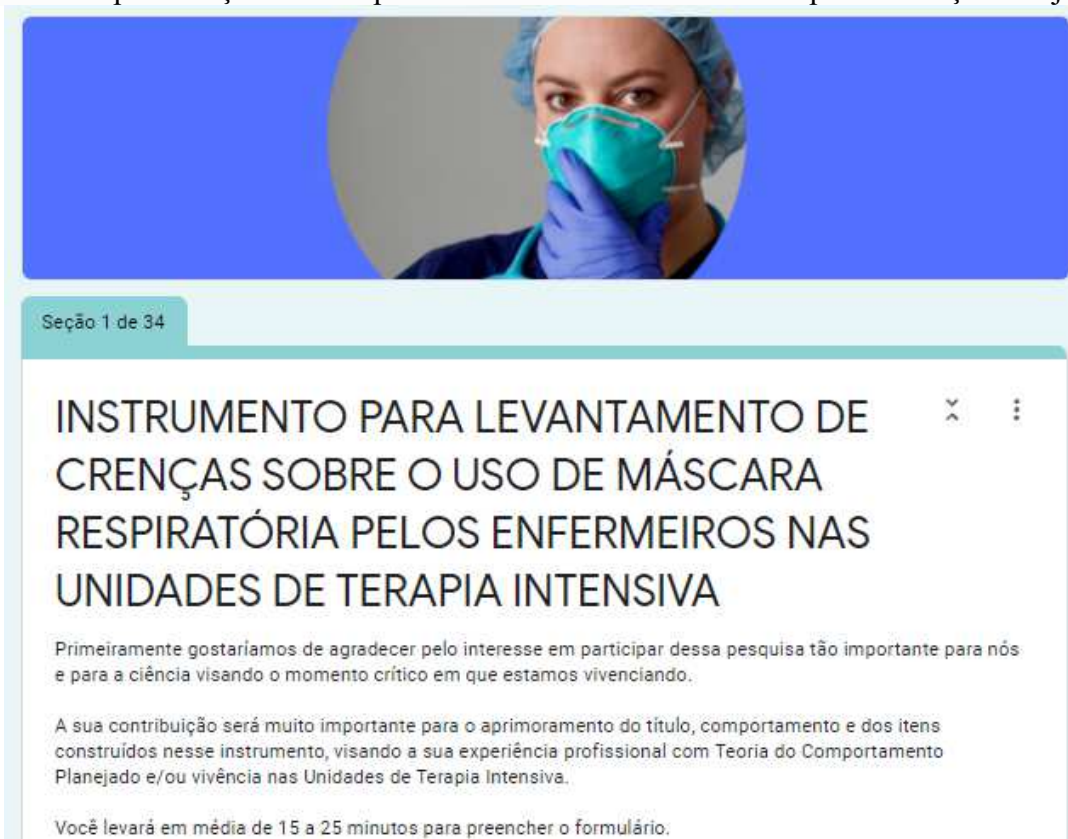
Para composição do comitê de juízes, foi realizada a amostragem do tipo intencional, a qual permite ao pesquisador determinar o perfil para pertencer a amostra (BRASIL, 2020c). Assim, elegeu-se perfil/critério de inclusão: profissionais de saúde que fossem expertise nos aspectos do uso de EPIs na saúde, como pessoas de comitês de segurança do paciente e/ou do profissional, expertises com a elaboração e validação de instrumento, como também outros profissionais da área do conhecimento que trabalham com a TCP; enfermeiros atuantes no cenário da prática. Quanto aos critérios de exclusão, estabeleceu-se a não participação do juiz no segundo momento da pesquisa, caso essa fosse realizada.

Os juízes foram convidados via e-mail pelas pesquisadoras por meio do encaminhamento de uma carta convite informando o objetivo da elaboração e validação do

instrumento e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), com prazo de sete dias para confirmação da participação no processo de validação. Foram realizados doze convites, cinco não responderam e dois se recusaram a participar, compondo o comitê de juízes cinco enfermeiros.

Após aceite manifestado pela assinatura do TCLE, foi encaminhado um documento no formulário *Google Docs*, em que se apresentou didaticamente, em partes: caracterização dos juízes, apresentação dos critérios para avaliação do instrumento, definindo a clareza, pertinência e abrangência, bem como as opções de respostas. Sendo estas, recomendadas por Pasquali (2013) para a clareza, abrangência e pertinência: 1- Definitivamente não claro/abrangente/pertinente, 2- Não claro/abrangente/pertinente, 3- Claro/abrangente/pertinente e, 4- Definitivamente claro/abrangente/pertinente. No final do formulário, identificada a disponibilidade dos juízes em participar do grupo focal. Na Figura 1 abaixo, apresenta-se um registro do formulário encaminhado.

Figura 1 - Apresentação de uma parte do formulário encaminhado para avaliação dos juízes.



The image shows a screenshot of a Google Docs form. At the top, there is a header image of a healthcare worker in a blue scrubs, mask, and cap. Below the image, the text reads: 'Seção 1 de 34'. The main title of the form is 'INSTRUMENTO PARA LEVANTAMENTO DE CRENÇAS SOBRE O USO DE MÁSCARA RESPIRATÓRIA PELOS ENFERMEIROS NAS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA'. Below the title, there is a paragraph of introductory text: 'Primeiramente gostaríamos de agradecer pelo interesse em participar dessa pesquisa tão importante para nós e para a ciência visando o momento crítico em que estamos vivenciando.' Another paragraph follows: 'A sua contribuição será muito importante para o aprimoramento do título, comportamento e dos itens construídos nesse instrumento, visando a sua experiência profissional com Teoria do Comportamento Planejado e/ou vivência nas Unidades de Terapia Intensiva.' At the bottom, it states: 'Você levará em média de 15 a 25 minutos para preencher o formulário.'

Fonte: Resultados da presente pesquisa (2021).

Após validação do instrumento pelos juízes, considerou-se a realização do pré-teste, o qual é considerado por Godin (2019) como uma etapa para verificar o seu nível de compreensão

do instrumento, como também detectar outros problemas antes de realizar a sua versão final. Esse processo foi conduzido com base em Campanelli (2008). As pesquisadoras leram em voz alta as instruções do instrumento e tentaram responder às questões. Ainda, foi solicitado a um outro pesquisador que respondesse às perguntas. Entretanto, não foi realizada qualquer alteração. Posteriormente, administrou-se o instrumento para uma amostra que se aproxime dos respondentes-alvo. Nesta situação, foi realizada a entrevista cognitiva.

Para a entrevista cognitiva foram consultadas as orientações realizadas na literatura pelos autores Campanelli (2008) e o guia disponível de Willis (2005), que recomendam duas técnicas de entrevista cognitiva: pensamento alto e a sondagem verbal. O pensamento alto foi articulado para estimular o participante a falar sobre o que estava pensando em voz alta e a sondagem verbal tratou-se de abordar o participante no final da entrevista com as seguintes perguntas: “Como foi para você responder as perguntas?” e “Foi fácil ou difícil responder essas perguntas?”.

Para a coleta de dados do pré-teste foi elegida uma amostra dos enfermeiros que já atuaram nas UTIs COVID-19 no decorrer da pandemia, esses foram abordados no local de estudo (UTI Geral), convidando-os para participar da pesquisa. A entrevista foi gravada e realizada em um local privativo na unidade, explicou-se os objetivos da pesquisa e solicitou-se a assinatura do TCLE. Após o pré-teste, identificou-se o que poderia ser melhorado quanto ao instrumento de levantamento de crenças, questionário sociodemográfico e a condução da entrevista, bem como avaliado as respostas emitidas pelos participantes.

Durante o período de coleta, oportunizou-se a realização da Observação Participante em que o pesquisador realiza a observação do grupo ou contexto com um envolvimento mínimo (MARIETTO, 2018), considerando como um momento para identificar o uso da máscara de proteção respiratória durante a assistência direta ao paciente suspeito ou confirmado com COVID-19. Por conta da deficiência nos suprimentos dos EPIs na literatura, principalmente a máscara de proteção respiratória (OMS, 2020), procurou-se identificar a disponibilidade deste EPI com os responsáveis pela aquisição desses equipamentos no setor.

Para proceder à análise e identificação das crenças salientes, considerou-se aquelas que foram mencionadas com maior frequência, até atingir pelo menos 75% recomendado pela literatura (GODIN, 2019). A partir deste levantamento, subsidia-se a elaboração do instrumento para mensurar as variáveis indiretas.

Importante ressaltar que as entrevistas do pré-teste e levantamento de crenças foram gravadas pelo celular da pesquisadora e transcritas no computador pessoal. A pesquisa teve

início após a aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) sob o CAAE nº 42920621.5.0000.0121 e, assim, seguiu os preceitos éticos da Resolução nº 466 de dezembro de 2016. Dessa forma, os participantes foram identificados por meio de codinomes a depender da ordem da entrevista, sendo J (juízes), identificados por J1, J2, J3 (...), sendo P (pré-teste) representados por P1, P2, P3 (...) e E (enfermeiros) por E1, E2, E3 (...).

RESULTADOS

Elaboração e validação do instrumento para levantamento de crenças relacionadas ao uso da máscara de proteção respiratória

A partir do cumprimento das três primeiras fases para a elaboração do instrumento, este foi submetido ao comitê de juízes, o qual foi composto por cinco juízes. Quanto à caracterização e formação dessa amostra, apresenta-se:

Juiz 01: Enfermeira, pós-doutorado em enfermagem, tempo de atuação com a TCP entre 11 e 15 anos, atuou em UTI entre 1 e 5 anos, ocupação atual voltada ao ensino e pesquisa em universidade pública;

Juiz 02: Enfermeira, pós-doutorado em enfermagem, tempo de atuação com a TCP entre 16 e 20 anos, atuou em UTI entre 1 e 5 anos, ocupação atual voltada ao ensino e pesquisa em universidade pública;

Juiz 03: Enfermeira, doutora em enfermagem, tempo de atuação com a TCP entre 6 e 10 anos, nunca atuou em UTI, ocupação atual voltada ao ensino e pesquisa em universidade pública;

Juiz 04: Enfermeiro, mestre em enfermagem, não atua com a TCP, atuou entre 11 e 15 anos em UTI, ocupação atual voltada à assistência, ensino e pesquisa em universidade privada e hospital público;

Juiz 05: Enfermeira, mestre em enfermagem, não atua com a TCP, atuou entre 11 e 15 anos em UTI, ocupação atual voltada ao ensino, pesquisa e gestão em universidade e clínica médica privada.

No que diz respeito à validação dos instrumentos, procedeu-se a avaliação dos critérios de clareza do layout, redação e título do instrumento de levantamento de crenças, em que foi atribuído o Índice de Validade de Conteúdo (IVC), conforme demonstrado na Tabela 1:

Tabela 1 - Índice de Validade de Conteúdo (IVC) relacionado a avaliação dos critérios de clareza (cla) do layout, redação e título do instrumento de levantamento de crenças.
Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2021.

Item	Juiz 1	Juiz 2	Juiz 3	Juiz 4	Juiz 5	IVC
	cla	cla	Cla	cla	cla	
Layout	4	3	4	4	4	1
Redação	4	3	4	4	4	1
Título	3	4	4	4	4	1

Fonte: Dados da presente pesquisa (2021).

Avaliou-se também a validade de face e de conteúdo por meio dos critérios de clareza, pertinência e abrangência para cada item do instrumento de levantamento de crenças, e de clareza do questionário sociodemográfico, conforme apresenta-se no Tabela 2:

Tabela 2 - Índice de Validade de Conteúdo (IVC) relacionado à avaliação dos critérios de clareza (cla), pertinência (per) e abrangência (abr) dos itens do instrumento de levantamento de crenças e clareza (cla) do questionário sociodemográfico. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2021.

Item	Juiz 1			Juiz 2			Juiz 3			Juiz 4			Juiz 5			IVC		
	cla	per	abr	cla	per	abr	cla	per	abr	cla	per	abr	cla	per	abr	cla	per	abr
Instruções	4	4	4	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	0,8	1	1
Comportamento	3	4	4	2	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	0,8	1	1
Crenças Gerais em relação ao comportamento	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	1	1	1
1	4	4		4	4		4	4		4	4		4	4		1	1	
2	4	4		4	4		4	4		4	4		4	4		1		
3	4	4		4	4		4	4		4	4		4	4		1	1	
4	4	4		4	4		4	4		4	4		4	4		1	1	
5	4	4		4	4		4	4		4	4		4	4		1	1	
Crenças Comportamentais Instrumentais	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	1	1	1
1	4	4		3	4		4	4		4	4		4	4		1	1	
2	4	4		3	4		4	4		4	4		4	4		1	1	
Crenças Comportamentais Experienciais	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	1	1	1
1	4	4		3	4		4	4		4	4		4	4		1	1	
2	4	4		3	4		4	4		4	4		4	4		1	1	
Crenças Normativas	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	1	1	1
1	4	4		4	4		4	4		4	4		4	4		1	1	
2	4	4		3	4		4	4		4	4		3	3		1	1	

(Continua)

(Continuação)																	
3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	1	1			
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	1	1			
5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	1	1			
Crenças do Controle Percebido	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	1	1	1
1	4	4	3	4	4	4	4	3	3	4	4	1	1				
2	4	4	3	4	3	4	4	4	4	4	4	1	1				
Crenças da Severidade da Doença	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	1	1	1
1	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	1	1				
2	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	1	1				
CARACTERIZAÇÃO																	
1	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	1	1			
2	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	1	1			
1	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	1	1	1
1	4	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	1	1	1
Identificação	4		4		3		4		4		1						
Moradia	4		4		3		4		4		1						
Transporte utilizado para deslocamento	4		4		4		4		4		1						
Renda Familiar Mensal	4		4		4		4		3		1						
Escolaridade	4		4		3		4		3		1						
Experiência Profissional	4		4		4		4		4		1						
Atuação Profissional	4		4		3		4		4		1						
Itens que compõem COVID-19	4		4		4		4		4		1						

Fonte: Dados da presente pesquisa (2021).

A partir desta avaliação, os juízes sugeriram mudanças no instrumento, as quais são apresentadas a seguir no Quadro 1.

Quadro 1 - Versão inicial e final do instrumento para o levantamento de crenças relacionadas ao comportamento de aderir o uso da máscara de proteção respiratória.

Inicial	Avaliação dos juízes	Final
TÍTULO		
Instrumento para levantamento de crenças sobre o uso de máscara respiratória pelos enfermeiros nas unidades de terapia intensiva	Sugiro usar "(...) crenças relacionadas ao uso..." (J1)	Instrumento para levantamento de crenças relacionadas ao uso de máscara respiratória pelos enfermeiros nas unidades de terapia intensiva
REDAÇÃO		
	<p>“Definir seu comportamento alvo inserindo a palavra "corretamente". Exemplo: "utilizar corretamente a máscara de proteção respiratória N95/PFF2/PFF3 durante a assistência direta a todos os pacientes suspeitos ou confirmados com COVID-19, em um plantão de 12 horas, e em todos os plantões nos próximos 30 dias." (J2)</p> <p>Acrescentar a palavra "corretamente", para manter a mesma redação em todos os itens. Sugiro isso para todos os demais itens a seguir. (J2)</p>	Acrescida a palavra corretamente nos comportamentos e nos itens que abordam sobre o comportamento.
INSTRUÇÕES		
As questões que seguem foram elaboradas para avaliar suas crenças sobre um comportamento saudável. É importante ressaltar que não há respostas certas e erradas. Dessa forma, solicitamos que você seja sincero com as suas respostas, visto que estas não serão utilizadas para fins de julgamento ou exposição.	<p>Sugiro: "As questões que seguem foram elaboradas para avaliar suas crenças sobre o comportamento de uso da máscara respiratória na sua atuação enquanto enfermeiro. É importante ressaltar que não há respostas certas e erradas. Dessa forma, solicitamos que você seja sincero com as suas respostas, visto que estas não serão utilizadas para fins de julgamento ou exposição." (J2)</p> <p>“Sugiro que ao final da explicação de todos os cuidados, você retome e defina novamente o comportamento. Exemplo: Desta forma, as questões a seguir se referem ao comportamento de "utilizar corretamente a máscara de proteção respiratória N95/PFF2/PFF3 durante a assistência direta a todos os pacientes suspeitos ou confirmados com COVID-19, em um plantão de 12 horas, e em todos os plantões nos próximos 30 dias". (J2)</p>	<p>As questões que seguem foram elaboradas para avaliar suas crenças sobre o comportamento de uso da máscara respiratória na sua atuação enquanto enfermeiro. É importante ressaltar que não há respostas certas e erradas. Dessa forma, solicitamos que você seja sincero com as suas respostas, visto que estas não serão utilizadas para fins de julgamento ou exposição.</p> <p>Ao final da explicação, foi inserida a sugestão sobre a definição do comportamento, como segue: Desta forma, as questões a seguir se referem ao comportamento de "utilizar corretamente a máscara de proteção respiratória N95/PFF2/PFF3 durante a assistência direta a todos os pacientes suspeitos ou confirmados com COVID-19, em um plantão de 12 horas, e em todos os plantões nos próximos 30 dias".</p> <p>(Continua)</p>

COMPORTAMENTO		
Utilização da máscara de proteção respiratória N95/PFF2/PFF3 durante a assistência direta a todos os pacientes suspeitos ou confirmados com COVID-19, em um plantão de 12 horas, e em todos os plantões nos próximos 30 dias.	Sugiro o comportamento: "utilizar corretamente a máscara de proteção respiratória N95/PFF2/PFF3 durante a assistência direta a todos os pacientes suspeitos ou confirmados com COVID-19, em um plantão de 12 horas, e em todos os plantões nos próximos 30 dias" (J2) "em um plantão de 12 horas" não deixa claro se faz referência a um plantão passado ou a um plantão que irá ocorrer nos próximos 30 dias. Sugiro descrever com um pouco mais de detalhes a referência ao plantão de 12 horas. (J3)	Utilizar corretamente a máscara de proteção respiratória N95/PFF2/PFF3 durante a assistência direta a todos os pacientes suspeitos ou confirmados com COVID-19, em todos os plantões de 12 horas nos próximos 30 dias.
ITENS		
	Sugiro apresentar os itens para mensurar as crenças gerais do comportamento na mesma ordem em que os respectivos temas são apresentados no material - apenas inverter a ordem de um dos dois materiais (cartilha ou instrumento de medida das crenças). (J3)	Atendida essa sugestão com a mudança da ordem.
	Realizar a correção da concordância gramatical: "entre os profissionais que você conhece que usaM a máscara de proteção respiratória" (J3)	3. Às vezes, quando não temos certeza do que fazer, olhamos para ver o que os outros profissionais estão fazendo. Em sua opinião, entre os profissionais que você conhece que usam a máscara de proteção respiratória (N95/PFF2/PFF3) durante a assistência direta a todos os pacientes suspeitos ou confirmados com COVID-19, quais são aquelas que provavelmente a utilizariam corretamente em um plantão 12 horas e em todos os plantões durante os próximos 30 dias?
	Inserir os termos entre parênteses como no item anterior: "(gestos, ações, condições, situações, etc)" (J3)	O que poderia impedi-lo(a) (gestos, ações, condições, situações, etc) em utilizar corretamente a máscara de proteção respiratória (N95/PFF2/PFF3) durante a assistência direta a todos os pacientes suspeitos ou confirmados com COVID-19, em todos os plantões de 12 horas nos próximos 30 dias?
	Sugiro colocar entre parênteses quais aspectos da vida podem ser inseridos (profissional, pessoal, formação, etc) (J3).	Quais são as consequências para a sua vida (profissional, pessoal, formação, etc) se você se contaminar por COVID-19 ao prestar assistência direta aos pacientes suspeitos ou confirmados com essa doença, em um plantão de 12 horas e em todos os plantões nos próximos dias? Por quê?
	Descrever o teste de vedação na primeira vez em que ele é citado, no item: CUIDADOS DURANTE O USO DA MÁSCARA DE PROTEÇÃO RESPIRATÓRIA (N95/PFF2/PFF3) DE FORMA PROLONGADA EM SITUAÇÃO DE ESCASSEZ (J3)	O teste de vedação foi informado pela primeira vez em CUIDADOS PARA PARAMENTAÇÃO DA MÁSCARA DE PROTEÇÃO RESPIRATÓRIA.

Das sugestões que foram acatadas, exceto uma, por não se destinar ao instrumento de levantamento de crenças e sim, para o instrumento de avaliação de juízes. Quanto às sugestões sobre o questionário sociodemográfico dos enfermeiros, apresentam-se no Quadro 2 a seguir.

Quadro 2 - Versão inicial e final do questionário sociodemográfico dos enfermeiros.

Inicial	Avaliação dos juízes	Final
	Sugiro trocar Raça por cor, conforme IBGE; (J3) Adicionar o termo "principal" antes de Sistema de saúde utilizado ou a opção "ambos" como resposta. (J3)	Cor () Branco(a) () Negro(a) () Pardo(a) () Indígena(a) () Amarelo(a) Sistema de saúde utilizado () Principal () Suplementar () Ambos
	Sugiro inserir a observação se a contagem de pessoas inclui o entrevistado ou não (J3)	Moradia (incluindo você)
	No tempo de formação, as opções 1, 3, 5 e 10 podem ser respondidas em mais de uma alternativa, podendo comprometer a variável. Sugiro rever as respostas sem incluir esses tempos citados em mais de uma opção de resposta. (J3)	Tempo de formação da graduação () menos de 1 ano () 1 a 3 anos () 3 a 5 anos () 5 a 10 anos () 10 a 20 anos () Mais de 20 anos
	Sugiro inserir uma questão de tempo de atuação em UTI. Talvez seja um fator moderador da relação crenças-comportamento. (J2)	Quanto tempo você atua nas Unidades de Terapia Intensiva? () Menos de 1 ano () 1 a 3 anos () 3 a 5 anos () 5 a 10 anos () 10 a 20 anos () Mais de 20 anos
Você recebeu algum treinamento específico para situações de COVID-19?	Deixar claro se a questão "Você recebeu algum treinamento específico para situações de COVID-19?" se refere ao treinamento na instituição em que o enfermeiro atua. (J3)	Você recebeu algum treinamento específico para situações de COVID-19 na instituição em que você atua?

