UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA CLÍNICA

CLÁUDIA GESSERAME VIDIGAL MENDES DE SOUZA

Investigação da Fadiga e/ou Satisfação por Compaixão em profissionais da
saúde nas práticas de controle de infecções relacionadas à assistência à saúde

São Paulo

2015

CLÁUDIA GESSERAME VIDIGAL MENDES DE SOUZA

Investigação da Fadiga e/ou Satisfação por Compaixão em profissionais da saúde nas práticas de controle de infecções relacionadas à assistência à saúde

(Versão corrigida)

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, como parte dos requisitos para obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica.

Área de concentração: Psicologia Clínica

Orientadora: Prof^a. Dra. Maria Livia Tourinho Moretto

São Paulo

2015

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catálogo na publicação
Biblioteca Dante Moreira Leite
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Souza, Cláudia Gesserame Vidigal Mendes de.

Investigação da fadiga e/ou satisfação por compaixão em profissionais da saúde nas práticas de controle de infecções relacionadas à assistência à saúde / Cláudia Gesserame Vidigal Mendes de Souza; orientadora Maria Livia Tourinho Moretto. -- São Paulo, 2015.

185 f.

Dissertação (Mestrado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Área de Concentração: Psicologia Clínica) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

1. Infecção hospitalar 2. Profissionais da saúde 3. Unidades de terapia intensiva 4. Fadiga por compaixão I. Título.

RC111

FOLHA DE APROVAÇÃO

Nome: Souza, Cláudia Gesserame Vidigal Mendes de.

Título: Investigação da Fadiga e/ou Satisfação por Compaixão em profissionais da saúde nas práticas de controle de infecções relacionadas à assistência à saúde

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Psicologia

Aprovado em:

Banca examinadora

Prof.Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

AGRADECIMENTOS

A todos os profissionais de assistência à saúde que participaram dessa pesquisa, pela colaboração e disponibilidade de ceder parte de seu tempo de trabalho.

Ao Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pela concessão da bolsa de mestrado e pelo apoio financeiro para a realização desta pesquisa.

À minha orientadora Maria Livia, por ter me acompanhado desde a época da graduação, pela confiança e por todos os seus ensinamentos.

À Dra. Anna Sara Shafferman Levin, pela confiança e pelas importantes contribuições a este trabalho.

À Dra. Gláucia Rosana Guerra Benute, por sua disposição e interesse a me ajudar, contribuindo com sugestões para a finalização deste trabalho.

À Dra. Michele Roman Faria, pela maneira solidária com que se dispõe a transmitir seu conhecimento e a ler os nossos trabalhos, auxiliando na construção e na publicação destes.

Aos colegas do grupo de orientação: Luciana, Marcos, Mayra, Ivan, Cris, Elton, Cláudio, José Eduardo, Júlia, Eliane, Isabela e Felipe, por toda ajuda na elaboração deste trabalho. Tenham certeza que aprendi muito com cada um.

À profa. Dra. Eliana Herzberg, pelo apoio e disponibilidade.

À profa. Dra. Sonia Beatriz Meyer, pela disponibilidade.

Aos colegas “psi” do Laboratório de Psicanálise, Saúde e Instituição.

À minha analista Cynthia Nunes de Freitas Farias, que me alenta quando algumas coisas difíceis acontecem no decorrer da vida e que me faz sentir, com sua escuta, que realmente torce por mim. Que está comigo quando sinto tudo e não consigo descrever nada.

Aos amigos pela cumplicidade, pela partilha de experiências, pelo apoio, pelas risadas em momentos inusitados, principalmente à Cynthia e à Marina.

Às minhas cunhadas, piscianas, uma bem diferente da outra, igualmente especiais.

Aos meus irmãos, que me inspiram. E porque “if the sky comes falling down, for you there’s nothing in this world I wouldn’t do”.

Ao Mateus, “futuro gordinho” da Bel e do Lú, meu sobrinho e afilhado, presente de Deus que já nos enche de amor e alegria.

Ao meu marido, Fernando, que me conquista, que me ajuda, e que me faz sentir que “ainda tem muita onda pra quebrar nesse mar”.

À minha mãe, que me ensina a ser forte e a ter fé e coragem e, que me lembra disso quando, de vez em quando, me esqueço.

Ao meu pai, por me ensinar que a vida pode ser mais fácil quando se persiste, quando se é otimista, por demonstrar a importância de nos permitirmos sonhar, por educar sobre o valor das pequenas e verdadeiras “coisas” e sobre a sabedoria da humildade.

Somos responsáveis por aquilo que fazemos, o que não fazemos e o que impedimos de fazer.

Albert Camus

RESUMO

de Souza, C. G. V. M. (2015). *Investigação da Fadiga e/ou Satisfação por Compaixão em profissionais da saúde nas práticas de controle de infecções relacionadas à assistência à saúde*. Dissertação de Mestrado. Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Introdução: Esta pesquisa é um recorte do projeto de pesquisa “INVESTIGAÇÃO DAS DIFICULDADES HUMANAS DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE NAS PRÁTICAS DE CONTROLE DE INFECÇÃO RELACIONADA À ASSISTÊNCIA À SAÚDE”. Parte da hipótese de que o sofrimento decorrente da condição que um profissional de assistência à saúde (PAS) tem de se envolver emocionalmente e afetivamente ao sofrimento e às dores dos pacientes a quem prestam assistência possa ser a principal causa da não adesão às práticas de controle de infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) e a responsável por fazer com que eles se “descuidem”, colocando a vida do paciente e a deles própria em risco de morte uma vez que o sofrimento decorrente dessa condição interfere em seus trabalhos, aumentando a possibilidade de erros e de não adesão, colaborando, assim, para a sua transmissão. As manifestações decorrentes da condição de envolvimento emocional e afetivo de um PAS ao sofrimento e às dores de seus pacientes vêm recebendo diversas nomeações e definições, como Fadiga e/ou Satisfação por Compaixão. **Objetivos:** investigar: a) se PAS de Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) apresentam sofrimento decorrente da condição de envolvimento emocional e afetivo ao sofrimento e às dores dos pacientes a quem prestam assistência, compreendido por um dos componentes da Fadiga por Compaixão, o Estresse Traumático Secundário; b) as compreensões dos PAS a respeito das dificuldades relacionadas às práticas de controle de IRAS, as percepções de suas próprias participações nas práticas de controle de IRAS, as suas sugestões para diminuição de taxas de IRAS e as observações livres a respeito da participação na pesquisa. **Método:** Trata-se de estudo clínico transversal. Foram incluídos PAS da área de enfermagem ou médicos, atuantes ou que tenham atuado em UTIs e que tenham compreendido e assinado o termo de consentimento livre e esclarecido. Para o primeiro objetivo foram incluídos 168 PAS e, para o segundo, 96. Foram utilizados ficha de dados sócio demográficos, ProQol-BR e entrevistas semi-dirigidas. Os dados sócio demográficos foram

analisados por recursos do programa Excel; os do ProQol-BR foram analisados conforme orientações de Stamm (2010) e análise estatística; e os das entrevistas analisados conforme método de análise de conteúdo. **Resultados:** A maioria (53,6%) dos PAS avaliados não apresentou sofrimento decorrente da condição de envolvimento emocional e afetivo ao sofrimento e às dores dos pacientes a quem prestam assistência, compreendido por Estresse Traumático Secundário. Os dados das entrevistas foram agrupados em fatores institucionais e subjetivos. As compreensões das dificuldades dos PAS envolveram ambos fatores, mas os subjetivos (52%) sobressaíram os institucionais. Sobre as percepções, tenderam a não assumir dificuldades, mas quando as assumiram, atribuíram mais a fatores subjetivos (66%) do que institucionais. As sugestões foram mais relacionadas a ações institucionais (89%). E as observações a respeito da pesquisa apontaram que, apesar de algumas críticas, a pesquisa foi bem vista e aceita. **Conclusão:** Essa pesquisa permitiu identificar que as dificuldades de adesão dos PAS avaliados às práticas de controle de IRAS não estão relacionadas a um sofrimento decorrente de um envolvimento emocional e afetivo ao sofrimento e às dores de seus pacientes, mas a uma falta de envolvimento.

Palavras-chave: Infecção Hospitalar, profissionais da saúde, Unidades de Terapia Intensiva, fadiga por compaixão.

de Souza, C. G. V. M. (2015). *Investigation of fatigue and/or satisfaction compassion in health care professionals on the health care infection control practices*. Master's Degree Dissertation. Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

ABSTRACT

Introduction: This research is part of the research project “INVESTIGATION OF HUMAN DIFFICULTIES OF HEALTH PERSONNEL IN HEALTH CARE INFECTION CONTROL PRACTICES”. Started off the hypothesis that the suffering resulting from the condition that a health care professional has to be emotionally involved to the suffering and pain of patients whom they assist, may be the primary cause of non-adherence to infection control practices related to health care, and the responsible for making them neglect putting the patient's and their own lives at risk of death since this interferes on their work, increasing the possibility of errors and nonadherence, thus contributing to its transmission. The manifestations resulting from the emotional involvement condition of a health care professional to the suffering and pain of their patients are receiving several nominations and definitions such as fatigue and / or compassion satisfaction. **Objectives:** investigate: a) if health professionals of intensive care units show suffering resulting from the emotional involvement condition to the suffering and pain of patients whom they assist, comprehended by one of the compassion fatigue components, the Secondary Traumatic Stress; b) the comprehensions of health professionals about the difficulties related to health care infection control practices, the perceptions of their own performances in health care infection control practices, their suggestions for reducing health care infections rates and their free observations about participation in the research. **Method:** this is a cross-sectional clinical study, conducted in four ICUs of Hospital das Clínicas, School of Medicine, University of São Paulo. The study included professionals in the nursing field or doctors whom are working or have worked in ICUs and whom have understood and signed the free and informed consent. Were included 168 professionals for the first objective and 96 for the second. The instruments used were sociodemographic data, ProQol-BR and semi-structured interviews. The sociodemographic data were analyzed by Excel program features, the ProQol-BR data were analyzed according to Stamm guidelines (2010) and statistical analysis and the interviews analyzed according to the method of content analysis. **Results:** Most (53.6%) of the professionals evaluated showed no suffering from the emotional involvement condition to suffering and pain of the patients whom they assist, comprehended by Secondary Traumatic Stress. Interview data were grouped into institutional and subjective factors. The professional's comprehensions about the difficulties involved both factors, but subjective (52%) exceeded the institutional. About their perceptions, they tended not to recognize difficulties, but when recognized, they attributed it more to subjective factors (66%) than to institutional. The suggestions were more related to institutional actions (89%). And the free observations about the research showed that, despite some criticism, the research was well regarded and accepted. **Conclusion:** This study identified that the difficulties in health care infection control practices of the health professionals

evaluated are not related to a suffering resulting from an emotional and involvement to the suffering and pain of their patients but a lack of involvement.