Fonte: Elaborado pelas autoras com base nas sugestões referidas pelos juízes (2021).

Após a correção do instrumento com as sugestões realizadas pelos juízes e cálculo do IVC, o instrumento e o questionário foram encaminhados novamente para o comitê para conhecimento. Considerando que o cálculo do IVC foi satisfatório, não houve necessidade de realizar o grupo focal.

Pré-teste

Foi explanado qual seria o comportamento, para que pudessem remeter à sua memória de como seria esse processo durante a sua prática, estimando que seria no período em um plantão de 12 horas, e em todos os plantões nos próximos 30 dias. Foi realizada a leitura de todo o instrumento no que diz respeito ao que se é recomendado.

Neste processo, também simulou-se como seria a entrevista no local, apresentando o instrumento plastificado na mesa para que os participantes pudessem visualizar o que seria preconizado quantos aos cuidados antes da paramentação, cuidados para paramentação, cuidados durante o uso, cuidados durante o uso em situação de escassez (maior número de vezes do que orientado pelo fabricante), cuidados com o armazenamento, cuidados com o reuso e os cuidados para o descarte, reconhecendo a quantidade de informações que seriam expostas ao participante, presumindo que a identificação visual, além da verbal, poderia favorecer a sua compreensão do comportamento.

Identificou-se a importância de realizar a leitura na íntegra com o participante sobre orientações do instrumento, pois, ao realizar a leitura, esses poderiam estar retomando na sua memória a rotina de trabalho, como apresentado nas falas:

Doze ou oito horas, desculpa? [...] que deveria ser feito a troca da máscara, isso é uma recomendação? [...] Em um plantão de 12 horas eu teria que trocar uma vez então. Essa orientação da troca da máscara no meio do plantão não nos foi comunicada (P2).

Após isso, foi explanado sobre o comportamento proposto e explicado para retomar a sua memória a rotina na UTI frente ao uso da máscara de proteção respiratória.

Identificou-se a importância de respeitar o tempo de resposta do participante após a emissão da pergunta, proporcionar um ambiente calmo e conduzir as perguntas de forma tranquila, uma vez que esse ainda está no seu ambiente de trabalho. Quando percebida uma demora para responder, um momento mais longo de pensamento que poderia indicar uma

dificuldade para responder, a pesquisa acrescentava: “*Pense alto*” e “*Conte-me o que você está pensando*”.

Essa técnica foi utilizada nas perguntas de crenças gerais, em que identificou-se que os participantes percebiam “o que significa para você” como “seguir as normas que você apresentou anteriormente”. Assim, como sondagem verbal utilizou-se a reformulação da pergunta para “como seria para você?”.

Durante o pré-teste identificou-se perguntas como “*pode ser pessoal?*” para responder como realmente se sentiam quando questionados sobre as desvantagens do uso da máscara. Também identificou-se a proximidade das respostas em relação ao que seria “vantagens/desvantagens” e “agrada/desagrada”. Contudo, mantiveram-se essas perguntas, pois compreendeu-se como mais uma oportunidade de retornar a sua memória, podendo identificar possíveis crenças diferentes.

Houve a necessidade de repetir pelo menos duas vezes cada pergunta, considerando que sua estrutura se tornou grande, principalmente sobre as crenças normativas, em que antes de realizar a pergunta, existe uma abordagem anterior. Como trata-se de um modelo da teoria proposto pelo autor, foi explicado para os participantes que as perguntas têm um formato repetitivo, mas isso é em razão do modelo da teoria aplicada, bem como de contemplar a proposta do comportamento pretendido.

De forma que pudesse tornar o pré-teste fluido, após explanar a pergunta sobre as vantagens, interrogava-se “*e as desvantagens?*”

Quando questionados sobre a experiência de responder às perguntas, os participantes trouxeram sobre sentimentos de proteção e um momento de reflexão.

Eu entendi as perguntas, mas parece, não sei se as minhas respostas estão erradas ou não, mas parece que ficou repetitivo porque eu só consigo pensar em proteção... proteção. Como você se sente?! protegida. (P1).

Achei bem interessante, achei bem válido saber qual a nossa realidade, como a gente se sente no uso das máscaras[...] (P2).

Sobre as perguntas, os participantes descreveram que era “tranquilo”, mas que o tamanho poderia ter influenciado em esquecer o que se estava perguntando, que eram subjetivas e que as respostas pareciam redundantes.

Foi fácil, bem tranquilo [...] É que às vezes quando é muito comprido, daí vai indo, vai indo, vai indo... aí ah, esqueci o começo (P3).

Achei tranquilo. Algumas perguntas são muito subjetivas, mas é porque é complicado também, é um tema difícil. É difícil falar de algo que não é inerente a mim, as outras categorias, dos outros colegas, que são coisas muito particulares[...] Algumas respostas ficam redundantes porque uma coisa se liga a outra (P4).

Olha, tem algumas perguntas assim... que eu achei que se repetiu a resposta (P5).

O tempo do pré-teste foi no mínimo de 18:57 minutos e máximo de 35:38 minutos, o menor tempo foi do primeiro pré-teste realizado.

Observação participante

No primeiro momento, identificou-se a disponibilidade das máscaras e viu-se que os profissionais têm livre acesso para retirar novos EPIs, não foi argumentado falta em nenhum momento da pandemia para esses profissionais. São disponibilizados dois modelos a conhecer:

-Respirador Descartável Aura TM 9320+BR, disponibilizados aos profissionais dentro do prazo de validade, em pacote fechado e íntegro. Quanto às orientações presentes na embalagem condizentes com o cenário de estudos: não deve ser utilizado pelo usuário que tiver barba ou outras formas de pelo facial, ou sob condições que venham a impedir a vedação entre o rosto e as bordas do respirador, como por exemplo cicatrizes. Quanto às limitações de tempo de uso: se o respirador estiver danificado, sujo ou a respiração se tornar difícil, abandone a área contaminada e descarte o respirador. Armazenagem, transporte e guarda: manter em local arejado, limpo e seco, evitando a exposição a umidade e contaminantes.

-Máscara de Proteção Respiratória PFF-2 (S) como alternativa aos profissionais que têm dificuldade em ajustar a máscara de proteção respiratória abordada anteriormente no rosto. O fabricante orienta para conservação do produto: não sujar a parte interna do respirador, manusear pela parte externa. Quando não estiver em uso, armazenar o respirador em local distante de áreas contaminadas. Não deve ser colocado no pescoço, cotovelo ou na cabeça. Após

o uso, guarde-o na embalagem plástica em lugar limpo e seco. Também não recomenda o uso por usuário com barba ou com incapacidade de vedação no rosto.

Quanto ao limite de tempo de uso, se o respirador estiver danificado, sujo ou a respiração se tornar difícil, abandone a área contaminada e descarte o respirador. Quando utilizado no controle da exposição ocupacional a patógenos transmitidos por contato, recomenda-se o descarte do produto imediatamente após cada uso. Quanto ao armazenamento, transporte e guarda, é orientado manter em local arejado, limpo e seco. Os demais achados da observação participantes serão abordados no tópico a seguir.

Levantamento das crenças

Estava previsto realizar a coleta de dados com 12 enfermeiros, no entanto, um participante recusou-se a participar da pesquisa e, no outro, ocorreu uma falha técnica no áudio. Quando contactado novamente, o participante não quis dar continuidade. Sendo assim a amostra (Tabela 3), foi composta por dez enfermeiros, em sua maioria do sexo feminino, com média de idade 42,1 (D.P.= 4,77), mínimo de 36 e máximo de 49 anos.

Tabela 3 - Caracterização sociodemográfica e de precaução dos enfermeiros atuantes em um Hospital Universitário do Sul do Brasil (n=10). Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2021.

VARIÁVEIS	n (%)
Sexo	
Feminino	7 (70%)
Masculino	3 (30%)
Estado Civil	
Casada (o) ou em uma união consensual	8 (80%)
Solteira (o) ou separada (o)	2 (20%)
Cor (autodeclarada)	
Branca (o)	5 (50%)
Negra (o)	2 (20%)
Indígena (o)	1 (10%)
Doenças crônicas	
Doenças crônicas (não)	10 (100%)
(Continua)	

(Continuação)

Sistema de Saúde Utilizado

Sistema Único de Saúde	2 (20%)
Suplementar	3 (30%)
Ambos	5 (50%)

Moradia (incluindo você)

Moram com 3 pessoas	4 (40%)
Moram com 2 pessoas	3 (30%)
Moram com 1 pessoas	2 (20%)
Mora sozinha	1 (10%)

Reside com alguém do grupo de risco

Crianças menores de 5 anos ou portadores de doenças crônicas ou idosos	6 (60%)
Não mora com ninguém do grupo de risco	4 (40%)

Transporte utilizado para deslocamento

Veículo próprio	8 (80%)
Veículos particulares	1 (10%)
Outros (a pé, bicicleta)	1 (10%)

Renda familiar

Entre R\$ 5.001,00 e R\$ 10.000,00	2 (20%)
Maior que R\$ 10.001,00	8 (80%)

Número de pessoas que contribuem com a renda

(incluindo o participante)

3 pessoas	1 (10%)
2 pessoas	7 (70%)
1 pessoa	2 (20%)

Escolaridade

Superior completo	1 (10%)
Especialização	5 (50%)
Mestrado	4 (40%)

(Continua)

(Continuação)

Tempo de formação da graduação

Mais de 20 anos	3 (10%)
10 a 20 anos	6 (60%)
5 a 10 anos	1 (10%)

Tempo de atuação nas UTIs

Mais de 20 anos	2 (20%)
10 a 20 anos	4 (40%)
5 a 10 anos	3 (30%)
1 a 3 anos	1 (10%)

Se possui outra profissão

Não	10 (100%)
-----	-----------

EPIs que utiliza na rotina de trabalho

Máscara N95/PFF2/PFF3	10 (100%)
Máscara cirúrgica	10 (100%)
Máscara de tecido	1 (10%)
Avental/jaleco	8 (80%)
Gorro/touca	8 (80%)
Luvas de procedimentos quando for executá-los	9 (90%)
Luva estéril	5 (50%)

Recebeu treinamento específico para situações de COVID na instituição

Sim	10 (100%)
-----	-----------

Se já se infectou por COVID-19

Não	6 (60%)
Sim	4 (40%)

Se já se vacinou contra COVID-19

Sim	9 (90%)
Não	1 (10%)

(Continua)

(Continuação)

O que você pensa sobre COVID-19

Doença grave	9 (90%)
Doença moderada	-
Doença leve	1 (10%)

Grau de comprometimento com as medidas de prevenção de contágio

Alta	8 (80%)
Moderada	2 (20%)

Fonte: Elaborada pelas pesquisadoras (2021).

Quanto à entrevista para o levantamento de crenças, essa teve duração entre 18 a 35 minutos, com média 23 minutos. Alguns participantes se mostraram ansiosos e/ou com pressa para responder as perguntas, apesar de ter oferecido um ambiente tranquilo.

As crenças comportamentais foram divididas em gerais, instrumentais e experienciais, em que respectivamente apresentam-se abaixo:

No que diz respeito a utilizar a máscara de proteção respiratória durante um plantão de 12 horas e em todos os plantões nos próximos 30 dias, os enfermeiros entenderam a paramentação como um cuidado de si e do outro, apesar de pensarem sobre a possibilidade de desenvolverem lesão de pele pela pressão exercida da máscara no rosto.

Significa se proteger e proteger que você cuida e aos que ama [paramentar] (E8).

É uma forma de cuidar da gente e do paciente, antes de entrar em contato com ele, colocar a máscara para nossa proteção e dele. Mas a gente sabe que com o tempo de plantão, acaba machucando a gente, gerando lesões no rosto, muito tempo usando a máscara (E10).

Mas, apesar das circunstâncias, já está instaurado na rotina dos enfermeiros, considerando o percurso da pandemia por COVID-19.

É uma coisa habitual já, não tenho problema algum quanto a isso. Já é rotina e tranquilo. Acho que com o passar do tempo ficou fácil e inserido isso já na rotina (E9).

Durante a observação realizada pela pesquisadora percebeu-se a presença de espelhos na entrada da UTI COVID-19 e dentro do posto de enfermagem, como uma oportunidade para os profissionais se prepararem para se paramentar, como prender o cabelo e retirar os adornos e ajustar a máscara de proteção respiratória no rosto. E, dentro do posto de enfermagem, de forma que possa realizar possíveis novas paramentações e reajustes da máscara durante os plantões de 12 horas. Identificou-se um informativo na porta do setor sobre a obrigatoriedade do uso de máscara N95/PPF2/PPF3 ou equivalente para adentrar.

Quando questionados sobre o reuso da máscara, percebeu-se como uma prática nova instituída no decorrer da pandemia. Apesar de não ter faltado EPI na assistência, compreende-se o reuso como uma estratégia para garantir os EPIs na instituição, refletida pelos profissionais:

Eu acho que o reuso não é tão eficaz, do meu ponto de vista, porque a partir do momento que armazena ela (máscara), está deixando em um local que nem sempre é apropriado para a gente armazenar [...]eu acho que o reuso se torna um pouco inseguro (E4).

E que, para o reuso, esses avaliam as condições da máscara de proteção respiratória de forma que possa garantir a segurança durante o plantão.

Reutilizar? Significa continuar os mesmos cuidados desde que a máscara esteja em perfeitas condições dessa utilização [...] Eu tive pouca experiência de reutilizar ela [...]Mas quando eu utilizei, reutilizei, ela estava em perfeita condição de reuso (E8).

Durante a observação em campo, a pesquisadora pôde observar que as máscaras dos enfermeiros no plantão e nas entrevistas estavam sem sujidade, rasgos, amassadas ou com vincos.

Quanto à desparamentação, os profissionais refletem sobre os riscos impostos a si próprios durante o momento de retirar a máscara do rosto:

Eu acho que é mais difícil se desparamentar, se a gente pensar no risco de contaminação do que a paramentação ou a própria assistência, eu acho que para mim a desparamentação é o momento que a gente mais se contamina, se for parar para pensar. Porque o momento que está se desparamentando é o momento que já está cansado, aflito, louco para ir embora. Então é um momento que tu não prestas tanto atenção (E4).

Durante o processo de desparamentação, percebeu-se que alguns profissionais estavam aparentemente cansados do plantão, puxaram a máscara para cima para retirar e logo descartaram na lixeira destinada ao lixo infectado. Já outros apresentaram cuidado ao retirar as tiras e descartar.

Quanto ao armazenamento após o uso, duas enfermeiras mencionaram que armazenavam a máscara em saco plástico:

É...eu não sabia que era para guardar em papel. Daqui para frente vou fazer (E1).

[...] faz pouco tempo que trabalho aqui. Eles até comentaram com a gente que a gente devia colocar no saquinho de papel quando sair dali [refere-se à UTI]. Quando a gente chegou deram treinamento, mas eu sempre colocava no saco plástico, eu não tinha esse cuidado [...] (E2).

Para o armazenamento após o uso, observou-se a presença de uma bandeja na área externa da UTI, em que constavam envelopes de papel identificados com caneta com o nome do responsável pela máscara. Neste mesmo local, estavam disponíveis máscaras cirúrgicas e demais EPIs como avental e gorro para paramentação antes de adentrar no setor.

No entanto, alguns profissionais prefeririam manter a máscara dentro do armário. Como apresentado no relato abaixo:

[...]Eu acabo armazenando ela dentro do papel ou até dentro de uma touca, só para a parte debaixo não bater dentro do meu armário. Eu

abro a touca e coloco ela ali. Deixo ela dentro do meu armário, mas é um lugar fechado[...]Então, eu só acho ela segura ali porque não tem o risco de alguém pegar, trocar e nem nada (E3).

Já quanto ao descarte da máscara, as respostas foram direcionadas à disponibilidade do lixo infectante no setor.

Significa que é descartar em um local adequado, aqui temos várias lixeiras para esse lixo (E10).

Achado este, corroborado com a observação, em que se identificou a presença de lixeiras para descarte de lixo infectante na entrada/saída da UTI, nos banheiros, em cada box e nos postos de enfermagem. Na entrada/saída do setor, havia a disponibilidade de máscara cirúrgica para que pudessem paramentar-se após a retirada da máscara de proteção respiratória, para ir embora ou para intervalo, por exemplo.

A partir do pressuposto de compreender as percepções sobre o uso da máscara no processo de paramentação, reuso, desparamentação, armazenamento e descarte, elucida-se sobre as crenças comportamentais instrumentais quanto às vantagens e desvantagens de utilizar corretamente a máscara de proteção respiratória.

Os enfermeiros percebem como vantagens inerentes à segurança de si e do outro:

Para mim hoje é segurança, consciência tranquila até. Então assim, me sinto confortável com ela. Às vezes nem percebo que estou de máscara. Para mim as vantagens que tem são inúmeras, vai da parte da segurança, da parte do conforto, [...]eu vou citar a questão da empatia também (risos) (E5).

Quanto às desvantagens, percebeu-se que há o desconforto físico, psicológico e a sobrecarga no serviço.

Não é fácil ficar 12 horas num plantão com a máscara, sabe? É um desafio para todos, porque ela fica abafada [...] chega uma hora que tu não aguenta mais ficar com a máscara. Muitas vezes assim, tu sai dali de dentro e tu pega outra máscara para tomar café e dá um alívio.

Chega a te dar dor de cabeça, não é?[...]Fora aquele estresse que tu tem lá dentro (refere-se à UTI) mais a máscara te sufocando... não é fácil..[...] não é fácil ficar com ela 12 horas, viu? tem vezes assim que chega... até agonizar (E2).

Frente às crenças comportamentais experienciais, remete-se ao agrado e desagrado em utilizar, conforme preconizado.

Me agrada que vou prestar um serviço de qualidade e com segurança, que eu não vou sair daqui com e nem vou estar trazendo. Então vou cuidar do paciente porque eu sei que estou protegida. Vou estar protegendo ele e fazendo meu serviço com segurança (E6).

Quanto ao desagrado, identificou-se a adaptação dos profissionais ao uso da máscara de proteção respiratória no decorrer da pandemia e, com isso, levanta-se a hipótese do uso desnecessário deste EPI na fala a seguir.

No início desagradou bastante, porque eu não estava acostumada. Então, você não está acostumada com ela o tempo todo. Aí, você fica ansiosa, fica sufocada, dá uma agonia. De vez em quando você colocava a mão, mas hoje não, eu já me acostumei (E6).

E que o uso nos plantões de 12 horas nos próximos 30 dias remete às reações físicas, como, calor, suor, cansaço, desconforto, dor na região da face, de cabeça, aparecimento de acne, de lesões e dificuldade de higienizar/tocar no nariz quando há coriza e prurido. E as reações psicológicas, como se sentirem sufocados, claustrofóbicos, asfixiados, ansiosos e agoniados com o uso da máscara.

A partir dos relatos na entrevista, identificou-se a frequência das crenças comportamentais, apresentada na Tabela 4.

Tabela 4 - Crenças comportamentais relacionadas ao uso da máscara N95/PFF2/PFF3 durante a assistência direta ao paciente suspeito ou confirmado com COVID-19 em uma UTI.
Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2021.

Crenças Comportamentais	Frequência de menção	%
<i>As vantagens de utilizar a máscara corretamente...</i>		
Proteção ao profissional	10	24
Proteção ao paciente	7	17
Proteção da equipe de saúde e de apoio (limpeza)	5	12
Proteção dos familiares	4	10
Prevenção	1	2
Prestar assistência com segurança	1	2
Confiança	1	2
Tranquilidade	1	2
Não contaminação da máscara (reuso)	1	2
<i>As desvantagens de utilizar a máscara corretamente...</i>		
Reações físicas	6	14
Reações psicológicas	3	8
É desagradável (reusar)	1	2
Embaçar o óculos	1	2
Total	42	-

Fonte: Dados da presente pesquisa (2021).

Quanto às crenças normativas, para o levantamento destas, as respostas que aparentavam enunciados como “todo mundo” e “ninguém” foram desconsiderados, conforme orientação dos autores da TCP. No entanto, optou-se em manter os enunciados quando acompanhados da população, como, por exemplo: “todos da minha equipe”, “todos que trabalham comigo”, pois compreendeu-se respectivamente a equipe de enfermagem e a todos os profissionais presentes no setor como médicos e fisioterapeutas.

Das pessoas importantes que encorajariam o uso correto da máscara de proteção respiratória, apresentou-se decrescentemente: “toda a equipe” (n=5), “minha equipe” (n=2), “controle de infecção” (n=1), “minha chefia” (n=1), “minha família” (n=1) e “o paciente” (n=1). Quanto aqueles que desencorajaram, quase todos os respondentes mencionaram que ninguém desencorajaria, exceto um participante que mencionou o presidente da república.

Como também, apesar de mencionar que não desencorajaria, uma participante argumentou sobre sua percepção em relação à sua família:

Não tem. Acho que se tivesse pessoas importantes que dissessem para não utilizar, são pessoas que não estão conseguindo entender o que está acontecendo. Não vou dizer que não tem. Tem pessoas da família que dizem que não existe, isso é mentira, mas podem até me falar mas eu não importaria... mas acho que seria as pessoas que não acreditam no que está acontecendo (E3).

Quanto à questão das pessoas que provavelmente utilizaria corretamente, percebeu-se uma similaridade das respostas com a questão de grupo e indivíduos mais propensos, sendo: “todos os profissionais da assistência direta” (n=8) e “equipe de enfermagem” (n=1). Assim, optou-se em identificar os grupos de indivíduos mais e menos propensos, conforme apresentado respectivamente nos relatos abaixo e na Tabela 5.

Quanto aos mais propensos:

A equipe de enfermagem, em segundo lugar a equipe da fisio. Eles são bem organizados em relação a isso, a gente acaba observando bastante assim (E5).

A gente vê que tem uma maior preocupação com o uso dos EPIs, enfermeiros, os técnicos de enfermagem e a fisioterapia (E10).

Dos profissionais menos propensos, houve pouca consistência na frequência de menção, mas aparece aqueles que não atuam exclusivamente nas UTIs:

Seriam pessoas de outras áreas que vêm fazer uma avaliação da cirúrgica, da plástica(E3).

Todo mundo usa, não vejo menos propenso. Talvez[...] são os que entram para perguntar coisas ali na UTI, médicos e pessoas que não são do meio da UTI (E8).

Então... menos propensos. [pausa] eu já vi o pessoal da higienização, eu já vi fonoaudiólogo, técnico da hemodiálise. Então, acho que varia. Até médico. As vezes quando você vê e já está colocando a mão aqui [mostra a região da máscara] está contaminando a máscara toda e está entrando [...]. Tem sempre um ou outro que deixa a desejar de alguma forma, por descuido, às vezes pela pressa (E6).

Durante a observação participante, percebeu-se a influência desses relatos, pois uma técnica de laboratório adentrou a UTI COVID-19, em que foi até o posto de enfermagem para informações de exames utilizando máscara cirúrgica.

Foram abordados também os profissionais da higienização, que, apesar de não prestar assistência direta ao paciente e não responder a pergunta, remete-se ao resgate da memória e a preocupação dos enfermeiros em relação a esse grupo de apoio presente nas UTIs:

Eu acho que são os profissionais da higienização. Não sei como funciona o fornecimento de máscara para eles (o serviço é terceirizado), mas acho que são os mais propensos a utilizar de forma errada (E4).

Tabela 5 - Crenças normativas relacionadas ao uso da máscara N95/PFF2/PFF3 durante a assistência direta ao paciente suspeito ou confirmado com COVID-19 em uma UTI. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2021.

Crenças normativas	Frequência de menção	%
<i>Os indivíduos ou grupos profissionais são mais propensos a utilizar corretamente a máscara...</i>		
Equipe de enfermagem	6	29
Todos os profissionais da assistência direta	4	19
Fisioterapia	4	19
Medicina	1	5
<i>Os indivíduos ou grupos profissionais são menos propensos a utilizar corretamente a máscara...</i>		
Profissionais de outros setores (médicos de outras especialidades, técnico de hemodiálise e fonoaudiólogos)	3	14
Médicos da UTI	3	14
Total	21	-

Fonte: Dados da presente pesquisa (2021).

Chama a atenção a seguinte reflexão sobre o cuidado da enfermagem no contexto da biossegurança neste contexto pandêmico.

Profissionais que usam de forma bem correta, que eu observo, são os fisioterapeutas [pausa] eles usam a face shield também...eu admiro bastante. O pessoal da enfermagem não usa muito a face shield [...] usa mais óculos de proteção [...] eu acho que o pessoal da enfermagem já foi bem mais correto. Eu acho que deu uma relaxada “vou ficar mais tranquilo” (E2).

Ainda nas crenças normativas, no levantamento daqueles que aprovavam o uso correto da máscara de proteção respiratória, apresentou-se de forma decrescente: “os técnicos de enfermagem” (n=4), “os enfermeiros” (n=2), “colegas de trabalho” (n=2), “meus filhos” (n=2), “minha família” (n=1), “meu paciente” (n=1), “a gestão” (n=1), “controle de infecção” (n=1), quanto aqueles que desaprovavam o uso, todos os participantes mencionaram que “ninguém”.

Quanto às crenças de controle percebido, quando questionados sobre o que poderia ajudar (gestos, ações, condições, situações, etc.) para utilizar corretamente a máscara, conforme preconizado, os enfermeiros argumentaram:

Eu acho que quando a gente treina a gente lembra, e quando a gente tinha muitas vezes treinamento com a CCIH eles (risos)...eles frisam muito isso sabe, do treinamento...(E2).

Eu acho que treinamento adequado, específico para cada fabricante,[...] um treinamento adequado e específico para aquela marca, para saber quanto tempo dura, quanto pode ser reutilizada e a forma de colocar também na entrada da unidade através de cartazes. Além de ter esse treinamento, acho que cartazes orientando o passo a passo da colocação da máscara. Acho que seria fácil de entender e um meio adequado, porque não tem como deixar um profissional ali fora só orientando as pessoas para entrar aqui, tem que ser uma coisa autoexplicável (E9).

E, quanto ao que impediria, percebeu-se a falta da máscara, o que torna a maior necessidade de reuso presente, e que, para isto, percebem a influência das condições da máscara para tal.

Eu acho que seria a falta[...] tu a reutiliza mais vezes, sem ter a segurança de que essa máscara ela não estaria potencialmente ou pouco contaminada, mas que está limpa e contaminada em algum ponto. Eu acho que a falta mesmo desse equipamento (E5).

[...] Depende de cada pessoa. A instituição não tem uma recomendação tão bem específica com relação ao número de dias que você deve usar a máscara. Quando a gente entrou aqui o treinamento era “ah, você pode ficar usando até 30 dias”, mas isso é impossível. Com a umidade, ela já fica deformada, já não adere mais ao rosto, não veda [...] (E9).

Demais crenças de controle percebido apresentam-se na Tabela 6 abaixo.

Tabela 6 - Crenças de controle percebido relacionadas ao uso da máscara N95/PFF2/PFF3 durante a assistência direta ao paciente suspeito ou confirmado com COVID-19 em uma UTI. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2021.

Crenças de controle percebido	Frequência de menção	%
<i>O que poderia ajudar a utilizar corretamente...</i>		
Educação permanente e continuada	6	15
Materiais educativos	4	10
Material de boa qualidade (segurança e conforto)	3	8
Disponibilidade de lixo infectante	3	8
Identificar o saco de papel no armazenamento	2	5
Liderança do enfermeiro	2	5
Gestão (cobrança do comportamento)	1	3
Equipamento na UTI (ar condicionado)	1	3
Local para se paramentar	1	3
Disponibilidade da máscara	1	3
Vigilância por parte da equipe	1	3
<i>O que poderia impedir de utilizar corretamente...</i>		
Condições da máscara (umidade, vedação inadequada e deformidade)	3	8
Falta de atenção	3	8
A pressa é inimiga da perfeição	2	5
Falta de equipamento	2	5
Falta de conhecimento	2	5
Tempo de experiência	1	3
Cansaço do plantão	1	3
Total	39	-

Fonte: Dados da presente pesquisa (2021).

Percebe-se a relevância da educação permanente e continuada para contribuir no uso correto da máscara, em que argumenta-se sobre a aceitabilidade da equipe em participar das práticas educativas:

Eu acho que assim, aqui é um ótimo local para trabalhar, sabe? os profissionais são bem abertos aos treinamentos, para fazer as coisas corretas (E2).

Durante a observação participante, identificou-se um informativo abordando sobre a obrigatoriedade do uso da máscara de proteção respiratória N95 ou equivalente na porta da UTI.

A partir deste ponto, as crenças são pautadas no Modelo de Crença em Saúde. Ao analisar os resultados, percebeu-se que havia similaridades nas respostas para a Crença do Benefício Percebido e as Crenças Comportamentais, no que diz respeito às vantagens e desvantagens. Logo, reconhecendo a necessidade de assegurar que as crenças são mutuamente excludentes nas suas definições, preferiu-se excluir aquelas relacionadas ao Benefício Percebido.

Quanto às crenças de susceptibilidade da doença percebida relacionadas ao uso da máscara (Tabela 7), ressalta-se a fala do enfermeiro:

É mínima, sabe? Eu nunca me contaminei com COVID, graças a Deus. Então eu acredito que eu fiz certinho (risos). A gente pensa assim, então te dá um orgulho por dentro. Eu fiz tudo certinho então vou continuar fazendo. Então aqui a gente vai continuar fazendo (E5).

Apesar de boa parte da amostra mencionar que as chances são pequenas, reconhecem que são susceptíveis à contaminação, como no momento da desparamentação e durante a assistência direta, utilizando-se de outros EPIs como a *face shield*.

Eu me sinto bem protegida usando a máscara, e quando vou fazer algum procedimento eu uso a face shield em cima (E1).

Assim, porque se tu vais chegar perto do teu paciente e tu vai examinar ele, se você se paramentou, fez o teste de vedação, colocou os óculos de proteção, colocou a tua face shield, então tu estás usando de todos os artificios para tu impedir a contaminação daquela máscara, agora se eu não faço isso então, eu não tenho como garantir (E5).

Acho que a chance maior que eu falei anteriormente é na desparamentação. Acho essa é a maior chance que a gente tem, na reutilização e na desparamentação (E4).

A partir desse relato, reconhece-se que o reuso envolve três momentos: se desparamentar, armazenar e paramentar-se novamente com a máscara utilizada em um momento anterior. Logo, evitam de se desparamentar-se durante o plantão.

Então, eu não saio muito da UTI, entendeu? justamente para evitar de ficar se desparamentando [...]” (E6).

Apesar deste contexto, com a rotina e o tempo de atuação na pandemia, os profissionais apresentaram alguns comportamentos de risco no cenário de assistência direta.

Tipo rapidinho [sobre abaixar a máscara] aí deixa eu dar uma coçadinha assim, tipo rápido. Eu já vi várias pessoas fazendo isso, assoar o nariz. A gente era mais cuidadoso, vinha ao banheiro antigamente. Hoje em dia até colocar a mão, de ficar mexendo alguma coisa. Acho que antigamente era mais cuidadoso (E2).

Tabela 7 - Crenças da susceptibilidade da doença percebida relacionadas ao uso da máscara N95/PFF2/PFF3 durante a assistência direta ao paciente suspeito ou confirmado com COVID-19 em uma UTI. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2021.

Crenças da susceptibilidade da doença percebida	Frequência de menção	%
As chances de contaminação são pequenas	9	50
Há chance de contaminação no armazenamento	3	17
Há chance de contaminação após um tempo	2	11
Há chance de contaminação na desparamentação	2	11
Há chance de contaminação no reuso	1	6
Não há chance de contaminação	1	6
Total	18	-

Fonte: Dados da presente pesquisa (2021).

No que diz respeito às Crenças da Severidade da Doença Percebida, predomina-se o sentimento de culpa, conforme o presente relato:

Se eu me contaminar, vou me sentir muito culpada, foi uma falha da minha técnica, se eu me contaminar foi isso. Porque se eu me contaminei aqui dentro, foi algum erro que eu fiz na minha paramentação ou até mesmo na manutenção do uso do paramento, foi por isso, porque nós somos muito bem paramentados[...]se eu me contaminar ali, eu errei em alguma coisa. Deixei de fazer alguma coisa, de higienizar as mãos antes ou depois, deixei de vedar bem uma máscara, colocar uma face shield corretamente ou até mesmo de colocar os óculos de proteção, deixei de fazer alguma coisa. Eu me sentiria muito culpada (E3).

E que se contaminar por COVID-19 durante a assistência direta acarretaria em consequências físicas como também psicológicas.

As consequências seriam na parte que a gente vê, [...] eu tenho relato de pessoas próximas que se contaminaram e a parte pulmonar não ficou legal... então teve uma sequela de alguma forma. [...] eu acho que sequela.[...] Como eu acho parte emocional. Eu já fiquei em isolamento e foi bem... foi ruim, sabe? aquele sentimento ali de ansiedade, de não poder ter contato com as pessoas [...] deixa muitas marcas mesmo... tipo tanto psicológica quanto física. (E2).

Tabela 8 - Crença da severidade da doença percebida relacionada ao uso da máscara N95/PFF2/PFF3 durante a assistência direta ao paciente suspeito ou confirmado com COVID-19 em uma UTI. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2021.

Crenças da severidade da doença percebida	Frequência de menção	%
<i>Sentimentos que associo ao pensar em me contaminar...</i>		
Culpa	4	13
Ansiedade	2	6
Frustração	2	6
Medo	1	3
Sensação de morte	1	3
(Continua)		

(Continuação)		
Falta de cuidado consigo	1	3
Nervosismo	1	3
Tristeza	1	3
Pavor	1	3
Angústia	1	3
Terror	1	3
Esperança	1	3
<i>As consequências para minha vida se eu me contaminar...</i>		
Consequências físicas	3	9
Afastamento das relações sociais	3	9
Consequências psicológicas	2	6
Contaminar alguém	2	6
Morrer	2	6
Incapacidade	1	3
Depende do prognóstico clínico	1	3
Consequências financeiras	1	3
Total	32	-

Fonte: Dados da presente pesquisa (2021).

Considerando as crenças que apresentaram pelo menos 75% de frequência de menção, foram identificadas como crenças salientes, cuja apresentação é dada no Quadro 3 abaixo:

Quadro 3 - Crença modais salientes dos enfermeiros sobre o uso da máscara N95/PFF2/PFF3 durante a assistência direta ao paciente suspeito ou confirmado com COVID-19 em uma UTI.

Crenças Salientes
<i>Crenças Comportamentais (vantagens)</i>
Proteção ao profissional
Proteção ao paciente
Proteção da equipe de saúde e de apoio (limpeza)
Proteção dos familiares
<i>Crenças Comportamentais (desvantagens)</i>
Reações físicas
Reações psicológicas
<i>Crenças normativas (os mais propensos)</i>
(Continua)

(Continuação)
Equipe de enfermagem
Todos os profissionais da assistência direta
Fisioterapia
<i>Crenças normativas (os menos propensos)</i>
Profissionais de outros setores (médicos de outras especialidades, técnico de hemodiálise e fonoaudiólogos)
Médicos da UTI
<i>Crenças de controle percebido (o que poderia ajudar)</i>
Educação permanente e continuada
Materiais educativos
Material de boa qualidade (segurança e conforto)
Disponibilidade de lixo infectante
Identificar o saco de papel no armazenamento
Liderança do enfermeiro
<i>Crenças de controle percebido (o que poderia impedir)</i>
Condições da máscara (umidade, vedação inadequada e deformidade)
Falta de atenção
Pressa
Falta de equipamento
Falta de conhecimento
<i>Crenças de susceptibilidade da doença percebida</i>
As chances de contaminação são pequenas
Há chances de contaminação no armazenamento
<i>Crenças de severidade da doença percebida (sentimentos)</i>
Culpa
Ansiedade
Frustração
<i>Crenças de severidade da doença percebida (consequências)</i>
Consequências físicas
Afastamento das relações sociais
Consequências psicológicas
Contaminar alguém
Morrer

Fonte: Dados da presente pesquisa (2021).

Esses resultados, segundo a literatura, permitem elaborar o instrumento de mensuração das variáveis indiretas para o uso da máscara de proteção respiratória pelos enfermeiros nas UTIs. Assim apresenta-se uma proposta da elaboração deste instrumento no Quadro 4, que poderá ser administrado em pesquisas futuras para continuidade deste estudo.

Elaboração do instrumento de mensuração das variáveis indiretas

Quadro 4 - Instrumento de mensuração das variáveis indiretas sobre o uso correto da máscara de proteção respiratória pelos enfermeiros em uma UTI.

Se eu utilizar a máscara de proteção respiratória, conforme preconizado em um plantão de 12 horas e em todos os plantões nos próximos 30 dias, isso...				
<ul style="list-style-type: none"> • Crenças comportamentais 				
Me protegeria durante a minha atuação na assistência direta ao paciente suspeito ou confirmado com COVID-19.				
Muito improvável	Bastante improvável	Nem improvável nem provável	Bastante provável	Muito provável
Protegeria o paciente ao receber os meus cuidados na Unidade de Terapia Intensiva.				
Muito improvável	Bastante improvável	Nem improvável nem provável	Bastante provável	Muito provável
Protegeria meus colegas.				
Muito improvável	Bastante improvável	Nem improvável nem provável	Bastante provável	Muito provável
Protegeria meus familiares.				
Muito improvável	Bastante improvável	Nem improvável nem provável	Bastante provável	Muito provável
(Continua)				

(Continuação)

Eu utilizaria a máscara de proteção respiratória, conforme preconizado, mesmo que cause reações físicas como calor, suor, cansaço, desconforto, dor na região da face, dor de cabeça, aparecimento de acne, de lesões e dificuldade de higienizar/tocar no nariz quando há coriza e prurido.

Muito improvável	Bastante improvável	Nem improvável nem provável	Bastante provável	Muito provável
------------------	---------------------	-----------------------------	-------------------	----------------

Eu utilizaria a máscara de proteção respiratória, conforme preconizado, mesmo que me causasse reações psicológicas como sensação de sufocamento, de claustrofobia, asfixia, ansiedade e agonia.

Muito improvável	Bastante improvável	Nem improvável nem provável	Bastante provável	Muito provável
------------------	---------------------	-----------------------------	-------------------	----------------

- **Crenças normativas**

Quem você acha que seria mais propenso a utilizar a máscara de proteção respiratória conforme preconizado em um plantão de 12 horas, e em todos os plantões nos próximos 30 dias?

Equipe de enfermagem que prestam assistência direta ao paciente suspeito ou confirmado com COVID-19 nas Unidades de Terapia Intensiva.

Muito improvável	Bastante improvável	Nem improvável nem provável	Bastante provável	Muito provável
------------------	---------------------	-----------------------------	-------------------	----------------

Todos os profissionais da assistência direta ao paciente suspeito ou confirmado com COVID-19 nas Unidades de Terapia Intensivas (incluindo médico, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos, terapeutas ocupacionais...).

Muito improvável	Bastante improvável	Nem improvável nem provável	Bastante provável	Muito provável
------------------	---------------------	-----------------------------	-------------------	----------------

Fisioterapeutas que prestam assistência direta ao paciente suspeito ou confirmado com COVID-19 nas Unidades de Terapia Intensiva.

Muito improvável	Bastante improvável	Nem improvável nem provável	Bastante provável	Muito provável
------------------	---------------------	-----------------------------	-------------------	----------------

E quem você acha que seriam os menos propensos?

(Continua)

(Continuação)				
Profissionais de outros setores (como médicos de outras especialidades, técnicos de hemodiálise e fonoaudiólogos) que comparecem às Unidades de Terapia Intensiva para prestar assistência direta ao paciente suspeito ou confirmado com COVID-19 quando solicitado.				
Muito improvável	Bastante improvável	Nem improvável nem provável	Bastante provável	Muito provável
Médicos das Unidades de Terapia Intensiva que prestam assistência direta ao paciente suspeito ou confirmado com COVID-19.				
Muito improvável	Bastante improvável	Nem improvável nem provável	Bastante provável	Muito provável
<ul style="list-style-type: none"> • Crenças de Controle Percebido 				
A educação continuada e permanente me ajudaria a utilizar corretamente a máscara de proteção respiratória, conforme preconizado.				
Muito improvável	Bastante improvável	Nem improvável nem provável	Bastante provável	Muito provável
Os materiais educativos iriam me ajudar a utilizar corretamente a máscara de proteção respiratória conforme preconizado (Como por exemplo Procedimentos Operacionais Padrão (POP), folders ilustrativos em lugares estratégicos, vídeos no <i>youtube</i>).				
Muito improvável	Bastante improvável	Nem improvável nem provável	Bastante provável	Muito provável
Utilizar máscara de boa qualidade que me garanta segurança e conforto me ajudaria a utilizar corretamente a máscara.				
Muito improvável	Bastante improvável	Nem improvável nem provável	Bastante provável	Muito provável
Me ajudaria ter disponível lixo infectante para descartar a máscara corretamente.				
Muito improvável	Bastante improvável	Nem improvável nem provável	Bastante provável	Muito provável
(Continua)				

(Continuação)				
Identificar no saco de papel da máscara me ajudaria a armazenar corretamente.				
Muito improvável	Bastante improvável	Nem improvável nem provável	Bastante provável	Muito provável
A liderança que tenho (ou que preciso ter) como enfermeiro me ajudaria a usar corretamente.				
Muito improvável	Bastante improvável	Nem improvável nem provável	Bastante provável	Muito provável
Me impediria de utilizar corretamente, se a máscara apresentar condições, como umidade, vedação inadequada e deformidade.				
Muito improvável	Bastante improvável	Nem improvável nem provável	Bastante provável	Muito provável
A falta de atenção pode impedir de utilizar a máscara corretamente.				
Muito improvável	Bastante improvável	Nem improvável nem provável	Bastante provável	Muito provável
A pressa pode me impedir de utilizar corretamente a máscara.				
Muito improvável	Bastante improvável	Nem improvável nem provável	Bastante provável	Muito provável
A falta de máscara de proteção respiratória me impediria de a utilizar.				
Muito improvável	Bastante improvável	Nem improvável nem provável	Bastante provável	Muito provável
A falta de conhecimento sobre o uso corretamente me impede de executá-lo.				
Muito improvável	Bastante improvável	Nem improvável nem provável	Bastante provável	Muito provável
<ul style="list-style-type: none"> • Crença de Susceptibilidade Percebida da Doença 				
(Continua)				

(Continuação)

Para você, se utilizar corretamente a máscara de proteção respiratória, conforme preconizado, em um plantão de 12 horas e em todos os plantões, a sua chance de se contaminar por COVID-19 seria...

As chances de me contaminar utilizando a máscara corretamente são pequenas.