Keywords: Cross Infection, health personnel, intensive care units, compassion fatigue.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Diagrama da Qualidade de Vida Profissional (QVP) (Stamm, 2010, p.8) 28

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Descrição dos resultados obtidos na avaliação do ProQol-BR quando analisados os escores das sub-escalas por combinação conforme proposta de Stamm (2010).....	44
Tabela 2 - Distribuição dos dados de acordo com os resultados descritivos combinados entre escores Baixo, Moderado e Alto das sub-escalas Satisfação por Compaixão, Burnout e Estresse Traumático Secundário e os dados sócio demográficos.....	45
Tabela 3 - Correlação das características dos PAS segundo classificação do ProQoL-BR e resultado dos testes estatísticos	46
Tabela 4 - Resultado do modelo de regressão logística múltipla para avaliar a influência conjunta das características dos PAS na classificação do ProQoL-BR ..	47
Tabela 5 - Descrição dos resultados obtidos na avaliação das sub-escalas separadamente	47
Tabela 6 - Total de PAS que relataram as compreensões das dificuldades relacionadas às práticas de controle de IRAS.....	49
Tabela 7 - Total de PAS que relataram as percepções de suas próprias participações no que diz respeito às práticas de controle de IRAS.....	50
Tabela 8 - Total de PAS que relataram as sugestões para diminuição de taxas de IRAS.....	51
Tabela 9 - Total de PAS que relataram as observações livres a respeito da participação na pesquisa.....	52
Tabela 10 - Combinações sem interpretações	59
Tabela 11 - Contagem dos escores em cada sub escala.....	60
Tabela 12 - Categorização em fatores institucionais e subjetivos das compreensões a respeito das dificuldades relacionadas às práticas de controle de IRAS	66
Tabela 13 - Categorização em fatores institucionais e subjetivos das percepções dos PAS de suas próprias participações no que diz respeito às práticas de controle de IRAS.....	68
Tabela 14 - Categorização em fatores institucionais e subjetivos das sugestões dos PAS para diminuição de taxas de IRAS	69
Tabela 15 - Observações livres a respeito da participação na pesquisa.....	70

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Resultado das Interpretações	56
Gráfico 2 - Resultado das combinações sem interpretações	58
Gráfico 3 - Comparação entre resultados Preocupantes, em Equilíbrio e em Satisfação.....	59
Gráfico 4 - Percentual dos escores em cada sub escala (n = 104)	60
Gráfico 5 - Comparação entre resultados Preocupantes, em Equilíbrio e em Satisfação em toda a amostra.....	62
Gráfico 6 - Fatores institucionais e subjetivos referentes às compreensões das dificuldades relacionadas às práticas de controle de IRAS relatados pelos PAS....	65
Gráfico 7 - Fatores institucionais e subjetivos relacionados às percepções dos PAS sobre suas próprias participações nas práticas de controle de IRAS relatados pelos PAS	67
Gráfico 8 - Fatores institucionais e subjetivos relacionados às sugestões para diminuição de taxas de IRAS relatados pelos PAS	69
Gráfico 9 - Respostas das entrevistas semi-dirigidas.....	71

LISTA DE SIGLAS

APA	American Psychological Association
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
BIREME	Biblioteca Regional de Medicina
BO	Burnout
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CCIH	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
CDC	Centers for Diseases Control and Prevention
CS	Compassion Satisfaction
CVC	Cateter Venoso Central
EMDR	Eye Movement Desensitization and Reprocessing
ETS	Estresse Traumático Secundário
FC	Fadiga por Compaixão
IACS	Infecção Associada aos Cuidados de Saúde
IH	Infecção (ou infecções) Hospitalar (es)
IRAS	Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
PAS	Profissionais de Assistência à Saúde
SC	Satisfação por Compaixão
SIBiUSP	Sistema Integrado de Bibliotecas da Universidade de São Paulo
STS	Secondary Traumatic Stress
TEPT	Transtorno de Estresse Pós Traumático
TETS	Transtorno de Estresse Traumático Secundário
USP	Universidade de São Paulo
UTIs	Unidade (ou unidades) de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	17
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	24
3 OBJETIVOS	33
4 MÉTODO.....	34
4.4 Instrumentos.....	36
4.4.1 Ficha de dados sócio demográficos	36
4.4.2 Professional Quality of Life Scale – BR (ProQol-BR)	36
4.4.3 Entrevistas semi-dirigidas.....	38
4.5 Análise dos Resultados	39
4.5.1 Etapa Quantitativa	39
4.5.2 Etapa Qualitativa	42
5 RESULTADOS	43
5.1 ProQol – BR	43
5.2 Entrevistas semi dirigidas.....	48
6 DISCUSSÃO	53
7 CONCLUSÕES	75
8 REFERENCIAS.....	79
9 ANEXOS	85

1 INTRODUÇÃO

As infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) constituem um problema grave e um evento desafiador que exigem ações efetivas de prevenção e controle pelos serviços de saúde. Elas ameaçam tanto os pacientes quanto os profissionais de assistência à saúde (PAS) e podem acarretar sofrimentos e gastos excessivos para o sistema de saúde. Podem, ainda, resultar em processos e indenizações judiciais, nos casos comprovados de negligência durante a assistência prestada.

O termo infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) está, atualmente, sendo amplamente empregado em substituição ao termo infecção hospitalar (IH), uma vez que o termo IRAS abrange as infecções relacionadas a procedimentos realizados em todos os locais onde ocorra assistência à saúde ou risco exacerbado de sua transmissão, e não somente as infecções que ocorrem num hospital (denominadas infecções hospitalares).

Essa “tendência”, de acordo com Antonio Tadeu Fernandes (2011), está provocando problemas e confusões. Para ele, “as definições nacionais sobre IRAS, de uma maneira geral, apenas têm trocado o nome IH” para IRAS, desconsiderando o princípio por trás da mudança de nome, que é ampliar o estudo das infecções para outros cenários da assistência à saúde, além do hospitalar. (www.ccih.med.br/right.html)

Isto é, a definição de IH, que é “qualquer infecção adquirida após a internação do paciente e que se manifeste durante sua permanência no hospital ou mesmo após a alta, uma vez que possa ser relacionada com a hospitalização” (Ministério da Saúde do Brasil, [MS], 1998) está sendo erroneamente utilizada também para se falar a respeito da definição de IRAS. Antonio Tadeu Fernandes (2011) alerta que essa confusão evoca problemas que ultrapassam “um aspecto conceitual ou meramente acadêmico” como, por exemplo, problemas na consolidação de dados epidemiológicos e distorção de indicadores. (www.ccih.med.br/right.html)

Como solução para esses problemas, Antonio Tadeu Fernandes (2011) tem defendido o uso do termo “infecção associada aos cuidados de saúde” (IACS), utilizado pela comissão europeia e que apresenta a seguinte definição: “Por infecções associadas aos cuidados de saúde entende-se as infecções contraídas quando são prestados cuidados de saúde e/ou durante uma estada num estabelecimento de saúde (por exemplo, quando o doente recebe cuidados ambulatoriais, cuidados hospitalares, cuidados prolongados). Quando ocorrem num hospital, estas infecções são denominadas "infecções hospitalares". (www.ccih.med.br/right.html)

Os problemas decorrentes das IRAS acometem tanto os países desenvolvidos como os em desenvolvimento. O órgão norte-americano Centers for Diseases Control and Prevention (CDC) estima que as infecções relacionadas à assistência à saúde respondam por 1,7 milhões de infecções e 99.000 mortes por ano nos Estados Unidos (Holmes et. al., 2010). De acordo com dados da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) também nos Estados Unidos da América (EUA), segundo os dados do sistema de vigilância americano - National Nosocomial Infections Surveillance (NNIS) que envolve mais de 200 hospitais - entre 2,2% e 4,1% dos pacientes adquirem pelo menos uma infecção durante a hospitalização. (www.anvisa.gov.br)

No Brasil, cerca de 100.000 mortes por ano são relacionadas a estas infecções (Erasmus et al., 2010). Segundo informações da ANVISA, de acordo com dados colhidos com metodologia adequada pelo Ministério da Saúde, dos pacientes internados em hospitais brasileiros, 1% a 15% adquirem infecções hospitalares. (www.anvisa.gov.br)

As principais IRAS são as infecções de sítio cirúrgico (ISC), infecções do trato respiratório (ITR), infecções do trato urinário (ITU) e infecções da corrente sanguínea (ICS). (Raad, 2004)

Outra enorme preocupação é que a resistência antimicrobiana se constituiu, neste milênio, em um dos maiores problemas de Saúde Pública. Os antimicrobianos tornaram-se recursos esgotáveis. A duração do seu benefício e da

sua eficácia em eliminar microrganismos é hoje limitada (Weber & Courvalin, 2005). A indústria farmacêutica tem, nas últimas décadas, dispensado poucos recursos para a descoberta de novos antimicrobianos, principalmente contra bactérias (Spellberg et. al., 2008), provocando na maioria das instituições de Saúde, especialmente nos Estados Unidos e na América Latina, o aumento significativo das infecções por bactérias resistentes, contra as quais há poucos recursos terapêuticos. Esse quadro faz com que pacientes infectados com bactérias resistentes permaneçam no hospital por tempo prolongado e tenham pior prognósticos (McDonald, 2006).

As Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) exercem grande importância sobre as taxas das IRAS. Em todo o mundo, 5% a 10% dos indivíduos internados adquirem IH, com prevalência de 20% a 30% em Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) (Cavalcanti & Hinrichsen, 2004). E estima-se que nos Estados Unidos 99.000 mortes por ano são decorrentes das IRAS em UTIs (Holmes, Cervia, Ortolano, & Canonica, 2010).

Em decorrência disso, o Ministério da Saúde do Brasil (1998) publicou o Regulamento Técnico para o funcionamento dos serviços de tratamento intensivo a ser seguido em todo o país. Além do treinamento admissional dos PAS que prestam assistência direta ao paciente, as recomendações do Regulamento Técnico devem ser reforçadas em serviço, através de treinamentos formais nas UTIs, que podem ser periódicos e embasados nos indicadores epidemiológicos de resultado. O envolvimento de toda a equipe profissional às recomendações é fundamental, incluindo, não só enfermeiros e médicos da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), mas também médicos, enfermeiros e fisioterapeutas de uma UTI. Alguns exemplos dessas recomendações, são: recomendações para higienização das mãos, recomendações para prevenção de infecção urinária, condutas para prevenção de pneumonia, recomendações para prevenção de infecção relacionada ao acesso vascular, entre outras (Centers for Disease Control and Prevention, 2004; Associação Paulista de Estudos e Controle de Infecção Hospitalar, 2007).

Estudos (Moret, Tequi & Lombrail, 2004; Pittet, 2001; Hugonnet & Pittet, 2000; Souza, 2001; Lobo, 2008; Primo et al., 2010) apontam que apesar dos PAS terem conhecimento sobre as técnicas e procedimentos que devem realizar para o controle das IRAS, o índice de adesão dos PAS a estas recomendações é muito baixo.

Embora a educação continuada seja um elemento indiscutivelmente essencial ao aprimoramento dos PAS no exercício das recomendações de controle de IH em UTIs, talvez o melhor modelo de educação ainda não tenha sido estabelecido. Estudos têm mostrado que a educação e o treinamento dos PAS são importantes ferramentas para diminuir e prevenir a ocorrência das IRAS. No entanto, apesar do conhecimento sobre o controle da infecção ser muito difundido entre os PAS, o grande desafio é fazer com que eles se envolvam de fato com as práticas de controle das IRAS, uma vez que os PAS ainda parecem pouco comprometidos com a temática, cometendo muitos erros e/ou não aderindo às orientações e precauções estabelecidas (Lobo et al., 2010).

Azambuja, Pires e Vaz (2004) mencionam que o nível de preocupação do PAS com as IRAS se estabelece em planos totalmente abstratos, externos à prática assistencial. As ações são realizadas de forma repetitiva, mecanicista, como se o processo de fazer ocorresse dissociado do processo de reflexão, visto que o processo ação-reflexão se traduz em práticas mensuráveis, quanto à sua eficácia, em sua coletividade, passíveis de observação em taxas reduzidas dessas infecções.

Há, portanto, um distanciamento entre o saber e o fazer dos PAS em relação às práticas para controle das IRAS, que justifica a necessidade e a importância de serem realizadas investigações a respeito dos aspectos psicológicos dos PAS para compreender quais são as dificuldades envolvidas na realização das práticas de controle de IRAS.

Neste sentido, foi proposta a realização de um projeto de pesquisa intitulado “INVESTIGAÇÃO DAS DIFICULDADES HUMANAS DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE NAS PRÁTICAS DE CONTROLE DE INFECÇÃO RELACIONADA À

ASSISTÊNCIA À SAÚDE” pelas professoras Anna Sara Shafferman Levin (Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo), Maria Livia Tourinho Moretto (Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo) e Maria Clara Padoveze (Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo), em parceria com os professores Antonio Carlos Pedroso de Lima e Julio da Motta Singer (Instituto de Matemática e Estatística da Universidade de São Paulo) e com as doutoras Mara Cristina Souza de Lucia e Gláucia Rosana Guerra Benute (Divisão de Psicologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo), que parte da hipótese de que deve haver alguma relação entre as taxas de adesão de PAS atuantes em UTIs às práticas de controle de IRAS e aspectos psicológicos dos mesmos, tais como tipos de personalidade (avaliado pelo Inventário Fatorial de Personalidade - IFP), estilos de pensamento (avaliado pelo Inventário do Pensamento Racional versus Experimental – RVEI-S), autoestima (avaliado pela Escala de Autoestima de Rosenberg – EAR), nível de estresse (avaliado pelo Inventário de Sintomas de *Stress* de Lipp – ISSL), qualidade de vida (avaliado pelo WHOQOL-Bref) e percepção de autonomia.

Convidada pela professora Dra. Maria Livia Tourinho Moretto, tenho participado como pesquisadora em todas as fases desse projeto que incluem as seguintes atividades: coleta de dados da pesquisa, interlocução com os responsáveis do serviço de saúde onde a pesquisa é realizada, coordenação, treinamento e acompanhamento de pesquisadores auxiliares na aplicação dos instrumentos de pesquisa, participação em reuniões de equipe do projeto, realização de entrevistas semi-dirigidas e preenchimento do banco de dados. Esta participação possibilitou a construção e a realização de um recorte deste projeto de pesquisa, aqui proposto como pesquisa em nível de Mestrado.

Na mesma direção de tentar compreender o que faz um PAS não realizar as práticas de controle de IRAS, a presente pesquisa de mestrado partiu da hipótese de que o sofrimento decorrente da condição que um profissional de assistência à saúde tem de se envolver emocionalmente e afetivamente ao sofrimento e às dores dos pacientes a quem prestam assistência possa ser a principal causa da não adesão às práticas de controle de infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) e a responsável por fazer com que eles se “descuidem”, colocando a vida

do paciente e a deles própria em risco de morte uma vez que o sofrimento decorrente dessa condição interfere de maneira prejudicial no exercício de suas profissões, aumentando a possibilidade de erros e favorecer a não adesão às práticas de controle de IRAS, colaborando, assim, para a sua transmissão.

O levantamento dessa hipótese derivou de ter constatado, através de observações e escuta, sofrimento de PAS decorrente de um certo envolvimento emocional e afetivo em relação aos pacientes a quem prestavam assistência, em instituições hospitalares nas quais realizei assistência psicológica, além de trabalhos acadêmicos realizados nos cursos de graduação e pós-graduação na área de Psicologia Hospitalar e da Saúde, voltados para o tema da saúde mental de profissionais da saúde, mais especificamente, em relação a como os PAS preservam sua saúde física e mental diante de situações estressoras e de sofrimento, que permeiam o universo da assistência à saúde no que diz respeito ao contato com os pacientes (e seus familiares), e às condições de trabalho.

Por ter sido verificado, que atualmente, as manifestações decorrentes dessa condição de envolvimento emocional e afetivo de um PAS ao sofrimento e às dores de seus pacientes vêm, recebendo diversas nomeações e definições, como Satisfação e/ou Fadiga por Compaixão e, por ter se deparado com a existência de um instrumento recentemente traduzido e validado para o Brasil, o Professional Quality of Life Scale-BR (ProQol-BR), que se propõe a avaliar a Satisfação e/ou Fadiga por Compaixão, se objetivou, por meio da avaliação do ProQol-BR, verificar se PAS atuantes em Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) do projeto do qual esta pesquisa é um recorte, apresentam sofrimento decorrente da condição de envolvimento emocional e afetivo ao sofrimento e às dores dos pacientes a quem prestam assistência, compreendido por um dos componentes da Fadiga por Compaixão, o Estresse Traumático Secundário.

Paralelamente ao levantamento dessa hipótese e a esse objetivo iniciais, enquanto realizava as entrevistas do projeto maior, que buscava investigar as compreensões dos PAS a respeito das dificuldades relacionadas às práticas de controle de IRAS, as percepções de suas próprias participações nas práticas de controle de IRAS, as suas sugestões para diminuição de taxas de IRAS e, as

observações livres a respeito da participação na pesquisa, fui percebendo (ao longo das entrevistas que conduzia), nos discursos dos PAS, algo que parecia remeter ao oposto da hipótese inicial levantada. Isto é, algo que falava de um não envolvimento por parte dos PAS. Além disso, após a aplicação do ProQol-BR nos PAS e início da análise dos seus resultados, percebia-se que o método utilizado para interpretação dos resultados de tal instrumento apresentava certas limitações. Por tais razões, ficou decidido, devido a sua importância, a inclusão, nesse trabalho, das entrevistas conduzidas por mim para o projeto maior como segundo objetivo.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

As manifestações do sofrimento decorrente da condição de envolvimento emocional e afetivo de um PAS ao sofrimento e às dores dos pacientes a quem prestam assistência, têm recebido, na literatura da Psicologia, da Medicina e da Enfermagem, de forma geral, diversas nomeações, termos e definições como “Traumatização Vicária”, “Traumatização Vicariante”, “Traumatização Secundária”, “Estresse Traumático Secundário”, “Fadiga por Compaixão”, “Fadiga da Compaixão”, “Burnout” e “Contratransferência”.