Muito improvável	Bastante improvável	Nem improvável nem provável	Bastante provável	Muito provável

Existem chances de contaminação durante o armazenamento da máscara após o uso.

Muito improvável	Bastante improvável	Nem improvável nem provável	Bastante provável	Muito provável

● **Crenças de Severidade Percebida da Doença**

Me sentiria culpado (a) se me contaminasse por COVID-19 utilizando a máscara de proteção respiratória, conforme preconizado.

Muito improvável	Bastante improvável	Nem improvável nem provável	Bastante provável	Muito provável

Me sentiria ansioso (a) se me contaminasse por COVID-19 utilizando a máscara de proteção respiratória, conforme preconizado.

Muito improvável	Bastante improvável	Nem improvável nem provável	Bastante provável	Muito provável

Me sentiria frustrado (a) se me contaminasse por COVID-19 utilizando a máscara de proteção respiratória, conforme preconizado.

Muito improvável	Bastante improvável	Nem improvável nem provável	Bastante provável	Muito provável

Se eu me contaminar por COVID-19 durante a assistência direta ao paciente suspeito ou confirmado por COVID-19, isso traria como consequências para a minha vida...

Consequências físicas.

Muito improvável	Bastante improvável	Nem improvável nem provável	Bastante provável	Muito provável

(Continua)

(Continuação)				
Consequências psicológicas.				
Muito improvável	Bastante improvável	Nem improvável nem provável	Bastante provável	Muito provável
Me afastaria das relações sociais.				
Muito improvável	Bastante improvável	Nem improvável nem provável	Bastante provável	Muito provável
Poderia contaminar alguém por COVID-19.				
Muito improvável	Bastante improvável	Nem improvável nem provável	Bastante provável	Muito provável
Poderia morrer por COVID-19.				
Muito improvável	Bastante improvável	Nem improvável nem provável	Bastante provável	Muito provável

Fonte: Elaborado pelas pesquisadoras, 2021.

DISCUSSÃO

Esta pesquisa teve como objetivo avaliar as crenças de enfermeiros sobre o comportamento de usar a máscara de proteção respiratória durante a assistência direta a pacientes com COVID-19 ou suspeitos. Para tanto, foi desenvolvido um instrumento baseado na Teoria do Comportamento Planejado, integrando conceitos do Modelo de Crença em Saúde.

Na etapa de desenvolvimento, foi seguido os preceitos de Campanelli e Willis para garantir rigor metodológico. Embora seja um estudo qualitativo, com perguntas abertas, é sugerido na literatura que o instrumento permite avaliar as diferenças ou igualdades entre os participantes estudados (MINAYO, 2017).

A realização do pré-teste, permitiu um preparo para a condução da entrevista qualitativa, em que se identificou as possíveis respostas que seriam atribuídas a cada questão, mas não houve mudanças no instrumento propriamente dito. Buschle, Reiter e Bethmann (2020) defendem que uma pesquisa rigorosa necessita garantir que o informante irá responder aquilo

que se pretende na formulação das perguntas do instrumento, visto que cada estudo pode apresentar circunstâncias diferenciadas, em razão do público, coleta, entre outros (BUSCHLE; REITER; BETHMANN, 2020). Logo, reconhece-se como um momento oportuno, pois permite ao pesquisador uma experiência prévia da coleta de dados.

No que diz respeito à caracterização dos profissionais, compreendeu-se que dos enfermeiros, na sua maioria são mulheres, casadas e brancas, não tinham doenças crônicas, utilizam o sistema suplementar isolado ou associado ao público, mais da metade moram com pessoas consideradas de população de risco e quase todos afirmaram grau de comprometimento alto com as medidas de contágio.

Em relação ao sexo, demonstra-se a feminilização das profissionais de saúde na área hospitalar, em que destaca a enfermagem dentre as profissões, na qual destina o seu cuidar no trabalho e nas famílias como filhas, mães e donas de casa (BORGES; DETONI, 2017). Esses achados são afirmados por Haussl *et al.* (2021) como uma distribuição de gênero comum na profissão de enfermagem.

Quanto à renda familiar, apresentou-se acima de 10 mil reais, cuja renda é contribuída, na sua maioria, por duas (70%) pessoas, assim, reflete-se sobre os rendimentos mensais do enfermeiro no serviço público. Na pesquisa do perfil da enfermagem no Brasil realizada pelo Conselho Federal de Enfermagem em 2017, viu-se que, cerca de 21,5% (n= 58.255), recebiam de 2 a 3 mil reais (COFEN, 2017). Embora não mencionando ter outra profissão, os participantes relataram ter vínculo com outras instituições. Soares *et al.* (2021) demonstrou, no estudo qualitativo (n=30), que todos possuíam dois vínculos, relatando desvalorização da profissão, baixos salários e falta de piso salarial, circunstâncias estas que interferem negativamente na saúde mental, física e social.

Dos EPIs utilizados na sua assistência, todos remeteram à lembrança de utilizar a máscara de proteção respiratória e cirúrgica, seguida da luva de procedimento, aventais e gorros. No entanto, quanto ao uso, no estudo Moura *et al.* (2021), constatou-se que os profissionais de enfermagem não possuem conhecimentos suficientes para o uso adequado dos EPIs.

Frente ao uso inadequado, há uma preocupação com a contaminação dos profissionais na literatura, no presente estudo 40% se infectaram por COVID-19 e 90% foram vacinados. E

com isto, reflete-se dilemas éticos em relação à obrigatoriedade da vacinação dos profissionais de saúde (KEARNS, 2021).

Referente às crenças comportamentais, apesar de não apresentar especificamente a máscara, Haussel *et al.* (2021) demonstrou que o uso dos EPIs gera sensação de segurança para os enfermeiros, assim, melhora as ações na sua rotina de trabalho. Como também por Pereira-Ávila *et al.* (2021) sobre o uso da máscara pelos enfermeiros, em que associam como a autoproteção e a proteção do outro.

A literatura menciona os efeitos físicos do uso dos EPIs como dor de cabeça (ONG *et al.*, 2020), erupções cutâneas, fadiga, problemas respiratórios, aumento da sudorese, queixaram-se de sofrer de feridas ou áreas doloridas devido à desinfecção constante e o uso das máscaras (HAUSSEL *et al.*, 2021), o que corrobora com os achados desta pesquisa. Ipek *et al.* (2021) mencionam que os sintomas físicos e psicológicos, como dor de cabeça, ansiedade, tremor e câibras musculares são causados pela alcalose respiratória e hipocapnia pelo uso da máscara N95.

A literatura recomenda que, para reduzir esses efeitos físicos, os empregadores precisam permitir que os funcionários não tenham que usar ininterruptamente os EPIs mais tempo do que recomendado, que os enfermeiros precisam se atentar as lesões de pele e que produtos para tratamento devem ser disponibilizados no local de trabalho (STATISTIK AUSTRIA, 2021).

No que diz respeito às crenças normativas, não identificou-se na literatura estudos que corroboram com os resultados desta pesquisa no contexto da COVID-19. Galdino Júnior *et al.* (2015) menciona que respectivamente as categorias que tiveram maior adesão às precauções de aerossóis ao paciente com tuberculose foram os técnicos de enfermagem, serviços gerais, nutricionistas, enfermeiros, médicos, técnicos em laboratório e, por fim, os fisioterapeutas. Apesar de que neste, presente estudo, identificou-se que os enfermeiros são mais propensos a utilizar corretamente e os profissionais que não atuam nas UTIs COVID-19 como os menos propensos.

Nofal *et al.* (2017) mencionam que os enfermeiros apresentaram maior conhecimento, atitudes positivas, associados à experiência, conduzem a uma maior adesão às precauções universais. Considerando que são precauções distintas, Galdino Junior (2015) demonstrou que 99,3% dos profissionais utilizaram a máscara N95 antes de adentrar o isolamento por aerossóis,

mas, quando investigado o conhecimento, percebeu-se abaixo em relação às medidas, como permanecer com a máscara após a saída da enfermaria e o tempo de uso da máscara.

Nessa perspectiva, ressalta-se a importância de investigar a adesão da máscara de proteção respiratória pelos enfermeiros nas UTIs em tempo de COVID-19, considerando a gravidade e a complexidade que a pandemia trouxe para o exercício do trabalho desses profissionais que atuam de forma ininterrupta, diferente de outras patologias.

Reflete-se que a rotina e as condições de trabalho que dispõe o enfermeiro impedem o uso correto, o qual necessita reutilizar a máscara, quando existe a possibilidade ou a falta desta, além da pressa. Backes *et al.* (2021) afirma o aumento histórico na demanda de trabalho de enfermagem na pandemia, havendo um consumo da força do trabalho.

Quanto às crenças de controle percebido, percebeu-se a necessidade de educação permanente, na literatura menciona que o conhecimento dos profissionais nas unidades críticas não se demonstrou suficiente para garantir a utilização correta dos EPIs (FARIA *et al.*, 2019). Cerca de 60% dos profissionais guardam a máscara no bolso após sair da enfermaria (GALDINO JÚNIOR *et al.*, 2015).

Fato este presente neste estudo, todos os profissionais receberam treinamento em situações de COVID-19, no entanto, cerca de 20% dos profissionais armazenam de forma inadequada, ainda, reconhecem o reuso como utilizar a máscara no próximo plantão, mas este também se faz presente em utilizar a mesma máscara após o intervalo. Com a observação participante, identificou-se a discrepância das informações impostas na embalagem do fabricante, em que se recomenda guardar a máscara dentro da própria embalagem, sendo esta de plástico. Assim, reconhece-se as práticas educativas como um meio de elucidar e clarificar a adoção do comportamento seguro.

Nessa direção, os objetivos da Política Nacional de Educação Permanente visam promover transformações na prática do trabalho, por meio de reflexões críticas, interseção entre o aprender e o ensinar na realidade dos serviços. Assim, compreende-se como uma estratégia contínua a ser viabilizada pelos serviços de forma que possa educar os profissionais, reconhecendo os desafios que são impostos aos profissionais no decorrer da pandemia, esses propuseram além do treinamento, o uso dos materiais educativos (BRASIL, 2018).

Conz *et al.* (2021) mencionam que, apesar do desgaste emocional e físico dos enfermeiros, as competências que foram adquiridas com a vivência ao cuidado do paciente com COVID-19 estimularam o desejo em melhorar os seus conhecimentos. Logo, estima-se a necessidade de apoiar os profissionais neste aspecto. Neste presente estudo, as crenças se relacionam, pois a falta de conhecimento impediu a utilização correta, levando a crer que as estratégias educativas podem ajudar.

Apesar de que a literatura demonstra que, mesmo com estratégias de intervenções e correções de situações do trabalho, argumenta-se a necessidade de condições adequadas por meio do dimensionamento e disponibilidade dos materiais (PORTO; MARZIALE, 2016).

Neste contexto, o enfermeiro está inserido de acordo com a Lei do Exercício Profissional da Enfermagem 7.498/86 como líder da equipe de enfermagem nos serviços de saúde (BRASIL, 1986), neste caso as UTIs. O enfermeiro como líder, estimula as competências técnicas e não técnicas, sendo o desenvolvimento do comportamento, conhecimento científico e a instituição dos protocolos de qualidade e segurança do paciente (SILVA *et al.*, 2017). Assim, compreende-se que este assume um papel exemplar para a sua equipe no uso da máscara de proteção respiratória, conforme preconizado.

No contexto da coleta de dados, em setembro de 2021, os enfermeiros consideraram mínima a susceptibilidade de se contaminar utilizando corretamente a máscara de proteção respiratória. Isso pode ser explicado pela experiência já adquirida ao longo de quase dois anos de pandemia, pela vacinação dos profissionais e, também, pelas taxas de infecção, ocupação de leitos e mortes no período estudado.

Contudo, os profissionais ainda consideram que o armazenamento após o uso seria um momento oportuno de contaminação, o que remete aos achados da literatura que descrevem que muitos enfermeiros permanecem longos intervalos de tempo sem beber água para postergar a desparamentação (MOURA *et al.*, 2021).

Nessa perspectiva, compreende-se que os enfermeiros entendem que se utilizar corretamente não irão contrair a doença, no entanto, esses estão inseridos em um contexto intenso e complexo no cuidado ao paciente que requer cuidados intensivos.

Esse raciocínio é confirmado com a saliência do sentimento de culpa, no que diz respeito às crenças de severidade da doença. No estudo de Lai *et al.* (2020), demonstrou-se que as

enfermeiras, mulheres, atuantes na assistência direta e que trabalhavam em Wuhan tiveram pontuações mais altas de ansiedade e depressão. Repercussão demonstrada por Paula *et al.* (2021) na qual a principal preocupação dos trabalhadores de saúde é acidentarem-se com agentes infecciosos, visto que pode acarretar traumas psicológicos e físicos, como desânimo, frustração, culpa e raiva, e, ainda, invalidez e óbito.

Após avaliar as crenças, procedeu-se a elaboração do instrumento para mensuração das variáveis indiretas, logo, apesar de não ter sido validado, considera-se como um impulso para dar continuidade em momentos posteriores, visto a amplitude e complexidade que a TCP apresenta, recomenda-se ainda, utilizar as medidas diretas e, se possível, uma intervir com base nos determinantes identificados.

Como limitação deste estudo, reconheceu-se como fragilidade encontrar juízes que estudam e pesquisam a TCP, ao tempo de resposta e conclusão da etapa de validação, em que preferiu-se manter cinco juízes para esta etapa, compreendendo-se as circunstâncias impostas pela pandemia aos profissionais. Como também limitação no número de participantes, considerando que, apesar de haver 24 enfermeiros atuantes na UTI COVID-19, em razão da melhora do quadro epidemiológico na região e, com isso, a diminuição dos casos graves, apenas um quantitativo destes estavam atuando nesse setor.

Em relação ao levantamento de crenças, foram consideradas as crenças de susceptibilidade percebida da doença, apesar de não haver uma frequência de menção significativa para a amostra, pois, representa a percepção dos profissionais sobre as suas chances de se contaminar. Considerando-se a disponibilidade da vacina contra a doença, diminuição dos casos, somado ao tempo de enfrentamento da doença em caráter de pandemia. Além das crenças integradas no estudo, percebeu-se que perpassam as crenças morais, as quais não foram elucidadas em razão da baixa frequência de menção e reconheceu-se a necessidade de perguntas que abordassem essas crenças especificamente, sendo assim, uma sugestão para os próximos estudos.

Sugere-se também inserir os demais EPIs na caracterização, como a *face shield* que ganhou visibilidade no período de pandemia e permite assegurar a proteção dos profissionais. Ainda, incrementar na caracterização sociodemográfica se possui outro vínculo de trabalho, a quantidade de vínculos e a maior renda mensal, visto que, em vários relatos, foram mencionados sobre outra instituição de trabalho além do local do estudo e precisar a situação financeira.

Quanto às potencialidades, o processo de elaborar e validar o instrumento utilizando o referencial teórico-metodológico da Teoria do Comportamento Planejado, permitiu integrar-se de todo o processo de operacionalização da fase qualitativa. Apesar de haver um modelo disponível na íntegra para adaptar ao TACT, estudar e pesquisar se torna complexo em razão dos conceitos e das movimentações que perpetuam as crenças das pessoas. Neste caso os enfermeiros, ainda, atuantes em um ambiente intenso, sendo as Unidades de Terapia Intensiva em tempos de COVID-19.

Enfatiza-se a adoção de uma categoria comportamental, em que foram avaliados vários comportamentos os quais constituem as boas práticas do uso correto da máscara de proteção respiratória. Bem como a observação participante, a pesquisadora desta presente pesquisa não atua no espaço pesquisado, logo, não houve a limitação de *Hawthorne*.

Aspectos estes que demonstram a relevância deste estudo para a comunidade científica frente às crenças dos enfermeiros em um momento tão diverso e peculiar na história da profissão. Assim, estimula-se a produção deste conhecimento para os demais profissionais da equipe de enfermagem e para os demais EPI disponíveis na prática.

CONCLUSÃO

A elaboração do instrumento seguiu-se a operacionalização disponível dos autores da Teoria do Comportamento Planejado, a validação permitiu garantir o rigor de medir aquilo que se pretende para realizar o levantamento das crenças, cujo Índice de Validade de Conteúdo foi satisfatório. O pré-teste permitiu às pesquisadoras adequar as formulações das perguntas bem como experienciar previamente as entrevistas qualitativas. Bem como a observação participante em que identificou-se a disponibilidade da máscara de proteção respiratória nos setores e o seu uso considerando o contexto em que os enfermeiros estão inseridos.

Quanto ao levantamento das crenças, em relação às crenças salientes, as comportamentais são reconhecidas pelos enfermeiros como a proteção a si próprio, proteção ao paciente, proteção da equipe de saúde e de apoio (limpeza) e dos familiares, mas que podem causar reações indesejadas de origem física como calor, suor, cansaço, desconforto, que causa dor na região da face, dor de cabeça, aparecimento de acne, de lesões e dificuldade de

higienizar/tocar no nariz quando há coriza e prurido, como também psicológica sendo sensação de sufocamento, claustrofobia, asfixia, ansiedade e agonia.

Quanto às crenças normativas, sobressaiu-se como mais propensos a utilizar corretamente a equipe de enfermagem, todos os profissionais da assistência direta e a fisioterapia, e os menos propensos são aqueles que são oriundos de outros setores e os médicos da UTI.

As crenças de controle percebido identificaram as contribuições da educação permanente e continuada, materiais educativos, material de boa qualidade, que proporcionam segurança e conforto, ações individuais como identificar o saco de papel no armazenamento após o uso, mas de gestão como a liderança do enfermeiro. No entanto, as condições da máscara impedem de utilizar corretamente, como a umidade, vedação inadequada, deformidade e a falta propriamente dita, além das circunstâncias da rotina de trabalho, como pressa, falta de atenção e a falta de conhecimento sobre os cuidados.

Frente às crenças do Modelo de Crenças em Saúde, as crenças de benefício não foram incluídas neste estudo pela aproximação com as crenças comportamentais (vantagens e desvantagens), as crenças dos enfermeiros em relação à susceptibilidade de infectar-se com COVID-19 considerando o uso correto da máscara de proteção respiratória com COVID-19 é pequena, mas que existem possibilidade de se contaminar durante o armazenamento da máscara após uso. Quanto à severidade, os enfermeiros descreveram o sentimento de culpa, ansiedade e frustração, ainda, como consequências percebem as de origem físicas, psicológicas, afastamento das relações sociais, contaminar alguém e morrer por COVID-19.

REFERÊNCIAS

AJZEN, I. **Constructing a theory of planned behavior questionnaire**. 2019. Disponível em: <https://people.umass.edu/aizen/pdf/tpb.measurement.pdf>. Acesso em: 17 nov. 2021.

ABRAHAM, C.; SHEERAN, P. **The health belief model**. 3. ed. Chapel Hill: McGraw-Hill, 2015. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/290193215_The_Health_Belief_Model. Acesso em: 03 out. 2021

BACKES *et al.* Condições de trabalho dos profissionais de enfermagem no enfrentamento da pandemia da covid-19. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 42, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200339>. Acesso em: 20 nov. 2021.

BARYCKA *et al.* Comparative effectiveness of N95 respirators and surgical/face masks in preventing airborne infections in the era of SARS-CoV2 pandemic: A meta-analysis of randomized trials. **PloS one**, v. 15, n. 12, p. e0242901, 2020. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0242901>. Acesso em: 29 set. 2021.

BORGES, T. M. B.; DETONI, P. P. Trajetórias de feminização no trabalho hospitalar. **Cad. psicol. soc. trab.**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 143-157, dez. 2017. Disponível em <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1981-0490.v20i2p143-157>. Acesso em: 01 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Orientações para serviços de saúde: Medidas De Prevenção E Controle Que Devem Ser Adotadas Durante A Assistência Aos Casos Suspeitos Ou Confirmados De Infecção Pelo Novo Coronavírus (SARS-CoV-2)**. 2020a. Disponível em: https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/10/NOTA_TECNICA_GVIMS_GGTES_ANVISA_04_2020_Reviso_27.10.2020.pdf. Acesso em: 11 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?**. 2018. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude_fortalecimento.pdf. Acesso em: 10 nov. 2021.

BRASIL. **Orientações sobre o uso de máscaras de proteção respiratória (respirador particulado – n95/pff2 ou equivalente) frente à atual situação epidemiológica referente à infecção pelo sars-cov-2 (COVID-19)**. 2020b. Disponível em: <http://renastonline.ensp.fiocruz.br/recursos/orientacoes-sobre-uso-mascaras-protecao-respiratoria-respirador-particulado-n95pff2-ou>. Acesso em: 09 fev. 2021.

BRASIL. **Escopo e metodologia das pesquisas**. 2020c. Disponível em: <https://www.gov.br/ouvidorias/pt-br/ouvidorias/conselhos-de-usuarios/videos-e-treinamentos-1/criando-consultas-e-pesquisas/escopo-e-metodologia-das-pesquisas>. Acesso em: 16 nov. 2021.

BRASIL. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. 1986. Brasília, Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7498.htm. Acesso em: 20 nov. 2021.

BUSCHLE, C.; REITER, H.; BETHMANN, A. The qualitative pretest interview for questionnaire development: outline of programme and practice. **Quality & Quantity**, p. 1-20, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11135-021-01156-0>. Acesso em: 19 nov. 2021.

CAMPANELLI, P. **Testing survey questions**. New York: Lawrence Erlbaum Associates, 2008.

CDC. The National Institute For Occupational Safety And Health. **Recommended Guidance for Extended Use and Limited Reuse of N95 Filtering Facepiece Respirators in Healthcare Settings**. 2020. Disponível em: <https://www.cdc.gov/niosh/topics/hcwcontrols/recommendedguidanceextuse.html#ref11>. Acesso em: 01 mar. 2020.