Essa variedade de termos indica a inexistência de unanimidade por parte dos pesquisadores interessados no tema com relação à forma de nomear esse fenômeno ou à maneira de defini-lo e os conceitos são usados para referir a condições semelhantes, refletindo uma falta de clareza conceitual a respeito deste fenômeno. Além disso, até o momento, não existem dados definitivos que sugere que tais construtos são conceituadamente distintos (Craig & Sprang, 2010; Lago & Codo, 2010; Sabin-Farrel & Turpin, 2003).

Sob estes variados termos, as manifestações decorrentes da condição de envolvimento emocional e afetivo de PAS ao sofrimento e às dores de pacientes a quem prestam assistência, têm sido bastante estudadas internacionalmente, mas abordadas recentemente por poucos estudiosos brasileiros, como: Eizirik et al., 2006; Lago, 2008; Lago & Codo, 2010; Lago & Codo, 2013; Barbosa, Souza & Moreira, 2014.

Acreditamos que a enorme variedade de termos, conceitos e definições acerca das manifestações do sofrimento de PAS decorrentes da condição de envolvimento emocional e afetivo ao sofrimento e às dores dos pacientes a quem prestam assistência, esteja, possivelmente, relacionada às diferentes vertentes teóricas dos pesquisadores envolvidos e, talvez, a uma tendência classificatória e descritiva semelhante à dos critérios utilizados pelos manuais de diagnósticos que, apoiados num paradigma biomédico, privilegiam e incentivam uma compreensão de nível

exclusivamente fenomênica, isto é, privilegia-se uma classificação diagnóstica a partir das manifestações sintomáticas.

Neste sentido, os autores Lago e Codo (2010) parecem concordar conosco quando afirmam que:

Tentar definir a Fadiga por Compaixão por meio de uma sintomatologia é incorrer no mesmo erro de tentar-se definir uma patologia exclusivamente pelos seus sintomas. A medicina há algum tempo já sabe, por exemplo, que cefaleia, febre e náuseas, podem ser sintomas de uma infinidade de patologias e por isso, apenas com a realização de exames que apontem a etiologia da patologia pode-se fechar um diagnóstico (p. 176).

Nesta mesma direção, citamos a análise realizada por Luiz Roberto Millan (2007) no editorial da Revista da Associação Médica Brasileira de um artigo científico sobre síndrome de Burnout, na qual ele critica que “o fato de o trabalho ser o fator desencadeante não justifica a criação de um novo conceito. Caso contrário, a cada fator desencadeante descoberto, um novo diagnóstico seria criado, o que tornaria a classificação psiquiátrica um verdadeiro caos” (p. 5). Além disso, ele refere:

A meu ver, Maslach era uma ótima observadora, pois percebeu com clareza o que se passava com muitos profissionais que se dedicavam ao cuidado de outras pessoas. O estudo desses problemas tem sido fundamental para a melhora da qualidade desses profissionais, o que, sem dúvida, trará benefícios a seus pacientes. Porém, cometeu um equívoco ao dar um novo nome a algo que Hipócrates já conhecia há mais de 2300 anos. É preciso desfazer com urgência essa confusão, sob o risco de criarmos uma nova Babel (Millan, 2007, p. 5).

Também sobre a confusão conceitual, os autores Lago e Codo (2010) afirmam que na revisão de literatura realizada por eles sobre trabalhos relacionados à “traumatização secundária”, constatou-se que existe, entre os estudos, uma grande intersecção entre todos os conceitos. Eles defendem que essa intersecção entre os conceitos seria o reflexo da intersecção entre a dimensão humana e a dimensão biológica no processo empático humano, ideia que, segundo eles, não é concebida por nenhuma das alternativas teóricas, o que contribui para a diversidade de termos, conceitos e definições (p. 174-175).

Atualmente, uma das principais referências internacionais em Psicologia a respeito das manifestações em PAS decorrentes da condição de envolvimento emocional e afetivo ao sofrimento e às dores dos pacientes a quem prestam assistência é a americana e psicóloga Beth Hudnall Stamm.

As consequências do envolvimento emocional e afetivo de um profissional ao sofrimento e às dores daqueles a quem presta assistência têm sido abordadas por Beth Hudnall Stamm a partir dos termos “Satisfação por Compaixão” e “Fadiga por Compaixão”.

Para Stamm (2010), a “Qualidade de Vida Profissional” (QVP) é “a qualidade que uma pessoa sente em relação ao seu trabalho como *“helper”*”. Para ela, os *“helpers”* podem ser encontrados nos profissionais de saúde, trabalhadores de serviço social, professores, advogados, policiais, bombeiros, membros do clero, agentes de companhias aéreas e de outras companhias de transportes, funcionários de limpeza de locais alvos de desastres e outros que oferecem assistência no momento de um evento trágico ou após (p. 8).

A QVP inclui dois aspectos, o positivo que é a Satisfação por Compaixão (SC) e o negativo que é a “Fadiga por Compaixão” (FC). A Satisfação por Compaixão é caracterizada por sentimentos de satisfação pelo trabalho de assistência, envolvendo sentimentos positivos sobre a capacidade de ajudar, como sentir-se recompensado em seus esforços no trabalho e sentir que, com o trabalho, podem fazer a diferença. Já a Fadiga por Compaixão envolve as vivências negativas do trabalho de assistência e se desmembra em duas partes: a primeira diz respeito a

sentimentos de exaustão, frustração e irritabilidade do “*Burnout*” (BO) que é definido como um esgotamento físico e psíquico que surge como reação ao estresse crônico no trabalho (Maslach & Jackson, 1981; Maslach, 2009), isto é, um sofrimento do profissional ao ambiente de trabalho. E a segunda parte se refere ao “Estresse Traumático Secundário” (ETS) ou “Trauma Secundário” caracterizado pelo medo e trauma relacionado ao trabalho de assistência em decorrência do contato do profissional com os pacientes. Profissionais com ETS apresentam preocupações com pensamentos de pessoas a quem já ofereceram assistência, relatam se sentirem “infectados”, contaminados pelo sofrimento e trauma de outros. As características incluem incapacidade para dormir, às vezes esquecimento de coisas importantes, incapacidade de separar vida particular com vida profissional e vivenciar o trauma e sofrimento de alguém que foi ajudado a ponto de evitar atividades que possam trazer lembranças de tal sofrimento e/ou trauma (Stamm, 2010, p. 8). Esse raciocínio de Stamm (2010) é esboçado por ela em um diagrama conforme Figura 1.

Importante explicar que, no referido raciocínio, a Satisfação por Compaixão é considerada como moderadora da Fadiga por Compaixão, ou seja, para Stamm (2010), ter Qualidade de Vida Profissional significa manter um equilíbrio entre as experiências positivas e negativas no trabalho de assistência, de modo que os sentimentos positivos prevaleçam sobre os negativos. Assim, um desequilíbrio entre as experiências positivas e negativas pode levar um profissional a desenvolver aspectos da satisfação ou da fadiga, dependendo de como ele vivencia suas experiências de trabalho no âmbito da assistência. (p. 8)

Figura 1. Diagrama da Qualidade de Vida Profissional (QVP) (Stamm, 2010, p.8)

Entende-se, então, que o sofrimento decorrente da condição de envolvimento emocional e afetivo de um PAS, neste caso, de um *“helper”* ao sofrimento e às dores daqueles a quem prestam assistência, é compreendido por Stamm (2010) como Estresse Traumático Secundário (ETS) sendo um dos componentes da Fadiga por Compaixão.

Stamm (2010) desenvolveu o “Professional Quality of Life Scale” (ProQol) que é um instrumento que visa avaliar a Qualidade de Vida Profissional composta por aspectos positivos (“Satisfação por Compaixão”) e aspectos negativos (“Fadiga por Compaixão”), sendo que a versão mais recente desse instrumento é a quinta e as orientações para interpretação dos resultados de sua aplicação se localizam no “The Concise ProQOL Manual” de Stamm (2010).

No Brasil, as consequências da condição de envolvimento emocional e afetivo de PAS ao sofrimento e às dores de seus pacientes têm sido recentemente abordadas principalmente pelos autores Kennyston Lago e Wanderley Codo também a partir dos termos “Fadiga por Compaixão” e “Satisfação por Compaixão”.

A fim de contribuírem para o esclarecimento da confusão conceitual, após terem investigado a fundo a origem de cada nomenclatura e definição, explicado uma a uma e apontado as suas semelhanças e diferenças, Lago e Codo apresentaram uma nova compreensão, a partir de uma concepção dualista da empatia e da compaixão e da distinção dos demais conceitos associados a ela, utilizando-se dos termos “Fadiga por Compaixão” e “Satisfação por Compaixão”. Para eles, a “Fadiga por Compaixão” é uma das dimensões da compaixão, sendo a “Satisfação por Compaixão” a outra dimensão. Enquanto a “Satisfação por Compaixão” se caracteriza pela condição na qual o sujeito compadecido se percebe enquanto tendo sido responsável pela remissão da dor alheia, a “Fadiga por Compaixão” se dá quando o sujeito compadecido tem seus recursos exauridos na tentativa, ou nas sucessivas tentativas, de intervir na dor alheia, ou quando o sujeito se vê impedido ou sucessivamente impossibilitado de ajudar (Lago & Codo, 2010).

Lago e Codo (2010) consideram que o processo empático que os seres humanos possuem é constituído por uma dimensão animal/biológica e outra simbólica/humana e “a compaixão advinda da capacidade de empatia também carrega essa dualidade, que é, a dualidade humana” (Lago, 2008). Assim, para estes autores, a “Fadiga por Compaixão” é:

uma fadiga física e emocional resultante da compaixão que os profissionais de socorro vivenciam no seu trabalho com pessoas que estão em sofrimento físico e/ou mental (...) Esses profissionais - que de forma geral vivenciam, ou escutam relatos de dor, medo, e sofrimento – podem acabar sentindo dores, medos e sofrimentos similares aos dos seus pacientes, simplesmente porque eles se importam com eles (...) é o nome do processo no qual o profissional ligado ao atendimento de uma clientela que tem como demanda o sofrimento, torna-se fatigado, exausto física e mentalmente, devido ao constante contato com o estresse provocado pela compaixão (Lago & Codo, 2010).