COFEN. **COVID-19 Orientações sobre a colocação e retirada dos equipamentos de proteção individual (EPIs)**. 2020. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2020/03/cartilha_epi.pdf. Acesso em: 12 jan. 2021.

CONZ *et al.* Vivência de enfermeiros que atuam na Unidade de Terapia Intensiva com pacientes infectados pela COVID-19. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 55, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0194>. Acesso em: 01 nov. 2021.

COSTA *et al.* Adesão às medidas de biossegurança da enfermagem na unidade de terapia intensiva: revisão sistemática. **Nursing (São Paulo)**, v. 23, n. 268, p. 4636-4645, 2020.

Disponível em: <https://doi.org/10.36489/nursing.2020v23i268p4636-4645>. Acesso em: 16 nov. 2021.

FARIA *et al.* Conhecimento e adesão do enfermeiro às precauções padrão em unidades críticas. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 28, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0144>. Acesso em: 24 out. 2021.

FISHBEIN, M.; AJZEN, I. **Prediction and change of behavior**: The reasoned action approach. 2010.

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

GALDINO JÚNIOR *et al.* Adesão e conhecimento de profissionais da saúde em relação às precauções para Aerossóis. 2015. Disponível em: DOI:10.15253/2175-6783.2015000400008. Acesso em: 02 nov. 2021.

GODIN, G. **Os comportamentos na área da saúde**: compreender para melhor intervir. Campinas: Editora da Unicamp, 2019.

HÄUSSL *et al.* Psychological, physical, and social effects of the COVID-19 pandemic on hospital nurses. **International Nursing Review**, 2021. Disponível: <https://doi.org/10.1111/inr.12716>. Acesso em: 01 nov. 2021.

İPEK *et al.* Is N95 face mask linked to dizziness and headache?. **International Archives of Occupational and Environmental Health**, p. 1-10, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00420-021-01665-3>. Acesso em: 02 nov. 2021.

JIANG *et al.* Association between N95 respirator wearing and device-related pressure injury in the fight against COVID-19: a multicentre cross-sectional survey in China. **BMJ open**, v. 11, n. 2, p. e041880, 2021. Disponível em: <https://bmjopen.bmj.com/content/11/2/e041880>. Acesso em: 29 set. 2021.

JONES *et al.* A systematic risk-based strategy to select personal protective equipment for infectious diseases. **American journal of infection control**, v. 48, n. 1, p. 46-51, 2020. Disponível em: [https://www.ajicjournal.org/article/S0196-6553\(19\)30654-6/fulltext#relatedArticles](https://www.ajicjournal.org/article/S0196-6553(19)30654-6/fulltext#relatedArticles). Acesso em: 29 set. 2021.

KEARNS, A. J. Should nurses take a COVID-19 vaccine?. **Nursing Outlook**, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2021.07.011>. Acesso em: 01 nov. 2021.

LAI *et al.* Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. **JAMA network open**, v. 3, n. 3, p. e203976-e203976, 2020. Disponível em: [doi: 10.1001/jamanetworkopen.2020.3976](https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.3976). Acesso em: 02 nov. 2021.

MACHADO, M.H. Pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil: Relatório Final. Rio de Janeiro: Nerhus-Daps-Ensp/ Fiocruz; 2017.

MARIETTO, M. L. Observação participante e não participante: contextualização teórica e sugestão de roteiro para aplicação dos métodos. **Revista Ibero-Americana de Estratégia**, v. 17, n. 4, p. 05-18, 2018. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/328362007_Observacao_Participante_e_Nao_Participante_Contextualizacao_Teorica_e_Sugestao_de_Roteiro_para_Aplicacao_dos_Metodos. Acesso em: 27 jan. 2021.

MINAYO, M. C. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista pesquisa qualitativa**, v. 5, n. 7, p. 1-12, 2017. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4111455/mod_resource/content/1/Minayosaturacao.pdf. Acesso em: 19 nov. 2021.

MOURA *et al.* Knowledge and use of personal protective equipment by nursing professionals during the Covid-19 pandemic. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 55, 2021. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mdl-34698759>. Acesso em: 01 nov. 2021.

NOFAL *et al.* Factors influencing compliance to the infection control precautions among nurses and physicians in Jordan: A cross-sectional study. **Journal of infection prevention**, v. 18, n. 4, p. 182-188, 2017. Disponível em: doi: 10.1177/1757177417693676. Acesso em: 02 nov. 2021.

OLIVEIRA *et al.* Fatores estressores e estratégias do enfrentamento do enfermeiro intensivista frente ao novo coronavírus. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 9, p. e31610918119-e31610918119, 2021a. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/18119>. Acesso em: 29 set. 2021

OLIVEIRA *et al.* Gestão hospitalar de equipamentos de proteção individual no enfrentamento à pandemia covid19. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 3, p. 23814-23831, 2021b. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/26030/20644>

ONG *et al.* Headaches associated with personal protective equipment—A cross-sectional study among frontline healthcare workers during COVID-19. **Headache: The Journal of Head and Face Pain**, v. 60, n. 5, p. 864-877, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00420-021-01665-3>. Acesso em: 02 nov. 2021.

PAULA *et al.* Reações e sentimentos dos profissionais de saúde no cuidado de pacientes hospitalizados com suspeita covid-19. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 42, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200160>. Acesso em: 16 nov. 2021.

PASQUALI, L. **Psicometria**: teoria dos testes na psicometria e na educação. 5. ed. Petrópolis: Vozes, 2013.

PEREIRA-ÁVILA *et al.* Prática do uso de máscaras entre profissionais de enfermagem no Brasil na pandemia da covid-19. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 30, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0502>. Acesso em: 10 nov. 2021.

POLIT, D.F., BECK, C.T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 7ª ed. Porto Alegre (RS): Artmed; 2011.

PORTO, J. S.; MARZIALE, M. H. P. Motivos e consequências da baixa adesão às precauções padrão pela equipe de enfermagem. **Revista Gaúcha de enfermagem**, v. 37, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2016.02.57395>. Acesso em: 20 nov. 2021.

SILVA *et al.* Leadership practices in hospital nursing: a self of manager nurses. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 51, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2016099503206>. Acesso em: 20 nov. 2021.

SOARES *et al.* Dupla jornada de trabalho na enfermagem: dificuldades enfrentadas no mercado de trabalho e cotidiano laboral. **Escola Anna Nery**, v. 25, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0380>. Acesso em: 19 nov. 2021.

STATISTIK AUSTRIA. Pessoal de saúde. 2021. Disponível em: https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/gesundheitsversorgung/personal_im_gesundheitswesen/index.html. Acesso em: 10 nov. 2021.

TOURANGEAU, R. **Cognitive science and survey methods**. Washington: National Academy Press, 1984.

TRINDADE *et al.* The process of constructing and establishing content validity evidence for the equalis-OAS. **Avaliação Psicológica: Interamerican Journal of Psychological Assessment**, v. 17, n. 2, p. 271-277, 2018. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/avp/v17n2/14.pdf>. Acesso em: 07 out. 2021.

WHO. **Rational use of personal protective equipment for coronavirus disease (COVID-19): interim guidance**. World Health Organization, 2020. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331215/WHO-2019-nCov-IPCPPE_use-2020.1-eng.pdf. Acesso em: 07 out. 2021.

WILLIS, G. B. **Cognitive interviewing: a toll for improving questionnaire desing**. Thousand Oaks: Sage Publications, 2005.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração, a validação do instrumento e o pré-teste permitiram garantir o rigor metodológico para o levantamento das crenças. Dessas, percebeu-se que as comportamentais estão atreladas à proteção e às consequências utilizar a máscara conforme preconizado durante o período de 12 horas, as crenças normativas demonstraram a relação com os demais profissionais, as crenças de controle percebido relacionaram-se à necessidade de recursos para ajudar no espectro educacional e na falta de recursos.

Àquelas do Modelo de Crenças em Saúde, demonstra percepção de susceptibilidade pequena, mas existente, e que se contaminar geraria sentimentos ruins como culpa, ansiedade e frustração, além disso, acarretaria em consequências físicas e psicológicas.

A partir desses resultados, a construção do instrumento para mensuração das variáveis indiretas, apesar de não ser validado, torna-se um estímulo para continuar no processo de operacionalização proposto pela TCP, pois fortalece os achados dos determinantes, os quais direcionam para o estabelecimento de intervenções.

Pesquisar e identificar as crenças perpassa um conjunto de saberes, sendo o biológico, psicológico, social, cultural, econômico, entre outros aspectos que compactuam com a integralidade do ser humano. Ainda, a pesquisa qualitativa permite reconhecer, na fala e gestos dos participantes, as experiências vividas em um momento de crise sanitária, política e econômica causada por uma doença viral.

Utilizar um EPI, neste caso, enfatizado a máscara de proteção respiratória, é um ato de cuidar do outro, seja ele paciente ou colega de trabalho, mas acima de tudo, de si mesmo. Apesar de ser uma temática presente em mais de vinte anos no Brasil, a disponibilidade dos EPIs não é um determinante isolado para ser utilizado dentro da sua integralidade, o uso é complexo, em que se faz necessário compreender o próprio ser humano, o profissional, que exerce o seu trabalho em meio a uma complexidade, voltada de sobrecarga, influências, fatores estes que estão presentes na vida do enfermeiro, em que está presente diariamente no cuidado aos pacientes, ainda, o paciente crítico a uma doença até então desconhecida.

Estudar as crenças para a elaboração desta dissertação, permitiu ampliar os horizontes frente à percepção do comportamento, visto que trata-se de um objeto em que todos veem mas poucos percebem a relação destes nas relações do trabalho. Aspectos estes, presentes na revisão de escopo, no uso dos equipamentos de proteção individual pela equipe de enfermagem.

Assim, remete-se a uma reflexão da necessidade dos profissionais assistenciais e gestores identificarem os determinantes dos problemas existentes no seu processo de trabalho em que necessitam da adesão de alguém, começando pelas crenças, o qual nos parece ser um ponto de partida para o ensino, ciência e a prática da enfermagem.

REFERÊNCIAS

ABRAHAM, C.; SHEERAN, P. **The health belief model**. 3. ed. Chapel Hill: McGraw-Hill, 2015. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/290193215_The_Health_Belief_Model. Acesso em: 03 out. 2021

ADAMS, J. G.; WALLS, R. M. Supporting the health care workforce during the COVID-19 global epidemic. **Jama**, v. 323, n. 15, p. 1439-1440, 2020. Disponível em: https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2763136?guestAccessKey=3bb66b23-edb9-40b9-92105016ba70da89&utm_source=For_The_Media&utm_medium=referral&utm_campaign=ftm_links&utm_content=tf1&utm_term=031220. Acesso: 21 out 2020.

AJZEN, I. Perceived behavioral control, self-efficacy, locus of control, and the theory of planned behavior. **Journal of Applied Social Psychology**, 2002.

AJZEN, I. **Diagrama da Teoria do Comportamento Planejado**. 2019. Disponível em: <https://people.umass.edu/aizen/tpb.diag.html#null-link>. Acesso em: 13 set. 2020.

AJZEN, I. From intentions to actions: a theory of planned behavior. **Action control**, Berlin, Germany, p. 11-39, 1985. Disponível em: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-642-69746-3_2. Acesso em: 10 jan. 2021.

AJZEN, I. Nature and operation of attitudes. **Annual Review of Psychology**. 2001. v. 52, n. 27-58, doi: 10.1146/annurev.psych.52.1.27

AJZEN, I. Residual Effects of Past on Later Behavior: Habitual and Reasoned Action Perspectives. **Personality and Social Psychology Review**, v. 6, n. 2, p. 107-122, 2002.

AJZEN, I. The theory of planned behavior. **Organizational Behavior and Human Decision Process**, Massachusetts, EUA, v.50, n.2, p. 179-211, 1991.

AJZEN, I. The theory of planned behavior: Frequently asked questions. **Human Behavior and Emerging Technologies**, 2005. Available from:
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/hbe2.195>. Access on: 27 ago 2020.

AJZEN, I. The theory of planned behavior: Frequently asked questions. **Human Behavior and Emerging Technologies**, v. 2, n. 4, p. 314-324, 2020. Disponível em:
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/hbe2.195>. Acesso em: 17 nov. 2020.

AJZEN, I.; FISHBEIN, M. Attitude-behavior relations: A theoretical analysis and review of empirical research. **Psychological bulletin**, v. 84, n. 5, p. 888, 1977. Disponível em:
<https://psycnet.apa.org/record/1978-20968-001>. Acesso em: 17 nov. 2020.

AJZEN, I; FISHBEIN, M. Belief, attitude, intention and behavior: An introduction to theory and research. **Reading**, Massachusetts: Addison Wesley.1975.

AJZEN, I; FISHBEIN, M. Understanding attitudes and predicting social behavior. **Englewood Cliffs**, NJ: Prentice Hall. 1980

ALMEIDA *et al.* Crenças de indivíduos com hipertensão arterial sistêmica relacionadas ao tratamento medicamentoso. **Revista Rene (Online)**, p. e41585-e41585, 2019. Disponível em:

<https://pdfs.semanticscholar.org/6555/495096b4dc62804ca485355af3b9efdf41c1.pdf>. Acesso em: 28 nov. 2020.

AMARAL, M.; MALERBI, F. E. K. Instrumentos de avaliação da adesão ao tratamento utilizados nos artigos do JABA. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, v. 21, n. 2, p. 199-216, 2019. Disponível em: <http://www.usp.br/rbtcc/index.php/RBTCC/article/view/1239>. Acesso em: 30 set 2020.

BALLARD *et al.* Protection levels of N95-level respirator substitutes proposed during the COVID-19 pandemic: safety concerns and quantitative evaluation procedures. **BMJ open**, v. 11, n. 9, p. e045557, 2021. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8413478/#R1>. Acesso em: 06 out. 2021.

BASTOS *et al.* Equipamentos de proteção individual e a adesão do conhecimento dos profissionais e acadêmicos: revisão integrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 53, p. e3764-e3764, 2020. Disponível em: <https://www.acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/3764>. Acesso em: 30 set 2020.

BÖLENIUS, K. *et al.* A content validated questionnaire for assessment of self reported venous blood sampling practices. **BMC research notes**, v. 5, n. 1, p. 39, 2012.

BOOGAR *et al.* The effect of sociostructural and collaborative decision-making on diabetes self-management. **Iranian journal of public health**, v. 42, n. 3, p. 280, 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3633798/>. Acesso em: 28 nov 2020.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Cartaz com todas as precauções**. 2020e. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/cartaz-com-todas-as-precaucoes>. Acesso em: 17 nov. 2020.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC no. 302, de 13 de outubro de 2005. Dispõe sobre Regulamento Técnico para funcionamento de Laboratórios Clínicos. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2005/anexo/anexo_res0302_13_10_2005.pdf
Acesso em: 10 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A OMS classifica coronavírus como pandemia.** 2020a. Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/noticias/saude-e-vigilancia-sanitaria/2020/03/oms-classifica-coronavirus-como-pandemia>. Acesso em: 27 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Orientações para serviços de saúde:** Medidas De Prevenção E Controle Que Devem Ser Adotadas Durante A Assistência Aos Casos Suspeitos Ou Confirmados De Infecção Pelo Novo Coronavírus (SARS-CoV-2). 2020c. Disponível em: https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/10/NOTA_TECNICA_GVIMS_GGTES_ANVISA_04_2020_Reviso_27.10.2020.pdf. Acesso em: 11 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Doenças relacionadas ao trabalho:** Manual de procedimentos para os serviços de saúde. Representação no Brasil da OPAS/OMS. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sobre a doença.** 2020b. Disponível em: <https://coronavirus.saude.gov.br/sobre-a-doenca>. Acesso em: 09 ago 2020.

BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. RECOMENDAÇÃO Nº 020, DE 07 DE ABRIL DE 2020. 2020d. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/1103-recomendac-a-o-no-020-de-07-de-abril-de-2020>. Acesso em: 11 nov. 2021.

BRASIL. **Escopo e metodologia das pesquisas.** Disponível em: <https://www.gov.br/ouvidorias/pt-br/ouvidorias/conselhos-de-usuarios/videos-e-treinamentos->

1/criando-consultas-e-pesquisas/escopo-e-metodologia-das-pesquisas. Acesso em: 16 nov. 2021.

BRASIL. Portaria nº 1823, de 23 de agosto de 2012. 2012a Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Brasília, Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html. Acesso em: 28 out. 2020.

BRASIL. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. 2012b. Brasília, Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 29 nov. 2020.

BRASIL. Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. Brasília, Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>. Acesso em: 29 nov. 2020.

CAMPANELLI, P. **Testing survey questions**. New York: Lawrence Erlbaum Associates, 2008.

CASTRO, P. G.; ANDRADE, C. A. Biossegurança: Responsabilidade no cuidado individual e no cuidado coletivo. **Cadernos da Escola de Saúde**, v. 1, n. 7, 2016. Disponível em: <http://www.ijhmreview.org/ijhmreview/article/download/69/13>. Acesso em: 23 nov. 2020.

CDC. Recommended Guidance for Extended Use and Limited Reuse of N95 Filtering Facepiece Respirators in Healthcare Settings. 2020. Disponível em: <https://www.cdc.gov/niosh/topics/hcwcontrols/recommendedguidanceextuse.html#note2>. Acesso em: 25 jan. 2021.

CDC. **Optimizing N95 Respirator Supplies**. 2021. Disponível em: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/ppe-strategy/decontamination-reuse-respirators.html>. Acesso em: 08 out. 2021.

CHABOT, G.; GODIN, G.; GAGNON, M. Determinantes da intenção das enfermeiras do ensino fundamental de adotar um papel redefinido na promoção da saúde na escola.

Implementation Sci. V. 5, n. 93. 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1748-5908-5-93>. Acesso em: 13 set. 2020.

CHAN, J. F. *et al.* A familial cluster of pneumonia associated with the 2019 novel coronavirus indicating person-to-person transmission: a study of a family cluster. **The Lancet**, v. 395, n. 10223, p. 514-523, 2020. Disponível em:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0140673620301549>. Acesso em 11 nov. 2020.

CHAPMAN *et al.* Perceived barriers to adherence to tuberculosis infection control measures among health care workers in the Dominican Republic. **MEDICC review**, v. 19, p. 16-22, 2017. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/medicc/2017.v19n1/16-22/en/>. Acesso em: 25 jan. 2021.

CHAVES *et al.* A intenção masculina de procurar as unidades básicas de saúde: uma análise da teoria do comportamento planejado. 2016. Disponível em:

<http://www.repositorio.ufal.br/bitstream/riufal/1816/1/A%20inten%C3%A7%C3%A3o%20masculina%20de%20procurar%20as%20unidades%20b%C3%A1sicas%20de%20sa%C3%BAde%3A%20uma%20an%C3%A1lise%20da%20teoria%20do%20comportamento%20planejado.pdf>. Acesso em: 13 set 2020.

CHUGHTAI *et al.* Contamination by respiratory viruses on outer surface of medical masks used by hospital healthcare workers. **BMC infectious diseases**, v. 19, n. 1, p. 1-8, 2019.

Disponível em: https://bmcinfectdis.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12879-019-4109-x?utm_source=sootoday.com&utm_campaign=sootoday.com&utm_medium=referral. Acesso em: 06 nov 2020.

CNTS. **Vacinação reduz contágio e mortes de trabalhadores da saúde causadas pela Covid-19.** 2021. Disponível em: <https://cnts.org.br/noticias/vacinacao-reduz-contagio-e-mortes-de-trabalhadores-da-saude-causadas-pela-covid-19/>. Acesso em: 09 nov. 2021.

COFEN (Brasília). **Covid-19: enfermeiros e técnicos se contaminam 3 vezes mais do que médicos.** Enfermeiros e técnicos se contaminam 3 vezes mais do que médicos. 2020c.

Disponível em: http://www.cofen.gov.br/covid-19-enfermeiros-e-tecnicos-se-contaminam-tres-vezes-mais-do-que-os-medicos_81271.html. Acesso em: 27 ago. 2020.

COFEN (Brasília). O Brasil **responde por 30% das mortes de profissionais de Enfermagem por covid-19**. 2020b. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/brasil-responde-por-30-das-mortes-de-profissionais-de-enfermagem-por-covid-19_80622.html. Acesso em: 27 ago. 2020.

COFEN. COVID-19 **Orientações sobre a colocação e retirada dos equipamentos de proteção individual (EPIs)**. 2020. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2020/03/cartilha_epi.pdf. Acesso em: 12 jan. 2021.

COFEN. **Norma Regulamentadora nº 32**. 2014. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/nr-32-norma-regulamentadora-no-32/#:~:text=%C3%89%20uma%20Norma%20que%20estabelece,em%20qualquer%20n%C3%ADvel%20de%20complexidade..> Acesso em: 27 ago. 2020.

COFEN. **Observatório da Enfermagem**. 2020a. Disponível em: <http://observatoriodaenfermagem.cofen.gov.br/>. Acesso em: 27 nov. 2020.

COLUCI, M. Z. O.; ALEXANDRE, N. M. C.; MILANI, D. Construção de instrumentos de medida na área da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, p. 925-936, 2015. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csc/2015.v20n3/925-936/pt/>. Acesso em: 13 jan. 2021.

COREN. MINAIS GERAIS. CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. **É orientado utilizar a máscara cirúrgica por cima da N95?** 2020. Disponível em: <https://www.corenmg.gov.br/e-orientado-utilizar-a-mascara-cirurgica-por-cima-da-n95/>. Acesso em: 13 jan. 2021.

COSTA, M. F. Modelo de crença em saúde para determinantes de risco para contaminação por coronavírus. **Revista de Saúde Pública**, v. 54, p. 47, 2020. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/rsp/2020.v54/47/pt/>. Acesso em: 11 fev. 2021.