Para Lago e Codo (2010), assim como para Stamm (2010), a “Fadiga por Compaixão” também possui duas dimensões: uma que inclui o “Estresse por Compaixão” (desgastes que o organismo sofre ao perceber e sentir o sofrimento do outro) e a outra que diz respeito “às regras sociais, aos esquemas sobre bondade, justiça, caridade, etc. E nos casos dos profissionais da saúde o dever da profissão” (Lago, 2008).

Nesse sentido, a “Fadiga por Compaixão” implica manifestação de sintomas físicos [semelhantes aos de quadros de trauma como no Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) e no Transtorno de Estresse Traumático Secundário (TETS)], mudanças de atitudes (semelhantes ao da Síndrome de *Burnout*) e mudanças cognitivas e simbólicas (semelhantes às descritas na Traumatização Vicariante e na Contratransferência) (Lago, 2008).

Uma das principais contribuições desses autores se refere às diferenças e semelhanças entre a “Fadiga por Compaixão” e o *Burnout*. Para eles, o *Burnout* diz respeito a “uma síndrome que afeta trabalhadores que lidam com alguma clientela” e “trata da dinâmica do trabalho dos “cuidadores”, ou seja, toda e qualquer atividade que esteja ligada à prestação de algum serviço” (que podem abranger desde a atividade de um recepcionista até a de um professor). Por sua vez, a “Fadiga por Compaixão” se refere a uma síndrome que acomete trabalhadores que lidam com uma clientela específica: uma clientela que sofre e que precisa de socorro. Ela trata da dinâmica do trabalho dos “socorristas”, que engloba toda e qualquer atividade relacionada à prestação de serviços de ajuda/socorro. Assim, *Burnout* refere-se a profissões ligadas ao cuidado e a “Fadiga por Compaixão” trata de um tipo especial de cuidado, o socorro (Lago, 2008).

Burnout se aplica a um contexto mais amplo de prestação de serviço e a Fadiga por Compaixão a um contexto muito circunscrito: contextos onde o processo empático e a compaixão são condição necessária para a realização da atividade profissional. A Fadiga por Compaixão ocorre nas atividades onde a compaixão é necessária para o desenvolvimento das mesmas, compaixão que, por sua vez, é o que pode causar o adoecimento do profissional de ajuda (Lago, 2008).

Além disso, eles realizaram a validação semântica e psicométrica para o Brasil da quarta versão do *Professional Quality of Life Scale* (ProQol-IV) da americana Beth Hudnall Stamm (2005)¹.

A criação e a implantação de estratégias para amenizar os efeitos do sofrimento decorrente da condição de envolvimento emocional e afetivo tem sido sugeridas por autores entre pessoais, profissionais e institucionais e envolvem: limitação do número de pacientes; busca por supervisão; recursos profissionais adequados; educação e treinamento em trauma; desenvolvimento de estratégias pessoais de enfrentamento; desenvolvimento do senso de espiritualidade; equilíbrio da vida profissional com pessoal e social; conversas com outras pessoas; encontro de uma saída emocional como chorar ou fazer atividade física; grupos de apoio; atendimento em local de trabalho seguro, privado e confortável; reuniões de equipe; psicoterapia; reconhecimento e o respeito dos pontos fracos e positivos; autoconhecimento; tempo para reflexão individual; coesão, apoio e carinho entre colegas de trabalho e espírito de equipe (Pearlmann & Saakvitne, 1995^a; Eizirik et al., 2006; Pross, 2006; Rourke, 2007; Sinclair & Hamill, 2007; Phoenix, 2007; Keenan & Royle, 2007; Moulden, 2007; Meadors, 2008; Perry, 2008; Rogers, 2008; Holst, 2009; Najjar et al., 2009).

Além disso, tem sido documentado, a realização de seminários educativos (Phoenix, 2007; Meadors, 2008; Rogers, 2008) e a eficácia da técnica de Dessensibilização e Reprocessamento através de Movimentos Oculares (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing - EMDR*) (Keenan & Royle, 2007).

Em relação à técnica de Dessensibilização e Reprocessamento através de Movimentos Oculares (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing - EMDR*), segundo os autores Keenan e Royle (2007), ela faz uso da cinestesia visual e da estimulação acústica enquanto o paciente resgata mentalmente as experiências traumáticas. Eles explicam que a memória traumática tem três componentes: uma imagem, uma reação fisiológica a esta imagem e uma avaliação negativa de si como

¹ Na finalização dessa pesquisa constatou-se que a validação psicométrica do ProQol-IV também foi realizada pelas brasileiras Barbosa e Souza (2013) apesar do estudo ainda não ter sido localizado ou publicado.

consequência desta imagem lembrada. A técnica utiliza três aspectos estimulando o paciente a pensar sobre o evento traumático e ao mesmo tempo o reconhecimento da reação psicológica no presente. O paciente é instruído a manter-se consciente da avaliação negativa de si e então recebe estimulação bilateral do médico. A intenção é reduzir o nível do distúrbio psicológico e provocar a mudança da visão negativa de si para uma visão mais realista, adequada e adaptada (p. 293-294). Segundo o site da Associação Brasileira de EMDR, EMDR é uma nova forma de psicoterapia de abordagem terapêutica integrativa, desenvolvida nos Estados Unidos no final dos anos 80 pela psicóloga Francine Shapiro. Permite a estimulação dos hemisférios cerebrais, onde as lembranças dolorosas são armazenadas a partir da utilização do modelo do processamento de informação.

3 OBJETIVOS

A pesquisa teve como objetivos, investigar:

- a) se PAS atuantes em Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) apresentam sofrimento decorrente da condição de envolvimento emocional e afetivo ao sofrimento e a dor dos pacientes a quem prestam assistência, compreendido por um dos componentes da Fadiga por Compaixão, o Estresse Traumático Secundário.
- b) as compreensões dos PAS a respeito das dificuldades relacionadas às práticas de controle de IRAS, as percepções de suas próprias participações nas práticas de controle de IRAS, as suas sugestões para diminuição de taxas de IRAS e as observações livres a respeito da participação na pesquisa.

4 MÉTODO

4.1 Tipo de pesquisa

Trata-se de um estudo clínico transversal.

4.2 Local do estudo

O estudo foi realizado em quatro UTIs (UTI de Moléstias Infecciosas, UTI do Pronto Socorro, UTI de Pneumologia e Clínica Médica e UTI de Transplantes e Cirurgias do Fígado) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

4.3 Casuística

Os participantes foram selecionados a partir do projeto maior intitulado “INVESTIGAÇÃO DAS DIFICULDADES HUMANAS DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE NAS PRÁTICAS DE CONTROLE DE INFECÇÃO RELACIONADA À ASSISTÊNCIA À SAÚDE”. Para a coleta dos dados, a abordagem aos PAS ocorreu pessoalmente em seu local e horário de trabalho. Em razão dos diferentes turnos (manhã, tarde e noite) de trabalho dos PAS e pela distância existente entre as quatro UTIs, foi necessária a inclusão de pesquisadores auxiliares, tendo sido realizado um treinamento específico a respeito dos instrumentos e da maneira adequada de aplicá-los. Pela razão dos PAS estarem em seu local de trabalho, um local mais reservado e apropriado para a aplicação dos instrumentos nem sempre foi possível e algumas vezes a realização ocorreu em bancadas dentro das UTIs, em cadeiras

existentes nos corredores, ou aonde os PAS costumavam tomar café. Devido a essas circunstâncias, muitas vezes a iluminação, a condição acústica do local e o fato de existirem outros PAS trabalhando ao redor não garantiram uma situação ideal de aplicação dos instrumentos. Além disso, muitas vezes os PAS encontravam-se cansados e/ou sobrecarregados em decorrência do trabalho e pouco disponíveis para dispor de uma hora de seu tempo de trabalho. Tais aspectos foram levados em consideração no momento da análise dos resultados.

Foram selecionados PAS da área de enfermagem (enfermeiros, auxiliares de enfermagem ou técnicos de enfermagem) e médicos atuantes ou que tenham atuado nas referidas UTIs e que tenham compreendido e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Atendendo às normas éticas de pesquisa com seres humanos, a coleta de dados só foi iniciada após a leitura do TCLE, e se o participante concordou em assiná-lo, recebendo uma cópia. Para preservação do sigilo, decidiu-se pela não identificação dos entrevistados pelo nome nem pelo local de trabalho, sendo o entrevistado identificado com um número, respeitando-se a Resolução nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Os dados coletados estão armazenados e guardados por um período mínimo de cinco anos na Divisão de Psicologia do Instituto Central da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. E o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) do Hospital das Clínicas da FMUSP sob pareceres de números 623.825 e 18719 (vide anexo).

Após a concordância do PAS em participar da pesquisa, iniciou-se a aplicação dos instrumentos que ocorreu na ordem proposta pelo projeto principal, sendo realizada primeiramente a leitura do TCLE e, em seguida, o preenchimento da ficha de dados sócio-demográficos.

A aplicação dos instrumentos ocorreu na ordem proposta pelo projeto principal, sendo o instrumento ProQol-BR o antepenúltimo instrumento (numa sequência de sete) a ser aplicado e a entrevista a última.

Para este estudo, foram incluídos 168 PAS para o primeiro objetivo e, para o segundo objetivo, 96 uma vez que foram desconsiderados os PAS entrevistados por outros pesquisadores que auxiliaram na coleta de dados.

4.4 Instrumentos

4.4.1 Ficha de dados sócio demográficos

Foi utilizada uma ficha de dados sócio-demográficos elaborada pela equipe de pesquisadores do projeto principal, que está anexo (Anexo B).

4.4.2 Professional Quality of Life Scale – BR (ProQol-BR)

Composto por 30 itens, o ProQol-BR (Anexo C) é o resultado do processo de validação (semântica e psicométrica) para o Brasil da quarta versão do Professional Quality of Life Scale (ProQol-IV) de Stamm (2005) realizada por Lago e Codo (2008; 2013). Por meio da validação semântica, os autores brasileiros tentaram assegurar que as proposições contidas nas sentenças originalmente elaboradas em inglês sofressem o mínimo possível de distorção no processo de tradução e que o mesmo não criasse sentenças de difícil compreensão para os brasileiros. Na validação psicométrica, os autores procuraram garantir que, mesmo, após ser traduzido, o instrumento mantivesse boas qualidades psicométricas. Os resultados indicaram que a validação teve êxito em conseguir respeitar o sentido das sentenças e manter as propriedades psicométricas do instrumento (Lago & Codo, 2013, p. 220).

O ProQol-IV é o desenvolvimento do *Compassion Satisfaction And Fatigue Test* (CSFT) de Figley & Stamm (1996) que, por sua vez, é um desenvolvimento do pioneiro *Compassion Fatigue Self Test* (CFST) de Figley (1995).

O *Compassion Satisfaction And Fatigue Test* (CSFT) de Figley & Stamm (1996) foi o primeiro instrumento a contar com a contribuição do trabalho de Beth Hudnall Stamm que propõe a Satisfação por Compaixão como contraponto ao fenômeno da Fadiga por Compaixão. Ele é o instrumento que possui o maior número de estudos já publicados, mas devido a problemas psicométricos, os autores têm recomendado o uso do ProQol (Elwood, Mott, Lohr, & Galovski, 2011 citado por Lago & Codo, 2013, p. 214).

Elaborado por Stamm (2005), o *Professional Quality of Life Scale* (ProQol), apesar de manter as 3 sub-escalas (Satisfação por Compaixão, Burnout e Estresse Traumático Secundário) originais do CSFT, teve seu número de itens reduzido.

No manual da versão IV do ProQol, Stamm (2005), utilizando-se da aplicação do instrumento em uma amostra de 463 sujeitos, apresenta parâmetros, através do método da técnica do quartil, para a qualificação de níveis normais e níveis que seriam indicativos de problemas. Apesar de ter disponibilizado tais parâmetros, Stamm (2005) faz ressalvas à sua utilização.

Apesar de terem realizado a validação para o Brasil do ProQol-IV, Lago e Codo (2008; 2013) não publicam quaisquer parâmetros de interpretação dos dados do ProQol-BR, por acreditarem não ter uma quantidade de amostra suficiente ($n=203$) para o estabelecimento de critérios de qualificação e também por acreditarem que “a divulgação de critérios, mesmo acompanhados de ressalvas, estimula aqueles que são pouco íntimos dos procedimentos psicométricos, a fazerem uso dos mesmos, na análise dos seus dados”. Entretanto, eles entendem que os resultados do ProQol-BR podem ser usados sem que seja necessário o estabelecimento de parâmetros e que uma forma de usar esses dados é compará-los com os resultados de outra amostra, de outra categoria profissional ou de outro setor.

No manual da quinta e mais recente versão do *Professional Quality of Life Scale* (ProQol-V), Stamm (2010) usa novamente o critério dos quartis para estabelecer os cortes. Além disso, importante ressaltar que ela afirma que o aspecto mais importante sobre a interpretação do ProQol é que ele não é um instrumento de diagnóstico já que a Fadiga por Compaixão não consta oficialmente na Classificação

Internacional de Doenças (CID-10) ou no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV). No entanto, o instrumento pode servir como “rastreador” de aspectos a serem investigados com o uso apropriado de procedimentos de diagnóstico. Por exemplo, uma pontuação alta na sub-escala de Burnout ou na sub-escala de Estresse Traumático Secundário com uma baixa pontuação na escala Satisfação por Compaixão pode ser um sinal de depressão clínica que mereça tratamento. Além disso, pontuações altas em Satisfação por Compaixão devem ser interpretadas como sinal de que há comprometimento profissional, e pontuações altas em Fadiga por Compaixão indicariam desequilíbrio emocional (Stamm, 2010).

4.4.3 Entrevistas semi-dirigidas

A entrevista é considerada por Bleger (1980) como um instrumento fundamental do método clínico e da investigação científica em Psicologia. A entrevista semi-dirigida é definida por Fontanella, Campos e Turato (2006) como uma espécie de guia temático que serve como roteiro para o encontro, composto por tópicos já conhecidos para serem propostos, porém as respostas não estão previstas.

O roteiro da entrevista semi-dirigida deste estudo (Anexos D e E) foi desenvolvido pela equipe de psicologia do estudo principal para este fim específico.

Os tópicos que constaram nas entrevistas semi-dirigidas envolveram quatro eixos:

- a) compreensão que os entrevistados têm a respeito das dificuldades relacionadas às práticas de controle de IRAS em UTIs;
- b) percepção sobre sua própria participação nas práticas de controle de IRAS em UTI;
- c) suas sugestões para resolução dos problemas investigados;

d) observações livres a respeito de sua participação no projeto de pesquisa.

4.5 Análise dos Resultados

A análise dos dados consistiu-se por etapa quantitativa e qualitativa.

4.5.1 Etapa Quantitativa

4.5.1.1 Análise da Ficha de Dados Sóciodemográficos

Os dados da ficha de dados-sóciodemográficos foram analisados pela utilização de Histograma e de Tabelas Dinâmicas, recursos oferecidos pelo programa Microsoft Excel. Em estatística, um histograma, também conhecido como distribuição de frequências ou diagrama das frequências, é uma representação gráfica na qual um conjunto de dados é agrupado em classes uniformes, representado por um retângulo cuja base horizontal são as classes e seu intervalo e a altura vertical representa a frequência com que os valores desta classe estão presentes no conjunto de dados (Freund, 2006, p. 42). Uma Tabela Dinâmica (ou Pivot Table Report na versão do Microsoft Excel 97 em inglês) permite a apresentação dos dados de diversas formas, a partir de uma mesma base de informação e de um único relatório. É uma tabela interativa de planilha, utilizada para resumir e analisar dados de uma lista ou tabela já existente. Colunas ou linhas de sumarização ou dados podem ser invertidos, automaticamente, pelo usuário, criando novas versões de relatório em fração de segundo (Savastano, 1999).

4.5.1.2 Análise do ProQol-BR

Os escores obtidos do ProQol-BR foram transferidos para um banco de dados no programa Microsoft Excel e analisados conforme as orientações propostas pelo “*The Concise ProQOL Manual*” de Stamm (2010).

Apesar das orientações do “*The Concise ProQOL Manual*” de Stamm (2010) se referirem à quinta versão do ProQol (que difere da quarta versão que fundamenta o ProQol-BR), decidiu-se utilizá-las pelo fato de Lago e Codo (2008; 2013) não terem divulgado parâmetros para análise dos dados e pela impossibilidade momentânea de realizar comparações com os resultados de outra amostra, de outra categoria profissional, de outro setor, etc, alternativas sugeridas pelos autores brasileiros.

A utilização do “*The Concise ProQOL Manual*” de Stamm (2010) para analisar os resultados do ProQol-BR foi possível porque Stamm (2010), no manual, além de afirmar que a quinta versão é praticamente idêntica à quarta versão, tendo sofrido poucas mudanças gramaticais nas afirmativas, ela publica como realizar a conversão dos dados da quarta versão para a quinta, a partir da normalização dos dados, alcançada pela conversão dos resultados raw score em t-score, que sempre tem média 50 e desvio padrão 10 (p. 31).

A aplicação do instrumento ProQol-BR com as orientações de Stamm (2010) para a interpretação dos dados permitiu saber a respeito do escore que um determinado PAS atingiu em cada sub-escala do instrumento. Dependendo do escore alcançado, ele poderá ser considerado baixo, moderado ou alto. Por exemplo, um PAS pode apresentar um escore considerado alto na sub-escala de Satisfação por Compaixão (SC), um escore considerado moderado na sub-escala de Burnout (BO) e um escore considerado moderado na sub-escala de Estresse Traumático Secundário (ETS), o que comporá uma combinação específica a respeito de sua Qualidade de Vida Profissional (QVP). As diferentes combinações de escores receberam interpretações que Stamm (2010) divulga em seu manual.

Por terem sido encontradas limitações importantes na interpretação divulgada por Stamm (2010) para análise dos resultados do ProQol-BR, decidimos definir o que seria, para nós, a combinação considerada a mais preocupante e a mais indicativa de desequilíbrio da Qualidade de Vida Profissional, para posteriormente

realizarmos uma análise estatística. Desse modo, definimos que o resultado mais preocupante e indicativo de um desequilíbrio na Qualidade de Vida Profissional são os PAS que apresentam escores baixo ou moderado em SC e escores altos em BO e em ETS (que definem uma FC alta). Os demais PAS foram considerados como apresentando resultados menos preocupantes de desequilíbrio no instrumento.

A partir dessa definição, as características quantitativas pessoais dos PAS foram descritas segundo classificação do ProQoL-BR com uso de medidas resumo (média, desvio padrão, mediana, mínimo e máximo) e comparadas entre as classificações com uso de testes t-Student ou testes Mann-Whitney (Kirkwood & Sterne, 2006). As características qualitativas dos PAS foram descritas segundo classificações com uso de frequências absolutas e relativas e verificada a associação com uso de testes qui-quadrado ou testes da razão de verossimilhanças (Kirkwood & Sterne, 2006). Foram estimados os Odds Ratio de cada característica relativamente à classificação mais preocupante do ProQoL-BR com os respectivos intervalos com 95% de confiança com uso de regressão logística simples (Hosmer & Lemeshow, 2000).