CRUZ, R. S. Evolução do conceito de adesão à terapêutica. **Saúde & Tecnologia**, n. 18, p. 11-16, 2018. Disponível em: <https://web.estesl.ipl.pt/ojs/index.php/ST/article/view/2041>. Acesso em: 01 out 2020.

CUNHA *et al.* Estratégias para promoção da adesão às Precauções Padrão entre profissionais da saúde: revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 4, p. e141942992-e141942992, 2020. Disponível em: <https://www.rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/2992/2246> . Acesso em: 30 set 2020.

CUNHA, Q. B. (2017). Adesão às precauções padrão por trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário: estudo de métodos mistos (Dissertação Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal de Santa Maria.Santa Maria, RS,Brasil

FERNANDES *et al.* Teoria da Ação Planejada como suporte teórico e metodológico: uma aplicação da Teoria da Ação Planejada. **Interação em Psicologia**, v. 23, n. 1, 2019. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/psicologia/article/view/55695>. Acesso em: 13 set 2020.

FERNANDES *et al.* Utilização de equipamentos de proteção individual: interfaces com o conhecimento dos profissionais de saúde. **Revista de Prevenção de Infecção e Saúde [online]**, p. 16-21, 2017. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Marcia_Fernandes17/publication/321872183_UTILIZACAO_DE_EQUIPAMENTOS_DE_PROTECAO_INDIVIDUAL_INTERFACES_COM_O_CONHECIMENTO_DOS_PROFISSIONAIS_DE_SAUDE/links/5beef219a6fdcc3a8ddb749/UTILIZACAO-DE-EQUIPAMENTOS-DE-PROTECAO-INDIVIDUAL-INTERFACES-COM-O-CONHECIMENTO-DOS-PROFISSIONAIS-DE-SAUDE.pdf. Acesso em: 28 out 2020.

FERREIRA, W. F. D. S.; OLIVEIRA, E. M. Biossegurança em relação a adesão de equipamentos de proteção individual. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, v. 17, n. 1, 2019. Disponível em: <http://periodicos.unincor.br/index.php/revistaunincor/article/view/4977>. Acesso em: 27 ago. 2020.

FIOCRUZ. **Pesquisa analisa o impacto da pandemia entre profissionais de saúde**. 2021. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/pesquisa-analisa-o-impacto-da-pandemia-entre-profissionais-de-saude>. Acesso em: 10 nov. 2021.

FISANICK, L. M. A descriptive study of the middle school science teacher behavior for required student participation in science fair competitions. **Indiana University of Pennsylvania**, 2010. Disponível em: http://stemed.unm.edu/sites/all/docs/MS_SciTchr_Behavior-Science_Fair.pdf. Acesso em: 01 dez. 2020.

FISHBEIN, M.; AJZEN, I. **Belief, attitude, intention, and behavior**: an introduction to theory and research. Reading, MA: Addison-Wesley, 1975.

FISHBEIN, M.; AJZEN, I. **Prediction and change of behavior**: The reasoned action approach. 2010.

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

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de saúde pública**, v. 24, p. 17-27, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csp/2008.v24n1/17-27/>. Acesso em: 22 nov. 2020.

GODIN, G. **Os comportamentos na área da saúde**: compreender para melhor intervir. Campinas: Editora da Unicamp, 2019.

GOMES, A. I. C. D. S.; NUNES, M. C. S. Predicting condom use: a comparison of the theory of reasoned action, the theory of planned behavior and an extended model of TPB. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 33, 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-37722017000100420&script=sci_arttext. Acesso em: 28 nov. 2020.

HAMMOND *et al.* HIV, trauma, and infection control: universal precautions are universally ignored. **The Journal of trauma**, v. 30, n. 5, p. 555-8; discussion 558, 1990. Disponível em: <https://europepmc.org/article/med/2342138>. Acesso em: 25 jan. 2021

HEIDEMANN, L. A.; ARAUJO, I. S.; VEIT, E. A. Um referencial teórico-metodológico para o desenvolvimento de pesquisas sobre atitude: a Teoria do Comportamento Planejado de Icek Ajzen. **Revista electrónica de investigación en educación en ciencias**, v. 7, n. 1, p. 22-31, 2012. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/2733/273323593003.pdf>. Acesso em: 13 set. 2020.

HEIM *et al.* Women's decisions to stay in or leave an abusive relationship: Results from a longitudinal study in Bolivia. **Violence against women**, v. 24, n. 14, p. 1639-1657, 2018. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1077801217741993>. Acesso em: 29 nov. 2020.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROF. POLYDORO ERNANI DE SÃO THIAGO. **Apresentação**. 2020. Disponível em: http://www.hu.ufsc.br/?page_id=12. Acesso em: 03 nov. 2020.

HU *et al.* Self-reported use of personal protective equipment among Chinese critical care clinicians during 2009 H1N1 influenza pandemic. **PloS one**, v. 7, n. 9, p. e44723, 2012. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0044723>. Acesso em: 25 jan. 2021

JACKSON FILHO *et al.* A saúde do trabalhador e o enfrentamento da COVID-19. **Revista Brasileira de saúde ocupacional**, v. 45, p. e14, 2020. Disponível em: http://www.profsaude-abrasco.fiocruz.br/sites/default/files/publicacoes/a_saude_do_trabalhador_e_o_enfrentamento.pdf. Acesso em: 06 nov. 2020.

JANNUZZI *et al.* Crenças relacionadas à adesão ao tratamento antidiabético oral segundo a Teoria do Comportamento Planejado. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 4, pág. 529-537, agosto de 2014. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692014000400529&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 13 set 2020. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.3578.2448>

KINROSS *et al.* Rapidly increasing cumulative incidence of coronavirus disease (COVID-19) in the European Union/European Economic Area and the United Kingdom, 1 January to 15 March 2020. **Eurosurveillance**, v. 25, n. 11, p. 2000285, 2020. Disponível em: <https://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/1560-7917.ES.2020.25.11.2000285>. Acesso em: 06 nov 2020.

KLOBAS, J. E.; AJZEN, I. Making the decision to have a child. In: **Reproductive decision-making in a macro-micro perspective**. Springer, Dordrecht, 2015. p. 41-78. Disponível em: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-94-017-9401-5_3. Acesso em: 29 nov. 2020

KONZEN, E. R. **Origem e disseminação do Vírus**: evidências científicas para a origem natural do novo coronavírus. Evidências científicas para a origem natural do novo coronavírus. 2020. Disponível em: [https://www.ufrgs.br/coronaviruslitoral/covid-19-origem-e-disseminacao/..](https://www.ufrgs.br/coronaviruslitoral/covid-19-origem-e-disseminacao/) Acesso em: 27 ago. 2020.

KRIEK, J.; STOLS, G. Teachers' beliefs and their intention to use interactive simulations in their classrooms. **South African Journal of Education**, v. 30, n. 3, 2010. Disponível em: <https://www.ajol.info/index.php/saje/article/view/60040>. Acesso em: 01 dez. 2020.

LAN *et al.* Skin damage among health care workers managing coronavirus disease-2019. **Journal of the American Academy of Dermatology**, v. 82, n. 5, p. 1215-1216, 2020. Disponível em: [https://www.jaad.org/article/S0190-9622\(20\)30392-3/abstract](https://www.jaad.org/article/S0190-9622(20)30392-3/abstract). Acesso em 10 nov. 2020.

LANE, S. T. M. **O que é psicologia social**. Brasiliense, 2017. Disponível em: https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=_mgvDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT3&dq=psicologia+social&ots=vkcw0DdKUa&sig=y_qE-_nGBQZcsZv7DB_aizBSIXY. Acesso em 12 set 2020.

LEE, J.; CERRETO, F. A.; LEE, J. Theory of planned behavior and teachers' decisions regarding use of educational technology. **Journal of Educational Technology & Society**, v. 13, n. 1, p. 152-164, 2010. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/pdf/jeductechsoci.13.1.152.pdf>. Acesso em: 01 dez. 2020.

LOHR, K. N. Assessing health status and quality-of-life instruments: attributes and review criteria. **Quality of life Research**, v. 11, n. 3, p. 193-205, 2002

MARIETTO, M. L. Observação participante e não participante: contextualização teórica e sugestão de roteiro para aplicação dos métodos. **Revista Ibero-Americana de Estratégia**, v. 17, n. 4, p. 05-18, 2018. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/328362007_Observacao_Participante_e_Nao_Participante_Contextualizacao_Teorica_e_Sugestao_de_Roteiro_para_Aplicacao_dos_Metodos. Acesso em: 27 jan. 2021.

MARZIALE *et al.* Implantação da Norma Regulamentadora 32 e o controle dos acidentes de trabalho. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 25, n. 6, p. 859-866, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000600006&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 2020.

MITCHELL *et al.* Impact of the 2009 influenza A (H1N1) pandemic on Canadian health care workers: a survey on vaccination, illness, absenteeism, and personal protective equipment. **American journal of infection control**, v. 40, n. 7, p. 611-616, 2012. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0196655312001113>. Acesso em: 25 jan. 2021.

MOKKINK, L. B. *et al.* COSMIN checklist manual. **Amsterdam: University Medical Center**, 2012.

MOUTINHO, K.; ROAZZI, A. As teorias da ação racional e da ação planejada: relações entre intenções e comportamentos. **Avaliação psicológica**, v.9, n.2, p. 279-287, 2010.

ONU. Organização das Nações Unidas. **OMS declara 2021 Ano Internacional dos Trabalhadores de Saúde e Cuidadores**. 2020b. Disponível em: <https://news.un.org/pt/story/2020/11/1732632>. Acesso em: 27 nov. 2020.

ONU. Organização das Nações Unidas. **OMS revela que 10% de vítimas da Covid-19 são trabalhadores de saúde**. 2020a. Disponível em: <https://news.un.org/pt/story/2020/07/1720501>. Acesso em: 27 nov. 2020.

PASQUALI, L. **Psicometria**: teoria dos testes na psicometria e na educação. 5. ed. Petrópolis: Vozes, 2013.

PIAI-MORAIS, T. H.; ORLANDI, F. D. S.; FIGUEIREDO, R. M. D. Factors influencing adherence to standard precautions among nursing professionals in psychiatric hospitals. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 49, n. 3, p. 473-480, June 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342015000300473&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 27 nov. 2020.

POLIT, D. F.; BECK, C.T. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

PORTO, J. S.; MARZIALE, M. H. P. Motivos e consequências da baixa adesão às precauções padrão pela equipe de enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 37, n. 2, e57395, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472016000200501&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 11 nov. 2020.

PRESSEAU *et al.* Action, actor, context, target, time (AACTT): a framework for specifying behaviour. **Implementation Science**, v. 14, n. 1, p. 102, 2019. Disponível em: <https://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13012-019-0951-x#citeas>. Acesso em: 17 nov. 2020.

QUEIROZ, L. S.; LUFT, M. C. M. S. Validação de uma Escala Multidimensional para o Uso de Mídias Sociais. **Revista Brasileira de Marketing**, v. 17, n. 4, p. 603-619, 2018. Disponível em: <https://periodicos.uninove.br/remark/article/view/12459>. Acesso em: 28 nov. 2020.

RAMALHO, A. O.; FREITAS, P. D. S. S.; NOGUEIRA, P. C. Lesão por pressão relacionada a dispositivo médico nos profissionais de saúde em época de pandemia. **Estima (Online)**, p. e0120-e0120, 2020. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1096183>. Acesso em: 10 nov. 2020.

RIBEIRO *et al.* Medidas de biossegurança adotadas por graduandos em enfermagem no cotidiano dos espaços de práticas laboratoriais. **Revista Prevenção de Infecção e Saúde**. 2020b.

https://www.researchgate.net/profile/Herica_Carvalho2/publication/338414028_BIOSA

RIBEIRO *et al.* Saúde e segurança de profissionais de saúde no atendimento a pacientes no contexto da pandemia de Covid-19: revisão de literatura. **Revista brasileira de saúde ocupacional**, São Paulo, v. 45, e25, 2020a. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572020000101600&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 21 out. 2020.

RIBEIRO, G.; PIRES, D. E. P. de; SCHERER, M. D. D. A. Práticas de biossegurança no ensino técnico de enfermagem. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 871-888, Dec. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462016000300871&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 09 nov. 2020.

ROSENSTOCK, I. M. Historical origins of the health belief model. **Health education monographs**, v. 2, n. 4, p. 328-335, 1974. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/109019817400200403>. Acesso: 11 fev. 2021.

ROSENSTOCK, I. M. Why people use health services. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 44, 94-127. 1966.

SADEGHI, R.; HASHEMI, M.; KHANJANI, N. The impact of educational intervention based on the health belief model on observing standard precautions among emergency center nurses in Sirjan, Iran. **Health education research**, v. 33, n. 4, p. 327-335, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/her/cyy020>. Acesso em: 14 nov. 2021.

SANT'ANNA *et al.* Infecção e óbitos de profissionais da saúde por COVID-19: revisão sistemática. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 33, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ape/v33/1982-0194-ape-33-eAPE20200107.pdf>. Acesso em: 09 set. 2020

SECRETARIA DO ESTADO DE MINAS GERAIS. **Máscara de tecido, máscara cirúrgica e máscara n95: quando usá-las?**. 2020. Disponível em: <https://coronavirus.saude.mg.gov.br/blog/190-coronavirus-tipos-de-mascara>. Acesso em: 12 jan. 2020.

SHEREEN *et al.* COVID-19 infection: Origin, transmission, and characteristics of human coronaviruses. **Journal of Advanced Research**, 2020. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2090123220300540>. Access on: 26 ago 2020.

SILVA *et al.* Condições de trabalho e falta de informações sobre o impacto da COVID-19 entre trabalhadores da saúde. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 45, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0303-76572020000101502&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em 26 ago 2020.

SKINNER, B.F. **Ciência e comportamento Humano**. São Paulo: Martins Fontes. 1953.

SOARES *et al.* Pandemia de Covid-19 e o uso racional de equipamentos de proteção individual [Covid-19 pandemic and rational use of personal protective equipment][Pandemia de Covid-19 y uso racional de equipos de protección personal]. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 28, p. 50360, 2020. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/50360/34044>. Acesso em: 26 ago 2020.

SOUSA *et al.* Representações sociais da Enfermagem sobre biossegurança: saúde ocupacional e o cuidar prevencionista. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 69, n. 5, p. 864-871, 2016. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/2670/267047824008.pdf>. Acesso em: 11 nov. 2020.

SOUSA, F. F.; SOUSA, I. A.; OLIVEIRA, L. M. N. A utilização de equipamentos de proteção individual e coletiva por profissionais de saúde: revisão integrativa. **Revista de Atenção à Saúde**, v. 16, n. 58, 2018. Disponível em: https://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/5667. Acesso em: 30 set 2020.

SOUZA *et al.* Tradução e validação para a língua portuguesa e avaliação do guia COREQ. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 34, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/sprbhNSRB86SB7gQsrNnH7n/#>. Acesso em: 03 out 2021.

TAN *et al.* Protecting health care workers in the front line: Innovation in COVID-19 pandemic. **Journal of Global Health**, v. 10, n. 1, 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7242895/>. Acesso em: 21 out 2020.

TORRES, A. A. L. Adesão ao tratamento dietético. 2019. Disponível em: <https://www.vponline.com.br/portal/noticia/pdf/32a20619a054d11441f8918931ac91ce.pdf>. Acesso em: 28 nov. 2020.

UNASUS. **Vacinação contra a covid-19 já teve início em quase todo o país**. 2021. Disponível em: <https://www.unasus.gov.br/noticia/vacinacao-contra-a-covid-19-ja-teve-inicio-em-quase-todo-o-pais>. Acesso em: 09 nov. 2021.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA (Florianópolis). **Instrução Normativa 01/PEN/2016**. 2016. Disponível em: <https://pen40anos.paginas.ufsc.br/files/2016/08/IN-01.2016-Documenta%C3%A7%C3%A3o-para-Conclus%C3%A3o.pdf>. Acesso em: 08 out. 2021.

VIEIRA *et al.* Uso dos equipamentos de proteção individual por profissionais de enfermagem na atenção primária à saúde. **Revista de Enfermagem UFPE on line [Internet]**, v. 9, p. 1376-83, 2015. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Deivson_Lima/publication/342870337_USO_DOS_EQUIPAMENTOS_DE_PROTECAO_INDIVIDUAL_POR_PROFISSIONAIS_DE_ENFERMAGEM_NA_ATENCAO_PRIMARIA_A_SAUDE_USE_OF_PERSONAL_PROTECTIVE_EQUIPMENT_FOR_NURSING_PROFESSIONALS_IN_PRIMARY_HEALTH_CARE_US_E_OF_PER/links/5f09da9692851c52d628f3ac/USO-DOS-EQUIPAMENTOS-DE-

PROTECAO-INDIVIDUAL-POR-PROFISSIONAIS-DE-ENFERMAGEM-NA-ATENCAO-PRIMARIA-A-SAUDE-USE-OF-PERSONAL-PROTECTIVE-EQUIPMENT-FOR-NURSING-PROFESSIONALS-IN-PRIMARY-HEALTH-CARE-USE-OF-PER.pdf. Acesso em: 04 out 2020.

VIGILÂNCIA EM SAÚDE E QUALIDADE HOSPITALAR DO HOSPITAL DE CLÍNICAS (Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares). Universidade Federal do Triângulo Mineiro. **Precaução e Isolamento**. 2017. Disponível em: <http://www2.ebserh.gov.br/documents/147715/0/Precau%C2%BA%C3%81es+e+isolamento+8.pdf/d40238e5-0200-4f71-8ae3-9641f2dc7c82>. Acesso em: 05 nov. 2020.

WHO. World Health Organization. **Rational use of personal protective equipment for coronavirus disease (COVID-19): interim guidance**. World Health Organization, 2020f. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331215/WHO-2019-nCov-IPCPE_use-2020.1-eng.pdf. Acesso em: 07 out. 2021.

WHO. World Health Organization. **Coronavirus Disease 2019 (COVID-79)**. Situation Report 79. 2020d.

WHO. World Health Organization. **Critical preparedness, readiness and response actions for COVID-19**. 2020c. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/336373/WHO-COVID-19-Community_Actions-2020.5-eng.pdf. Acesso em: 11 nov. 2020.

WHO. World Health Organization. **Health Promotion Glossary**. Geneva: World Health Organization. 1998. Disponível em: <http://www.who.int/healthpromotion/about/HPG/en/>. Acesso em: 10 nov. 2021.

WHO. World Health Organization. **Report of the WHO-China Joint Mission on Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)** [Internet]. World Health Organization; 2020a. Disponível em: [Disponível em: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/who-china-joint-mission-on-covid-19-final-report.pdf](https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/who-china-joint-mission-on-covid-19-final-report.pdf) Acesso em: 10 nov. 2020.

WHO. World Health Organization. **Risk assessment and management of exposure of health care workers in the context of COVID-19: interim guidance 2020e**. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331496>. Acesso em: 11 nov. 2020.

WHO. World Health Organization. **WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 - 5 March 2020** [Internet]. World Health Organization; 2020b. Disponível em: Disponível em: <https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---5-march-2020>. Acesso em: 10 nov 2020.

WILLIS, G. B. **Cognitive interviewing: a toll for improving questionnaire desing**. Thousand Oaks: Sage Publications, 2005.

ZHAO, Z.; GAO, D. Precaution of 2019 novel coronavirus infection in department of oral and maxillofacial surgery. **British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, v. 58, n. 3, p. 250-253, 2020. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0266435620300851>. Acesso em: 27 nov. 2020.

ZU *et al.* Coronavirus disease 2019 (COVID-19): a perspective from China. **Radiology**, p. 200490, 2020. Disponível: <https://pubs.rsna.org/doi/full/10.1148/radiol.2020200490>. Acesso em: 26 ago 2020.

APÊNDICE A - Carta convite para participação dos especialistas/juízes

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
Programa de Pós-graduação em
Enfermagem



Queridos (as) especialistas,

Meu nome é Rayhany Kelly de Sousa, sou aluna de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Estou desenvolvendo uma pesquisa intitulada "Avaliação de crenças dos enfermeiros relacionadas ao uso da máscara de proteção respiratória para prevenção da COVID-19 nas Unidades de Terapia Intensiva do Sul do país", sob orientação da Prof. Dra. Natália Gonçalves, cujo objetivo é identificar as crenças relacionadas ao comportamento de adesão ao uso de Equipamento de Proteção Individual pelos enfermeiros atuantes nas Unidades de Terapia Intensiva.

Trata-se de um estudo baseado na Teoria do Comportamento Planejado e conta com uma etapa qualitativa na qual será avaliada as crenças sobre o uso da máscara respiratória por enfermeiros alocados em Unidades de Terapia Intensiva, a partir do instrumento a ser avaliado pelo(a) senhor(a).

Considerando sua expertise na temática e/ou metodologia, gostaríamos de contar com a sua participação neste processo de construção do instrumento de pesquisa, na qualidade de "Especialista/Juiz", no qual o(a) senhor(a) é convidado a avaliar a relevância dos itens que compõem o instrumento de coleta de dados, quanto a aparência e conteúdo dos mesmos. Sua participação se dará através do preenchimento do roteiro avaliativo e de anotações/comentários que julgar pertinentes diretamente no instrumento a ser avaliado. E após a devolução dessa avaliação, será marcado uma reunião via plataforma online para discussão e validação final do instrumento.

UNIVERSIDADE FEDERAL
DE SANTA CATARINA

Desde já, agradecemos sua atenção.