Foi estimado o modelo de regressão logística múltipla (Hosmer & Lemeshow, 2000) para classificação mais preocupante do ProQoL-BR, selecionando as variáveis que nos testes bivariados apresentaram níveis de significância inferiores a 0,20 ($p < 0,20$).

Os testes foram realizados com nível de significância de 5%.

4.5.2 Etapa Qualitativa

4.5.2.1 *Análise das Entrevistas*

Na etapa qualitativa, as anotações das respostas dos quatro tópicos das entrevistas foram transferidas para um banco de dados no programa Excel a fim de facilitar a organização dos dados.

Foi utilizada a Técnica de Análise Temática ou de Conteúdo que possibilitou, a partir da organização dos dados em núcleos temáticos e categorização dos mesmos, a análise dos dados mais significativos. Bardin (2008) define essa técnica como “um conjunto de técnicas de análise da comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos, da descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção / recepção destas mensagens”.

Foram desconsideradas as respostas que não atenderam aos objetivos, que se repetiram no discurso de um único PAS e que apareceram somente uma única vez.

5 RESULTADOS

5.1 ProQol – BR

Quando analisados os escores da escala e das sub-escalas do ProQol-BR por combinação conforme proposta de Stamm (2010), observou-se que 38,1% (n=64) dos PAS avaliados apresentaram combinações que possuem interpretações divulgadas por Stamm (2010) em seu manual e que 61,9% (n=104) dos PAS apresentaram combinações que não possuem interpretações descritas por Stamm (2010) em seu manual. Das combinações que não possuem interpretações divulgadas, 16,7% (n=28) dos PAS apresentaram combinação referente à Satisfação por Compaixão Moderado, Burnout Moderado e Estresse Traumático Secundário Moderado. E das combinações que possuem interpretações divulgadas, 13,7% (n=23) dos PAS apresentaram combinação referente à Satisfação por Compaixão Alta, Burnout Moderado e Estresse Traumático Secundário Moderado, conforme os dados apresentados na tabela 1.

Tabela 1 - Descrição dos resultados obtidos na avaliação do ProQol-BR quando analisados os escores das sub-escalas por combinação conforme proposta de Stamm (2010)

total (n = 168)					
	Combinações	Satisfação por Compaixão	Burnout	Estresse Traumático Secundário	n (%)
Com Interpretação	Combinação 03	Alto	Moderado	Moderado	23 (13,7%)
	Combinação 05	Moderado	Alto	Moderado	11 (6,5%)
	Combinação 07	Alto	Baixo	Baixo	9 (5,4%)
	Combinação 08	Baixo	Alto	Alto	9 (5,4%)
	Combinação 10	Alto	Baixo	Moderado	4 (2,4%)
	Combinação 11	Alto	Baixo	Alto	4 (2,4%)
	Combinação 15	Alto	Moderado	Baixo	2 (1,2%)
	Combinação 17	Baixo	Alto	Moderado	1 (0,6%)
	Combinação 19	Baixo	Alto	Baixo	1 (0,6%)
Sub-Total Com Interpretação					64 (38,1%)
Sem Interpretação	Combinação 01	Moderado	Moderado	Moderado	28 (16,7%)
	Combinação 02	Moderado	Alto	Alto	25 (14,9%)
	Combinação 04	Moderado	Moderado	Alto	22 (13,1%)
	Combinação 06	Alto	Moderado	Alto	10 (6,0%)
	Combinação 09	Alto	Alto	Alto	7 (4,2%)
	Combinação 12	Alto	Alto	Moderado	3 (1,8%)
	Combinação 13	Moderado	Baixo	Moderado	3 (1,8%)
	Combinação 14	Moderado	Moderado	Baixo	3 (1,8%)
	Combinação 16	Moderado	Baixo	Baixo	2 (1,2%)
	Combinação 18	Baixo	Moderado	Alto	1 (0,6%)
Sub-Total Sem Interpretação					104 (61,9%)
Total Geral					168 (100%)

A tabela 2 apresenta os resultados descritivos da análise realizada entre os escores Baixo, Moderado e Alto das sub-escalas Satisfação por Compaixão, Burnout e Estresse Traumático Secundário quando combinados com os dados sócio demográficos.

Tabela 2 - Distribuição dos dados de acordo com os resultados descritivos combinados entre escores Baixo, Moderado e Alto das sub-escalas Satisfação por Compaixão, Burnout e Estresse Traumático Secundário e os dados sócio demográficos

Variáveis numéricas									
	Satisfação por Compaixão			Burnout			Estress Traumático Secundário		
	Baixo	Moderado	Alto	Baixo	Moderado	Alto	Baixo	Moderado	Alto
Idade (anos) média (DP)	31,9 (7,1)	35,6 (9,7)	39,0 (8,9)	42,3 (10,0)	37,4 (9,4)	33,1 (7,9)	38,8 (8,6)	37,3 (9,4)	35,5 (9,5)
Salário Mínimo (quantidade) média (DP)	3,6 (1,8)	4,3 (2,6)	4,2 (3,0)	4,9 (3,9)	4,1 (2,4)	4,2 (2,6)	4,1 (3,9)	4,3 (2,4)	4,2 (2,7)
Tempo de Atuação (meses) média (DP)	85,5 (70,3)	101,4 (97,8)	130,3 (95,0)	162,5 (106,9)	115,7 (99,0)	83,5 (76,3)	134,8 (98,0)	114,8 (102,3)	102,0 (88,7)
Variáveis categóricas									
	Satisfação por Compaixão			Burnout			Estress Traumático Secundário		
	Baixo	Moderado	Alto	Baixo	Moderado	Alto	Baixo	Moderado	Alto
UTIs									
Moléstias Infecciosas quantidade (%)	3 (1,8%)	21 (12,6%)	10 (6,0%)	6 (3,6%)	17 (10,2%)	11 (6,6%)	5 (3,0%)	13 (7,8%)	16 (9,6%)
Pneumo e Clínica quantidade (%)	3 (1,8%)	18 (10,8%)	19 (11,4%)	7 (4,2%)	20 (12,0%)	13 (7,8%)	5 (3,0%)	21 (12,6%)	14 (8,4%)
Pronto Socorro quantidade (%)	4 (2,4%)	31 (18,6%)	17 (10,2%)	6 (3,6%)	27 (16,2%)	19 (11,4%)	1 (0,6%)	23 (13,8%)	28 (16,8%)
Transplantes e Cirurgias do Fígado quantidade (%)	2 (1,2%)	23 (13,8%)	16 (9,6%)	3 (1,8%)	25 (15,0%)	13 (7,8%)	6 (3,6%)	16 (9,6%)	19 (11,4%)
Gênero									
Feminino quantidade (%)	6 (3,6%)	70 (41,7%)	47 (28,0%)	17 (10,1%)	69 (41,1%)	37 (22,0%)	14 (8,3%)	46 (27,4%)	63 (37,5%)
Masculino quantidade (%)	6 (3,6%)	24 (14,3%)	15 (8,9%)	5 (3,0%)	20 (11,9%)	20 (12,0%)	3 (1,8%)	27 (16,1%)	15 (9,0%)
Estado Civil									
Com companheiro (a) quantidade (%)	4 (2,4%)	41 (25,0%)	28 (17,1%)	12 (7,3%)	42 (25,6%)	19 (11,6%)	11 (6,7%)	31 (18,9%)	31 (19,0%)
Sem companheiro (a) quantidade (%)	8 (4,9%)	51 (31,1%)	32 (19,5%)	10 (6,1%)	44 (26,8%)	37 (22,7%)	6 (3,7%)	39 (23,8%)	46 (28,1%)
Escolaridade									
Ensino médio quantidade (%)	1 (0,6%)	25 (15,1%)	21 (12,7%)	8 (4,8%)	28 (16,9%)	11 (6,6%)	6 (3,6%)	20 (12,0%)	21 (12,7%)
Superior incompleto quantidade (%)	3 (1,8%)	12 (7,2%)	7 (4,2%)	6 (3,6%)	9 (5,4%)	7 (4,2%)	4 (2,4%)	8 (4,8%)	10 (6,0%)
Superior completo quantidade (%)	2 (1,2%)	28 (16,9%)	10 (6,0%)	3 (1,8%)	22 (13,3%)	15 (9,0%)	4 (2,4%)	13 (7,8%)	23 (13,9%)
Pós-graduação incompleta quantidade (%)	1 (0,6%)	7 (4,2%)	9 (5,4%)	1 (0,6%)	10 (6,0%)	6 (3,6%)	1 (0,6%)	11 (6,6%)	5 (3,0%)
Pós-graduação completa quantidade (%)	5 (3,0%)	21 (12,7%)	14 (8,4%)	4 (2,4%)	19 (11,4%)	17 (10,2%)	2 (1,2%)	20 (12,0%)	18 (10,8%)
Profissão									
Médico quantidade (%)	3 (1,8%)	28 (16,7%)	12 (7,1%)	4 (2,4%)	21 (12,5%)	18 (10,7%)	2 (1,2%)	21 (12,5%)	20 (11,9%)
Enfermeiro quantidade (%)	5 (3,0%)	25 (14,9%)	14 (8,3%)	3 (1,8%)	24 (14,3%)	17 (10,1%)	2 (1,2%)	19 (11,3%)	23 (13,7%)
Auxiliar de enfermagem quantidade (%)	3 (1,8%)	29 (17,3%)	26 (15,5%)	14 (8,3%)	30 (17,9%)	14 (8,3%)	9 (5,4%)	23 (13,7%)	26 (15,5%)
Técnico de enfermagem quantidade (%)	1 (0,6%)	12 (7,1%)	10 (6,0%)	1 (0,6%)	14 (8,3%)	8 (4,8%)	4 (2,4%)	10 (6,0%)	9 (5,4%)

*Valor do Salário Mínimo considerado na época do estudo R\$788,00

A tabela 3 mostra que PAS com classificação mais preocupante e indicativas de desequilíbrio na Qualidade de Vida Profissional do ProQoL-BR foram em média mais novos ($p = 0,002$) e o tempo de atuação dos PAS apresentou influência estatisticamente significativa na classificação do ProQoL-BR ($p = 0,029$). Embora não tenha sido possível identificar as diferenças na classificação do ProQoL-BR com os valores de OR e os respectivos intervalos de confiança, as frequências apresentadas

sugerem que PAS com mais tempo de atuação apresentam menor frequência de classificação mais preocupante e indicativa de desequilíbrio da Qualidade de Vida Profissional.