Documento assinado digitalmente
Rayhany Kelly de Sousa
Data: 05/04/2021 13:43:42-0300
CPF: 085.334.889-80
Verifique as assinaturas em <https://v.ufsc.br>

Mda. Rayhany Kelly de Sousa

**Discente do Programa de Pós-
Graduação em Enfermagem**

Natália Gonçalves

Dra. Natália Gonçalves

**Docente do Programa de Pós-Graduação
em Enfermagem**

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos Especialistas/Juízes

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
Centro de Ciências da Saúde

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)-COMITÊ D
ESPECIALISTAS**

Prezado(a) Senhor(a),

Você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa intitulada: “Avaliação de crenças de discentes e profissionais de saúde relacionadas ao uso de Equipamentos de Proteção Individual para prevenção da COVID-19 no Brasil”, conduzido pela pesquisadora responsável Prof. Dra. Natália Gonçalves do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), cujo objetivo é identificar as crenças relacionadas ao comportamento de adesão ao uso de Equipamento de Proteção Individual (EPI) entre alunos e profissionais de enfermagem.

Caso você concorde em participar desta pesquisa de forma **voluntária**, neste momento o(a) convidamos a participar no processo de elaboração do instrumento da pesquisa, na qualidade de “Especialista/Juiz”. Considerando sua expertise na temática, sua participação nesse processo será no intuito de validar o instrumento construído pela pesquisadora e sua equipe.

Para tanto, após aceite em participar da pesquisa, enviaremos por e-mail o material a ser validado. Ainda, após a devolução da avaliação, está prevista uma reunião - grupo focal, a qual será realizada por meio de plataforma digital. Caso seja necessário, como em dúvidas sobre a avaliação, novas alterações no instrumento, poderemos marcar uma nova reunião com você e/ou todos os especialistas, por meio de plataforma virtual.

A pesquisa não acarretará riscos físicos, biológicos e psicológicos, porém se caso ocasionar desconforto mesmo que aparentemente simples, como aborrecimento ou fadiga no decorrer da pesquisa, você participante, tem total liberdade para interrompê-la a qualquer momento, bem como desistir da entrevista sem nenhum prejuízo. Quanto aos benefícios desta pesquisa será contribuir para a elaboração do conhecimento frente às crenças existentes no processo de trabalho e do ensino, para que assim, possa melhorar as intervenções frente a biossegurança. É garantido o acompanhamento e assistência ao participante durante todo o processo da pesquisa.

É garantido o sigilo das informações obtidas por meio da entrevista, porém, cabe-nos alertar o risco de quebra de sigilo, mesmo que não intencional. Os resultados obtidos serão divulgados em eventos científicos e/ou revistas, sempre mantendo o anonimato do participante, bem como, o resultado estarão à sua disposição sempre que solicitar.

É garantido a indenização, sendo o reparo ao dano caso ele seja material ou imaterial devidamente comprovado da pesquisa, devendo ser pago de acordo com a legislação vigente.

É garantido o ressarcimento das despesas com respeito aos possíveis gastos, como transporte e alimentação, caso seja comprovada a sua necessidade este será ressarcido pelos pesquisadores.

Caso esteja de acordo em participar desta pesquisa, por favor, manifestar a sua vontade e consentimento por meio de resposta ao e-mail convite enviado pela pesquisadora, no qual estará contido este termo assinado pela mesma. O termo de consentimento poderá ser novamente solicitado por você a qualquer momento. Sua resposta de aceite, enviada ao e-mail da pesquisadora responsável, será arquivada em pasta individual, a fim de respeitar e garantir os preceitos éticos no que tange a sua anuência à essa pesquisa. Caso a pesquisa seja realizada de forma presencial, serão ofertadas duas vias deste termo, assinadas pela pesquisadora principal, sendo necessário que você assine as duas e uma delas ficará em seu poder e a outra, para pesquisadora responsável pela pesquisa.

Em caso de dúvidas poderá entrar em contato com a Prof. Dra. Natália Gonçalves pelo (48) 991210057, e-mail natalia.goncalves@ufsc.br/ nataliasjbv@gmail.com ou pelo endereço profissional, Universidade Federal de Santa Catarina, Departamento de Enfermagem, Trindade, 88040900 - Florianópolis, SC - Brasil, Telefone: (48) 37212756, Ramal: 2756. Você também poderá entrar em contato diretamente com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) pelo endereço físico do CEP SH-UFSC (item IV.5.d da res. 466/12 e art. 17 inc. IX da res. 510/16): Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401, Trindade, Florianópolis/SC, CEP 88.040-400, Contato: (48) 3721-6094, cep.propesq@contato.ufsc.br. “O CEP SH é um órgão colegiado interdisciplinar, deliberativo, consultivo e educativo, vinculado à Universidade Federal de Santa Catarina, mas independente na tomada de decisões, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.”.

Vale ressaltar que a pesquisa é baseada nas Resoluções nº 466/12 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde e sob as recomendações dadas pelo CEP pela própria Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), e a pesquisadora vigente declara o cumprimento desta resolução.

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Pelo presente consentimento informado, declaro que fui esclarecido, de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento e coerção, dos objetivos, dos riscos, dos benefícios da pesquisa e os direitos ao voluntário.

Li e concordo em participar da pesquisa.

Ao clicar no botão abaixo, você concorda em participar. Caso não queira, apenas feche essa página no navegador.



Sim, eu aceito participar da pesquisa.



Não, não aceito participar desta pesquisa

Se você assinalou que aceita participar da pesquisa, solicitamos que insira o seu e-mail para que possamos encaminhar a cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

E-mail: _____

Mas se assinalou que não aceita participar desta pesquisa, solicitamos que feche a aba deste formulário sem nenhum prejuízo.

APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos enfermeiros

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
Centro de Ciências da Saúde

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**

Prezado (a) Senhor (a),

Você está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa intitulada: “Avaliação de crenças de discentes e profissionais de saúde relacionadas ao uso de Equipamentos de Proteção Individual para prevenção da COVID-19 no Brasil”, conduzido pela pesquisadora responsável Prof. Dra. Natália Gonçalves do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), cujo objetivo é identificar as crenças relacionadas ao comportamento de adesão ao uso de Equipamento de Proteção Individual (EPI) entre alunos e profissionais de enfermagem.

Caso você concorde em participar desta pesquisa de forma **voluntária**, será realizada uma entrevista sobre as crenças relacionadas ao uso desses EPI durante a prática nas disciplinas onde inicia-se o aprendizado frente a biossegurança, sendo “Fundamentos para o Cuidado Profissional” e nos períodos finais da graduação de enfermagem da UFSC nas disciplinas de “Estágio Supervisionado I” e “Estágio Supervisionado II”. Quanto aos profissionais de enfermagem, será desenvolvida a entrevista com aqueles que prestam assistência ao paciente nos setores do Pronto Atendimento, Clínica Médica, Centro Cirúrgico e a Unidade de Terapia Intensiva e unidades ambulatoriais do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago – HU/UFSC/EBSERH. Para ambos os participantes serão realizadas entrevistas abertas e/ou questionários a depender da etapa da pesquisa, as quais poderão ser realizadas de forma síncrona ou pessoalmente e gravadas, ou então, de forma assíncrona, por meio de um formulário eletrônico.

A pesquisa não acarretará riscos físicos, biológicos e psicológicos, porém se caso ocasionar desconforto mesmo que aparentemente simples, como aborrecimento ou fadiga no decorrer da pesquisa, você participante, tem total liberdade para interrompê-la a qualquer momento, bem como desistir da entrevista sem nenhum prejuízo. Quanto aos benefícios desta pesquisa será contribuir para a elaboração do conhecimento frente às crenças existentes no processo de trabalho e do ensino, para que assim, possa melhorar as intervenções frente a biossegurança. É garantido o acompanhamento e assistência ao participante durante todo o processo da pesquisa.

Informamos que há o risco, ainda que remoto, de quebra de sigilo, mesmo que involuntário e não intencional, e caso ocorra será tratado nos termos da lei. Como consequência da quebra de sigilo você teria suas informações pessoais expostas. Os pesquisadores comprometem-se a conduzir a pesquisa de acordo com o que preconiza a Resolução nº466/12 e 510/2016 que trata dos preceitos éticos e da proteção aos participantes da pesquisa. Os resultados obtidos poderão ser publicados em eventos

científicos e/ou revistas, sempre mantendo o anonimato do participante, bem como, estarão à sua disposição sempre que solicitar.

É garantido a indenização, sendo o reparo ao dano caso ele seja material ou imaterial devidamente comprovado da pesquisa, devendo ser pago de acordo com a legislação vigente. É garantido o ressarcimento das despesas com respeito aos possíveis gastos, como transporte e alimentação, caso seja comprovada a sua necessidade este será ressarcido pelos pesquisadores.

Caso esteja de acordo em participar desta pesquisa, por favor, manifestar a sua vontade e consentimento por meio de resposta ao e-mail convite enviado pela pesquisadora, no qual estará contido este termo assinado pela mesma. O termo de consentimento poderá ser novamente solicitado por você a qualquer momento. Sua resposta de aceite, enviada ao e-mail da pesquisadora responsável, será arquivada em pasta individual, a fim de respeitar e garantir os preceitos éticos no que tange a sua anuência à essa pesquisa. Caso a pesquisa seja realizada de forma presencial, serão ofertadas duas vias deste termo, assinadas pela pesquisadora principal, sendo necessário que você assine as duas e uma delas ficará em seu poder e a outra, para pesquisadora responsável pela pesquisa.

Em caso de dúvidas poderá entrar em contato com a Prof. Dra. Natália Gonçalves pelo (48) 991210057, e-mail natalia.goncalves@ufsc.br/ nataliasjbv@gmail.com ou pelo endereço profissional, Universidade Federal de Santa Catarina, Departamento de Enfermagem, Trindade, 88040900 - Florianópolis, SC - Brasil, Telefone: (48) 37212756, Ramal: 2756. Você também poderá entrar em contato diretamente com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) pelo endereço físico do CEP SH-UFSC (item IV.5.d da res. 466/12 e art. 17 inc. IX da res. 510/16): Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401, Trindade, Florianópolis/SC, CEP 88.040-400, Contato: (48) 3721-6094, cep.propesq@contato.ufsc.br. “O CEP SH é um órgão colegiado interdisciplinar, deliberativo, consultivo e educativo, vinculado à Universidade Federal de Santa Catarina, mas independente na tomada de decisões, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.”.

Vale ressaltar que a pesquisa é baseada nas Resoluções nº 466/12 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde e sob as recomendações dadas pelo CEP pela própria Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), e a pesquisadora vigente declara o cumprimento desta resolução.

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO DE ENTREVISTA PRESENCIAL

Eu, _____ declaro que fui esclarecido, de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento e coerção, dos objetivos, dos riscos, dos benefícios da pesquisa e os direitos ao voluntário.

Li e concordo em participar da pesquisa.

Florianópolis, ___/___/____

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO DE ENTREVISTA ONLINE

Eu declaro que fui esclarecido, de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento e coerção, dos objetivos, dos riscos, dos benefícios da pesquisa e os direitos ao voluntário.

Ao clicar no botão abaixo, você concorda em participar. Caso não queira, apenas feche essa página no navegador.



Sim, eu aceito participar da pesquisa.



Não, não aceito participar desta pesquisa

Se você assinalou que aceita participar da pesquisa, solicitamos que insira o seu e-mail para que possamos encaminhar a cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

E-mail: _____

Mas se assinalou que não aceita participar desta pesquisa, solicitamos que feche a aba deste navegador.

APÊNDICE D – Caracterização Sociodemográfica dos Enfermeiros

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
Centro de Ciências da Saúde



CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DOS ENFERMEIROS

Identificação

Iniciais: _____ Idade: _____ anos

Sexo Masculino Feminino

Estado Civil Casado(a) Solteiro(a) Viúvo(a) Separado(a) Em união consensual

Cor Branco(a) Negro(a) Pardo(a) Indígena(a) Amarelo(a)

Doenças crônicas Hipertensão arterial Diabetes Mellitus Problemas imunológicos

Problemas respiratórios Nenhum

Sistema de saúde utilizado Principal Suplementar Ambos

Moradia (incluindo você)

Reside com quantas pessoas: Moro sozinho(a) 1 pessoa 2 pessoas 3 pessoas
 4 pessoas 5 ou mais pessoas

Existe alguém com quem você reside que é do grupo de risco? Não, eu moro sozinho(a)

Não, moro com ninguém do grupo de risco Idoso Portadores de Doenças crônicas

Puérperas Crianças menores de 5 anos

Transporte utilizado para deslocamento

Transporte público Veículos particulares (táxi, aplicativo, carona) Veículo próprio

A pé Bicicleta outro _____

Renda familiar mensal

Maior que R\$ 10.001,00 Entre R\$ 5.001,00 e R\$ 10.000,00 Entre 3.001,00 e R\$ 5.000,00
 Entre R\$ 1.001,00 e R\$ 3.000,00 Menor que R\$ 1.000,00

Renda familiar

Quantas pessoas contribuem com essa renda (considerando você)?

1 pessoa 2 pessoas 3 pessoas 4 pessoas 5 ou mais

Escolaridade

Superior completo Especialização Mestrado Doutorado

Tempo de formação da graduação menos de 1 ano 1 a 3 anos 3 a 5 anos 5 a

10 anos 10 a 20 anos Mais de 20 anos

Experiência profissional

Quanto tempo você atua nas Unidades de Terapia Intensiva?

Menos de 1 ano 1 a 3 anos 3 a 5 anos 5 a 10 anos 10 a 20
anos Mais de 20 anos

Além de enfermeiro (a), você possui outra profissão? () Não, somente enfermeiro (a)
() Auxiliar de enfermagem () Técnico de enfermagem () Outra profissão, se sim, qual?

Atuação profissional

Quais os Equipamentos de Proteção Individual que você utiliza na sua rotina?

() Máscara cirúrgica () Máscara N95/PFF2/PFF3 () Máscara de tecido
() Avental/Jaleco () Macacão () Gorro/Touca () Luvas de procedimentos para quando for executá-los () Luvas sem realizar procedimentos () Luva estéril

Você recebeu algum treinamento específico para situações de COVID-19 na instituição em que você atua? () Sim () Não () Eu procurei por treinamento em outro espaço.

COVID-19


Você já se infectou com a COVID-19? () Sim () Não

Você já se vacinou contra a COVID-19? () Sim () Não

O que você pensa sobre a COVID-19? () Doença grave () Doença moderada () Doença leve

Qual o seu grau de comprometimento com as medidas de prevenção de contágio?

() Alta () Moderado () Baixo () Muito Baixo

APÊNDICE E – Roteiro avaliativo dos juízes para avaliação do instrumento.

Seção 1 de 34

INSTRUMENTO PARA LEVANTAMENTO DE CRENÇAS SOBRE O USO DE MÁSCARA RESPIRATÓRIA PELOS ENFERMEIROS NAS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA

Primeiramente gostaríamos de agradecer pelo interesse em participar dessa pesquisa tão importante para nós e para a ciência visando o momento crítico em que estamos vivenciando.

A sua contribuição será muito importante para o aprimoramento do título, comportamento e dos itens construídos nesse instrumento, visando a sua experiência profissional com Teoria do Comportamento Planejado e/ou vivência nas Unidades de Terapia Intensiva.

Você levará em média de 15 a 25 minutos para preencher o formulário.

APÊNDICE F – Instrumento validado para levantamento de crenças do uso da máscara de proteção respiratória pelos enfermeiros nas Unidades de Terapia Intensiva

INSTRUMENTO PARA LEVANTAMENTO DE CRENÇAS RELACIONADAS AO USO DE MÁSCARA RESPIRATÓRIA PELOS ENFERMEIROS NAS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA

Instruções: As questões que seguem foram elaboradas para avaliar suas crenças sobre o comportamento de uso da máscara respiratória na sua atuação enquanto enfermeiro. É importante ressaltar que não há respostas certas e erradas. Dessa forma, solicitamos que você seja sincero com as suas respostas, visto que estas não serão utilizadas para fins de julgamento ou exposição.

Para responder às questões, gostaríamos que você remetesse a sua rotina de trabalho na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), considerando como você se sente frente às normas, às circunstâncias e tudo aquilo que permeia *em utilizar corretamente a máscara de proteção respiratória N95/PFF2/PFF3 durante a assistência direta a todos os pacientes suspeitos ou confirmados com COVID-19, em todos os plantões de 12 horas nos próximos 30 dias.*

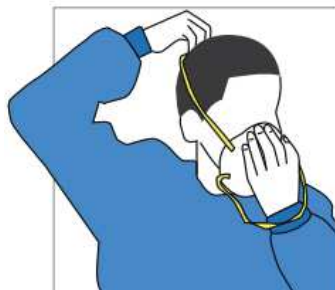
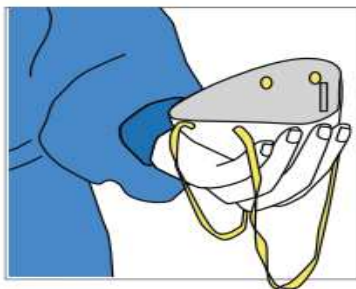
Para clarificar o comportamento descrito acima, definimos um conjunto de atividades que pode contemplar a utilização correta da máscara de proteção respiratória N95/PFF2/PFF3. Assim, pedimos que leia atentamente essa descrição para responder aos questionamentos sobre suas crenças.

CUIDADOS ANTES DA PARAMENTAÇÃO DA MÁSCARA DE PROTEÇÃO RESPIRATÓRIA (N95/PFF2/PFF3)

1. Prender o cabelo - se comprido - em forma de coque ou rabo de cavalo;
2. Retirar os adornos;
3. Higienizar as mãos e antebraços;
4. Abrir o pacote da máscara de proteção respiratória;
5. Verificar a integridade do produto. Caso haja comprometimento, descartá-lo e obter um novo.

CUIDADOS PARA PARAMENTAÇÃO DA MÁSCARA DE PROTEÇÃO RESPIRATÓRIA (N95/PFF2/PFF3)¹

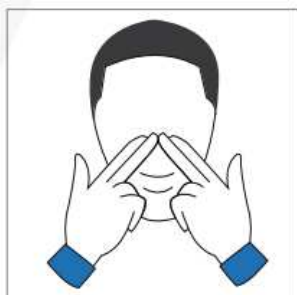
Segurar o respirador com o clip nasal próximo à ponta dos dedos deixando as alças pendentes;



Encaixar o respirador sob o queixo;
Posicionar uma das alças na nuca;



E a outra na cabeça;



Ajustar o clip nasal do nariz;



Verificar a vedação pelo teste de pressão positiva e negativa - expire profundamente - se houver vazamento de ar, ajuste a posição e/ou alças

de tensão, repita os passos até que a máscara esteja vedando corretamente.

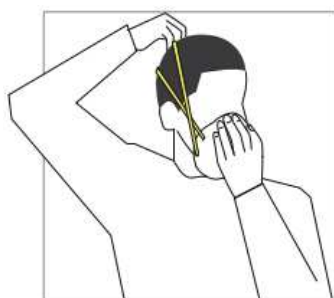
CUIDADOS DURANTE O USO DA MÁSCARA DE PROTEÇÃO RESPIRATÓRIA (N95/PFF2/PFF3)

- Permanecer com a mesma máscara por 8 horas seguidas. Após, realizar a troca quando estiver em atendimento dos pacientes contaminados pelo mesmo patógeno (COVID-19);
- Utilizar a máscara de proteção respiratória de forma individual, sem compartilhar;
- Evitar tocar no interior da máscara, se for feito contato, realizar o descarte e higienização das mãos;
- Evitar tocar no exterior da máscara, se for feito contato, realizar a higienização das mãos;
- Retirar a máscara somente quando for ao sanitário ou se alimentar (se retirar, consultar os demais passos);
- Utilizar o protetor facial *Face Shield* (se disponível) junto com a máscara de proteção respiratória a fim de evitar a sua contaminação.

CUIDADOS DURANTE O USO DA MÁSCARA DE PROTEÇÃO RESPIRATÓRIA (N95/PFF2/PFF3) DE FORMA PROLONGADA EM SITUAÇÃO DE ESCASSEZ (maior número de vezes do que orientado pelo fabricante):

- Permanecer com a mesma máscara de forma prolongada quando estiver em atendimento dos pacientes contaminados pelo mesmo patógeno (COVID-19);
- Utilizar a máscara em situação de escassez somente quando recomendado pelo Serviço de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência em Saúde (SCIRAS);
- Utilizar a máscara de proteção respiratória de forma individual, sem compartilhar;
- Utilizar o protetor facial *Face Shield* por cima da máscara;
- Fazer uso de máscara de proteção respiratória com válvula somente com o uso do protetor facial *Face Shield* por cima da máscara;
- Proceder ao teste de vedação sempre antes de fazer uso da máscara;
- Inspeccionar sempre a integridade da máscara.

CUIDADOS PARA DESPARAMENTAÇÃO DA MÁSCARA DE PROTEÇÃO RESPIRATÓRIA (N95/PFF2/PFF3)¹



- Segurar o elástico inferior com as duas mãos, passando-o por cima da cabeça para removê-lo;
- Segurar o elástico superior com as duas mãos, passando-o por cima da cabeça para removê-lo;
- Remover a máscara segurando-a pelos elásticos, tomando bastante cuidado para não tocar a superfície interna.

CUIDADOS COM O ARMAZENAMENTO DA MÁSCARA DE PROTEÇÃO RESPIRATÓRIA N95/PFF2/PFF3

- Pendurar a máscara utilizada em área de armazenamento designado ou mantenha em um recipiente limpo e respirável, como por exemplo um saco de papel (nunca em um saco de plástico pois favorece a umidade e logo, a contaminação);
- Realizar a higienização das mãos após retirar e recolocar a máscara de proteção respiratória.

CUIDADOS PARA O REUSO DA MÁSCARA DE PROTEÇÃO RESPIRATÓRIA N95/PFF2/PFF3

- Inspeccionar a máscara quanto aos sinais de umidade, sujidade (inclui-se manchas de maquiagem como batom, pó, base), rasgos, amassados ou vincos e quando utilizar acima de cinco vezes ou conforme orientações do fabricante, se houver presença desses fatores seguir o próximo item;
- Proceder ao teste de vedação* imediatamente após a sua colocação, sem tocar na parte frontal da máscara.

CUIDADOS PARA O DESCARTE DA MÁSCARA DE PROTEÇÃO RESPIRATÓRIA N95/PFF2/PFF3

- Descartar a máscara após exposição aos procedimentos de geração de aerossol;**
- Descartar a máscara após contaminação por secreção sanguíneas, respiratórias ou nasais ou outros fluidos corporais dos pacientes;
- Descartar a máscara após contato próximo com qualquer paciente co-infectado com uma doença infecciosa;
- Descartar a máscara que esteja obviamente danificado ou com dificuldade para respirar;
- Descartar a máscara em um local apropriado - o lixo infectante. E obter uma nova.

¹COFEN. COVID-19 **Orientações sobre a colocação e retirada dos equipamentos de proteção individual (EPIs)**. 2020. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2020/03/cartilha_epi.pdf. Acesso em: 12 jan. 2021.

*Verificar a vedação pelo teste de pressão negativa e positiva. Ao inspirar a máscara deve dobrar um pouco. Ao expirar a máscara irá expandir um pouco. Ao soprar não se deve sentir ar ao redor do perímetro do respirador. Caso contrário, essa máscara não deverá ser reutilizada.

**Segundo o Ministério da Saúde (2020a), os procedimentos geradores de aerossóis são: intubação, aspiração por sistema aberto, traqueostomia, ventilação não invasiva, ventilação por ambu, nebulização, ressuscitação cardiopulmonar, coleta de amostra nasotraqueal/coleta de material para PCR de vírus respiratórios, pronação, desconexão do paciente no ventilador, broncoscopia, escarro induzido, ventilação invasiva sem utilização de filtro expiratório, dentre outros, procedimentos esses que rotineiramente são realizados nas Unidades de Terapia Intensiva (UTIs).

Desta forma, as questões a seguir se referem ao comportamento de "utilizar corretamente a máscara de proteção respiratória N95/PFF2/PFF3 durante a assistência direta a todos os pacientes suspeitos ou confirmados com COVID-19, em um plantão de 12 horas, e em todos os plantões nos próximos 30 dias".

AGORA, CONSIDERANDO O EXPOSTO, RESPONDA AS PERGUNTAS ABAIXO:

CRENÇAS GERAIS EM RELAÇÃO AO COMPORTAMENTO

1.O que significa para você se **paramentar** corretamente com a máscara de proteção respiratória N95/PFF2/PFF3 durante a assistência direta a todos os pacientes suspeitos ou confirmados com COVID-19, exatamente como preconizado anteriormente, *em todos os plantões de 12 horas nos próximos 30 dias?*

2.O que significa para você **reusar** corretamente a máscara de proteção respiratória N95/PFF2/PFF3 durante a assistência direta a todos os pacientes suspeitos ou confirmados com COVID-19, exatamente como preconizado anteriormente, *em todos os plantões de 12 horas nos próximos 30 dias?*

3.O que significa para você se **desparamentar** corretamente da máscara de proteção respiratória N95/PFF2/PFF3 durante a assistência direta a todos os pacientes suspeitos ou confirmados com COVID-19, exatamente como preconizado anteriormente, *em todos os plantões de 12 horas nos próximos 30 dias?*

4.O que significa para você **armazenar** corretamente a máscara de proteção respiratória N95/PFF2/PFF3 durante a assistência direta a todos os pacientes suspeitos ou confirmados com COVID-19, exatamente como preconizado anteriormente, *em todos os plantões de 12 horas nos próximos 30 dias?*

5.O que significa para você **descartar** corretamente a máscara de proteção respiratória N95/PFF2/PFF3 durante a assistência direta a todos os pacientes suspeitos ou confirmados com COVID-19, exatamente como preconizado anteriormente, *em todos os plantões de 12 horas nos próximos 30 dias?*

CRENÇAS COMPORTAMENTAIS INSTRUMENTAIS

1. Que **vantagens** você vê em utilizar corretamente a máscara de proteção respiratória (N95/PFF2/PFF3) durante a assistência direta a todos os pacientes suspeitos ou confirmados com COVID-19, *em todos os plantões de 12 horas nos próximos 30 dias?*

2. Que **desvantagens** você vê em utilizar corretamente a máscara de proteção respiratória (N95/PFF2/PFF3) durante a assistência direta a todos os pacientes suspeitos ou confirmados com COVID-19, *em todos os plantões de 12 horas nos próximos 30 dias?*

CRENÇAS COMPORTAMENTAIS EXPERIENCIAIS

1. O que lhe **agrada** na ideia de utilizar corretamente a máscara de proteção respiratória (N95/PFF2/PFF3) durante a assistência direta a todos os pacientes suspeitos ou confirmados com COVID-19, *em todos os plantões de 12 horas nos próximos 30 dias?*

2. O que lhe **desagrada** na ideia de utilizar corretamente a máscara de proteção respiratória (N95/PFF2/PFF3) durante a assistência direta a todos os pacientes suspeitos ou confirmados com COVID-19, *em todos os plantões de 12 horas nos próximos 30 dias?*

CRENÇAS NORMATIVAS

Quando se trata de utilizar corretamente a máscara de proteção respiratória (N95/PFF2/PFF3) durante a assistência direta a todos os pacientes suspeitos ou confirmados com COVID-19 *em todos os plantões de 12 horas nos próximos 30 dias*, pode haver indivíduos ou grupos que pensariam que você deveria ou não deveria realizar este comportamento.

1. Em sua opinião, que pessoas importantes para você a **encorajariam** a utilizar corretamente a máscara de proteção respiratória (N95/PFF2/PFF3) durante a assistência direta a todos os pacientes suspeitos ou confirmados com COVID-19, *em todos os plantões de 12 horas nos próximos 30 dias?*

2. Em sua opinião, que pessoas importantes para você a **desencorajariam** de utilizar corretamente a máscara de proteção respiratória (N95/PFF2/PFF3) durante a assistência direta a todos os pacientes suspeitos ou confirmados com COVID-19, *em todos os plantões de 12 horas nos próximos 30 dias?*

3. Às vezes, quando não temos certeza do que fazer, olhamos para ver o que os outros profissionais estão fazendo. Em sua opinião, entre os profissionais que você conhece que usam a máscara de proteção respiratória (N95/PFF2/PFF3) durante a assistência direta a todos os pacientes suspeitos ou confirmados com COVID-19, quais são aquelas que provavelmente a **utilizariam corretamente** *em todos os plantões de 12 horas nos próximos 30 dias?*

4. Liste indivíduos ou grupos profissionais que são **mais propensos** a utilizar corretamente a máscara de proteção respiratória (N95/PFF2/PFF3) durante a assistência direta a todos os pacientes suspeitos ou confirmados com COVID-19, *em todos os plantões de 12 horas nos próximos 30 dias.*

5. Liste os indivíduos ou grupos profissionais que são **menos propensos** a utilizar corretamente a máscara de proteção respiratória (N95/PFF2/PFF3) durante a assistência direta a todos os pacientes suspeitos ou confirmados com COVID-19, *em todos os plantões de 12 horas nos próximos 30 dias?*

CRENÇAS DE CONTROLE PERCEBIDO

1. O que poderia **ajudá-lo (a)** (gestos, ações, condições, situações, etc) a utilizar corretamente a máscara de proteção respiratória (N95/PFF2/PFF3) durante a assistência direta a todos os pacientes suspeitos ou confirmados com COVID-19, *em todos os plantões de 12 horas nos próximos 30 dias?*

2.O que poderia **impedi-lo (a)** (gestos, ações, condições, situações, etc) em utilizar corretamente a máscara de proteção respiratória (N95/PFF2/PFF3) durante a assistência direta a todos os pacientes suspeitos ou confirmados com COVID-19, *em todos os plantões de 12 horas nos próximos 30 dias?*

CRENÇAS DO BENEFÍCIO PERCEBIDO

1.Você acha que o comportamento de usar corretamente a máscara de proteção respiratória (N95/PFF2/PFF3) durante a assistência direta a todos os pacientes suspeitos ou confirmados com COVID-19, *em todos os plantões de 12 horas nos próximos 30 dias*, evita de você se contaminar por COVID-19? Por que?

CRENÇAS DA SUSCEPTIBILIDADE PERCEBIDA

1.Com base no comportamento de usar corretamente a máscara de proteção respiratória (N95/PFF2/PFF3) durante a assistência direta a todos os pacientes suspeitos ou confirmados com COVID-19, *em todos os plantões de 12 horas nos próximos 30 dias*, qual a sua chance de se contaminar por COVID-19?

CRENÇAS DA SEVERIDADE PERCEBIDA DA DOENÇA

1.Quais sentimentos você associa ao pensar em se contaminar por COVID-19 durante a assistência direta aos pacientes suspeitos ou confirmados com essa doença, *em todos os plantões de 12 horas nos próximos 30 dias?* Por que?

2.Quais são as consequências para a sua vida (profissional, pessoal, formação, etc) se você se contaminar por COVID-19 ao prestar assistência direta aos pacientes suspeitos ou confirmados com essa doença, *em todos os plantões de 12 horas nos próximos 30 dias?* Por que?

APÊNDICE G – Aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação de crenças dos enfermeiros relacionadas ao uso da máscara de proteção respiratória para prevenção da COVID-19 nas Unidades de Terapia Intensiva do Sul do país

Pesquisador: Natalia Gonçalves

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 42920621.5.0000.0121

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Catarina

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.540.308

Apresentação do Projeto:

As informações que seguem e as elencadas nos campos "Objetivo da pesquisa" e "Avaliação dos riscos e benefícios" foram retiradas do arquivo PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_...pdf, de 22/09/2020, preenchido pelos pesquisadores.

Segundo os pesquisadores:

Resumo: Introdução: Em dezembro de 2019 foi identificado um surto de pneumonia com etiologia desconhecida em Wuhan, na China. Decorrente da alta disseminação da doença, no dia 11 de março de 2020 foi declarada pandemia pela Organização Mundial da Saúde causada pelo vírus SARS-Cov-2, conhecido como Coronavírus (COVID-19). Com tal transmissibilidade e gravidade da doença em determinadas populações, reconheceu-se que os profissionais que estão na linha de frente são identificados como um grupo de alto risco para adquirir a infecção, visto que a literatura tem demonstrado que, além da falta dos Equipamentos de Proteção Individual e aumento da exposição pelo atendimento, há falta de adesão durante o exercício do trabalho. Ressalta-se que a incidência de profissionais contaminados é cada vez maior, sendo que no Brasil, a taxa de óbitos dos profissionais de saúde é em torno de 30%. **Objetivos:** Identificar as crenças relacionadas ao comportamento de adesão ao uso da máscara respiratória dos enfermeiros **Metodologia:** Trata-se

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 4.540.308

de um estudo quali-quantitativo, baseado na Teoria do Comportamento Planejado. Primeiramente, será elaborado um instrumento para avaliação das crenças sobre o comportamento de aderir ao uso de equipamento de proteção individual durante a assistência direta ao paciente com suspeita ou diagnosticado com a COVID-19. Este instrumento será avaliado por um comitê de especialista em relação às validades de face e conteúdo. Após análise, o levantamento das crenças ocorrerá com os enfermeiros de uma instituição federal do sul do país. A coleta de dados se dará por meio de abordagem qualitativa, com entrevistas abertas ou semiestruturadas. A coleta será presencial, mas a depender das condições epidemiológicas frente a pandemia no local, está prevista uma coleta de dados online. A análise dos dados seguirá o referencial teórico da Teoria do Comportamento Planejado, considerando as etapas de desenvolvimento e validação do instrumento. O projeto será encaminhado para o Comitê de Ética em Pesquisa. Resultados: Espera-se como resultados do estudo a disponibilização de instrumentos de medida para avaliação das crenças relacionadas ao comportamento de adesão ao uso de EPIs dos enfermeiros; conhecer as crenças relacionadas a esse comportamento.

Hipótese: O instrumento elaborado neste estudo será válido para o levantamento das crenças sobre o uso da máscara cirúrgica durante o cuidado ao paciente com suspeita ou confirmado pela infecção do novo COVID-19. Espera-se que este estudo apresente evidências científicas que corroborem mudanças no comportamento de profissionais de saúde, tendo em vista a potencialidade deste projeto decorrente do seu caráter inovador e da necessidade da temática em um momento crítico de saúde pública global causado pela COVID-19. Todos os resultados obtidos nesta pesquisa serão divulgados em meio científicos ou acadêmicos.

Metodologia: Estudo quali-quantitativo, pautado no referencial teórico metodológico proposto por Teoria do comportamento planejado. Etapa validação instrumento -comitê de especialistas- Após a construção do instrumento de acordo com a Teoria do Comportamento Planejado, o primeiro momento desta pesquisa se diz respeito à etapa de validação dos especialistas. Para isto, após eleger os especialistas, será enviado um e-mail convite (Apêndice A), esclarecendo os objetivos da pesquisa e também encaminhando o endereço eletrônico do TCLE no Google Forms (Apêndice B) no qual apresentará para que possa declarar a sua anuência da pesquisa, como também disponibilizar o e-mail escolhido para o envio da cópia desse documento assinado pelas pesquisadoras. Além disso, serão encaminhadas as instruções necessárias: instrumento a ser

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 4.540.308

avaliado, questionário sociodemográfico, roteiro avaliativo (a ser desenvolvido). Posteriormente ao envio das respostas, será agendado um momento online, em plataforma a ser combinada com os especialistas, para que ocorra o grupo focal. Neste encontro, as pesquisadoras farão a mediação da discussão, com a leitura de cada item do instrumento, a avaliação dada pelos especialistas e discussão para consenso do conteúdo apresentado. Para isto, Flick (2009) traz recomendações sobre a condução do grupo, em que se faz necessário estruturar um roteiro e objetivos do grupo, para que assim o pesquisador não perca o objeto de análise da pesquisa, no entanto, este roteiro deve ser flexível visto que aspectos podem ser alterados na pesquisa mediante aos novos olhares. Após validação de face deste questionário, há possibilidade de inclusão de novas variáveis que permeiam a temática. O grupo focal será realizado de forma online por plataformas como o Google Meet, Zoom ou a RNP da UFSC, vale ressaltar que toda a reunião será gravada e a escolha dependerá das condições de acesso de cada pesquisador e da própria plataforma. Ainda, caso seja necessário, serão combinados outros encontros para obter-se uma versão consensual do instrumento de crenças.

Etapa levantamento de crenças-enfermeiros: Com o instrumento validado na etapa anterior, enfermeiros das UTIs do HU serão convidados a participar da pesquisa. Este convite poderá ocorrer presencialmente ou via online, a depender da autorização da instituição. Se presencial, será articulado com a chefia das Unidades de Terapia Intensiva um local privativo e confortável para que os participantes possam se sentir à vontade para participar da pesquisa. Os profissionais serão abordados pelas pesquisadoras e poderá ser combinado com um dia e horário para a coleta de dados. Será solicitado ao participante a leitura do TCLE, discutido possíveis dúvidas, e caso aceitem participar, será iniciada a entrevista na qual será gravada no celular, gravador ou outro dispositivo em que faça o armazenamento desses dados. A partir da presença no campo, será realizada a Observação Participante. A escolha dessa observação tem-se em vista que a pesquisadora não trabalha e não se fez presente nas UTIs do HU, como irá realizar as entrevistas, reconhece-se como um momento oportuno para realizar a Observação Participante a fim de identificar o comportamento dos enfermeiros durante a sua rotina de trabalho referente ao uso da máscara de proteção respiratória. Esta etapa ocorrerá nos turnos de trabalho dos enfermeiros, em diferentes dias, enquanto durar a coleta de dados. Destaca-se que a entrevista será conduzida pela pesquisadora (enfermeira), a qual se responsabiliza e assume os riscos de se expor ao risco de contaminação. Se online, os contatos dos enfermeiros serão obtidos mediante aprovação da instituição e compartilhamento do endereço eletrônico e ou telefone. Então, serão enviados convites por e-mail a esses profissionais para a devida anuência através de um formulário do

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 4.540.308

google forms. Após a anuência em participar, confirmando em documento enviado ou a resposta por e-mail, será marcado o encontro online para proceder a coleta.

Critérios de inclusão: Participantes: Serão incluídos os enfermeiros atuantes nos setores de assistência direta ao paciente diagnosticado ou suspeito por COVID-19 nas Unidades de Terapia Intensiva, sem critérios para tempo de trabalho na instituição. Especialistas: Serão incluídos profissionais de saúde que sejam expertise nos aspectos do uso de EPIs na saúde, como pessoas de comitês de segurança do paciente e/ou do profissional, expertises com a construção e validação de instrumento, como também outros profissionais da área do conhecimento que trabalhem com a TCP; enfermeiros atuantes no cenário da prática.

Critérios de exclusão: Serão excluídos os residentes, aqueles que não atuam nesses setores, que estiveram afastados ou de férias no período da coleta. Serão excluídos os profissionais que participarem de uma etapa (validação do instrumento por meio do roteiro avaliativo), mas não da segunda (grupo focal).

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Identificar as crenças relacionadas ao comportamento de adesão ao uso da máscara de proteção respiratória entre os enfermeiros no sul do país em tempo de pandemia.

Objetivo Secundário: Construir e validar a face e conteúdo de um instrumento destinado a identificar as crenças salientes relacionadas ao comportamento de adesão a máscara de proteção respiratória; Identificar as crenças salientes (comportamentais, normativas e de controle) relacionadas ao comportamento de adesão à máscara de proteção respiratória.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: A pesquisa não acarretará riscos físicos, biológicos e psicológicos, porém se caso ocasionar desconforto mesmo que aparentemente simples, como aborrecimento ou fadiga no decorrer da pesquisa, você participante, tem total liberdade para interrompê-la a qualquer momento, bem como desistir da entrevista sem nenhum prejuízo. Informamos que há o risco, ainda que remoto, de quebra de sigilo, mesmo que involuntário e não intencional, e caso ocorra será tratado nos termos da lei. Como consequência da quebra de sigilo você teria suas informações pessoais expostas.

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 4.540.308

Benefícios: Quanto aos benefícios desta pesquisa será contribuir para a construção do conhecimento frente às crenças existentes no processo de trabalho e do ensino, para que assim, possa melhorar as intervenções frente a biossegurança.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Informações retiradas primariamente do formulário com informações básicas sobre a pesquisa gerado pela Plataforma Brasil e/ou do projeto de pesquisa e demais documentos postados, conforme lista de documentos e datas no final deste parecer.

As pesquisadoras informam que "Trata-se de um projeto de dissertação de mestrado no qual faz parte do macroprojeto "Avaliação de crenças de discentes e profissionais de saúde relacionadas ao uso de Equipamentos de Proteção Individual para prevenção da COVID-19 no Brasil" que está em apreciação ética sob o CAAE: 40255620.7.0000.0121, número parecer 4.434.964, sob responsabilidade da Prof. Dra. Natália Gonçalves."

Projeto de mestrado de Rayhany Kelly de Sousa, orientado pela professora Natália Gonçalves do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/CCS/UFSC.

Estudo local, quali-quantitativo.

Financiamento no valor de R\$ 17.000,00. Não há informação sobre fonte financiadora.

Países participantes: 50 participantes.

Previsão de início do estudo: 01/03/2021.

Previsão de término do estudo: 30/06/2022.

Não haverá armazenamento de amostras em banco.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações."

Folha de rosto assinada pelo pesquisador responsável e pela Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/CCS/UFSC, professora Jussara Gue Martini.

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 4.540.308

Consta autorização institucional, nos termos da resolução 466/12, assinada pela Gerente de Ensino e Pesquisa do HU/UFSC/EBSERH.

Consta o instrumento para coleta de dados sociodemográficos dos participantes.

TCLEs aos juízes e aos participantes, atendem as exigências da resolução 466/12.

Recomendações:

Retirar do TCLE as menções aos itens da resolução, como: (item IV.5.d da res. 466/12 e art. 17 inc. IX da res. 510/16).

Sugerimos, em emenda, ajustar no formulário base a forma como são divididos os grupos de participantes, pois há um de juízes outro de participantes que responderão às entrevistas semi estruturadas.

Recomendamos submeter ao CEP o instrumento que será elaborado para avaliação das crenças sobre o comportamento de aderir ao uso de equipamento de proteção individual durante a assistência direta ao paciente com suspeita ou diagnosticado com a COVID-19.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Informamos aos pesquisadores a necessidade de enviar, por meio de notificação, relatórios parciais e final.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1696212.pdf	01/02/2021 17:04:27		Aceito
Folha de Rosto	folhaderostoassinada.pdf	01/02/2021 16:47:17	RAYHANY KELLY DE SOUSA	Aceito
Outros	cartaconviteparaospecialistas.pdf	29/01/2021 18:26:39	Natalia Gonçalves	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcleparticipantes.docx	29/01/2021 18:26:17	Natalia Gonçalves	Aceito

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 4.540.308

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcleespecialistas.docx	29/01/2021 18:26:11	Natalia Gonçalves	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracaoanuenciadohu.pdf	29/01/2021 18:19:30	Natalia Gonçalves	Aceito
Outros	cartaapresentacao.pdf	29/01/2021 18:19:14	Natalia Gonçalves	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetedepesquisa.docx	29/01/2021 18:18:51	Natalia Gonçalves	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FLORIANOPOLIS, 15 de Fevereiro de 2021

Assinado por:
Nelson Canzian da Silva
(Coordenador(a))

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br