Tabela 3 - Correlação das características dos PAS segundo classificação do ProQoL-BR e resultado dos testes estatísticos

Variável	PROQOL-Br		OR	IC (95%)		Total (N = 168)	p
	Menos preocupante (N = 134)	Mais preocupante (N = 34)		Inferior	Superior		
Sexo, n (%)							0.681
Feminino	99 (80,6)	24 (19,4)	1.00			124	
Masculino	35 (77,8)	10 (22,2)	1.19	0.52	2.74	45	
Idade (anos)			0.93	0.88	0.97		0,002*
média (DP)	37,7 (9,5)	32 (8,3)				36,6 (9,5)	
mediana (mín.; máx.)	36 (21; 63)	29 (22; 52)				34 (21; 63)	
Profissão, n (%)							0,403#
Médico (a)	33 (75,0)	11 (25,0)	1.00			44	
Enfermeiro (a)	33 (75,0)	11 (25,0)	1.00	0.38	2.63	44	
Auxiliar de enfermagem	49 (86,2)	8 (13,8)	0.48	0.18	1.32	58	
Técnico (a) de enfermagem	19 (82,6)	4 (17,4)	0.63	0.18	2.26	23	
Escolaridade, n (%)							0,256#
Médio	39 (85,1)	7 (14,9)	1.00			47	
Superior incompleto	18 (81,8)	4 (18,2)	1.27	0.33	4.89	22	
Superior completo	30 (75,0)	10 (25,0)	1.91	0.65	5.59	40	
Pós-graduação incompleta	16 (94,1)	1 (5,9)	0.36	0.04	3.14	17	
Pós-graduação completa	30 (73,2)	11 (26,8)	2.10	0.73	6.04	41	
Estado Civil, n (%)*							0.481
Com companheiro (a)	61 (82,4)	13 (17,6)	1.00			74	
Sem companheiro (a)	70 (78,0)	20 (22,0)	1.32	0.61	2.88	91	
UTI, n (%)							0.816
Pronto Socorro	40 (76,9)	12 (23,1)	1.00			52	
Moléstias Infecciosas	27 (80,0)	7 (20,0)	0.83	0.29	2.38	35	
Pneumo e Clínica Médica	34 (85,0)	6 (15,0)	0.59	0.20	1.74	40	
Transplantes e Cirurgias do Fígado	33 (80,5)	8 (19,5)	0.81	0.30	2.21	41	
Tempo de atuação, n (%)							0.029
≤ 2 anos	30 (75,0)	10 (25,0)	1.00			40	
> 2 anos e ≤ 5 anos	22 (64,7)	12 (35,3)	1.64	0.60	4.46	34	
> 5 anos e ≤ 10 anos	45 (89,7)	4 (10,3)	0.34	0.10	1.21	39	
> 10 anos	48 (85,7)	8 (14,3)	0.50	0.18	1.41	56	
Renda mensal pessoal (x1.000)			0.99	0.83	1.17		0,800**
média (DP)	3,3 (2,4)	3,2 (2,1)				3,3 (2,3)	
mediana (mín.; máx.)	2,5 (0,8; 15)	2,5 (0,9; 10)				2,5 (0,8; 15)	
Renda mensal familiar (x1.000)			1.04	0.95	1.13		0,221**
média (DP)	5,8 (4,4)	6,5 (4,4)				5,9 (4,4)	
mediana (mín.; máx.)	4,5 (1; 20)	6 (0,9; 20)				4,9 (0,9; 20)	
Renda percapita (x1.000)			1.13	0.93	1.37		0,280**
média (DP)	2,3 (1,9)	2,9 (2,3)				2,5 (2,0)	
mediana (mín.; máx.)	1,8 (0,2; 10)	2 (0,3; 9)				1,9 (0,2; 10)	

Teste qui-quadrado; # Teste da razão de verossimilhanças; * Teste t-Student; ** Teste Mann-Whitney

Das características avaliadas, apenas a idade influenciou estatisticamente na classificação do ProQoL-BR ($p = 0,007$), sendo que a chance de um profissional

apresentar a classificação mais preocupante e indicativa de desequilíbrio da Qualidade de Vida Profissional diminui 11% a cada ano a mais de idade, conforme dados apresentados na tabela 4.

Tabela 4 - Resultado do modelo de regressão logística múltipla para avaliar a influência conjunta das características dos PAS na classificação do ProQoL-BR

Variável	OR	IC (95%)		p
		Inferior	Superior	
Idade (anos)	0,89	0,82	0,97	0,007
Sexo, n (%)				
Feminino	1,00			
Masculino	1,08	0,44	2,64	0,862
Tempo de atuação, n (%)				
≤ 2 anos	1,00			
> 2 anos e ≤ 5 anos	2,40	0,83	6,98	0,108
> 5 anos e ≤ 10 anos	0,75	0,19	2,94	0,674
> 10 anos	3,72	0,64	21,49	0,142
Regressão logística múltipla				

Quando analisados os escores das sub-escalas do ProQoL-BR separadamente, observou-se que quando somados os resultados dos escores baixo e moderado, eles representam a maioria, conforme demonstrado na tabela 5.

Tabela 5 - Descrição dos resultados obtidos na avaliação das sub-escalas separadamente

n (%)			
Escore	Satisfação por Compaixão	Burnout	Estresse Traumático Secundário
Baixo	12 (7,1)	22 (13,1)	17 (10,1)
Moderado	94 (56,0)	89 (53,0)	73 (43,5)
<i>Baixo+Moderado</i>	<i>106 (63,1)</i>	<i>111 (66,1)</i>	<i>90 (53,6)</i>
Alto	62 (36,9)	57 (33,9)	78 (46,4)

5.2 Entrevistas semi dirigidas

As respostas dos PAS sobre as **COMPREENSÕES A RESPEITO DAS DIFICULDADES RELACIONADAS ÀS PRÁTICAS DE CONTROLE DE IRAS** envolveram: falta de tempo relacionada com sobrecarga de trabalho e falta de recursos humanos; falta de cobranças, punições, controle e fiscalizações; falta/problemas de infraestrutura, de equipamentos, de padronização e planejamento; falta de valorização e motivação dos profissionais; falta de conhecimento e de informações; falta de ações educacionais e de conscientização; falta de hábito/educação/cultura pessoal; falta de conscientização/consciência; influência de problemas pessoais; falta de se colocar no lugar do outro/paciente; sentimento e sensação de superioridade (esterilidade, bloqueio, autoconfiança); falta de importância; comodismo/preguiça; falta de sentimento de responsabilidade e comprometimento; egoísmo / individualismo / falta de altruísmo; problemas de relacionamento e culpabilização entre classes profissionais; descrença; culpabilização dos familiares dos pacientes; não percebem dificuldades; percebem dificuldades mas não levantam explicações.

A tabela 6 apresenta as compreensões das dificuldades por quantidade de PAS que as mencionaram.

Tabela 6 - Total de PAS que relataram as compreensões das dificuldades relacionadas às práticas de controle de IRAS

Compreensões a respeito das dificuldades relacionadas às práticas de controle de iras	n (%)
Falta / problemas de infraestrutura, de equipamentos, de padronização e planejamento	58 (21,01)
Falta de tempo relacionada com sobrecarga de trabalho e falta de recursos humanos	45 (16,30)
Comodismo / preguiça	22 (7,97)
Falta de valorização e motivação dos profissionais	19 (6,88)
Falta de conhecimento e de informações	17 (6,16)
Problemas de relacionamento e culpabilização entre classes profissionais	16 (5,80)
Falta de cobranças, punições, controle e fiscalizações	13 (4,71)
Falta de importância	12 (4,35)
Falta de ações educacionais e de conscientização	12 (4,35)
Falta de hábito / educação / cultura pessoal	9 (3,26)
Falta de sentimento de responsabilidade e de comprometimento	8 (2,90)
Falta de conscientização / consciência	7 (2,54)
Percebem dificuldades, mas não levantam explicações	6 (2,17)
Sentimento e sensação de superioridade (esterilidade, bloqueio, autoconfiança)	6 (2,17)
Descrença	5 (1,81)
Falta de se colocar no lugar do outro / paciente	5 (1,81)
Egoísmo / individualismo / falta de altruísmo	5 (1,81)
Não percebem dificuldades de adesão	3 (1,09)
Influência de problemas pessoais	3 (1,09)
Cansaço	3 (1,09)
Culpabilização dos familiares dos pacientes	2 (0,72)

Quando questionados a respeito **DAS PERCEPÇÕES DE SUAS PRÓPRIAS PARTICIPAÇÕES NO QUE DIZ RESPEITO ÀS PRÁTICAS DE CONTROLE DE IRAS**, os PAS relataram: não terem dificuldades; terem dificuldades sem levantar explicações; dificuldades relacionadas à falta de tempo, sobrecarga de trabalho e falta de recursos humanos; dificuldades relacionadas à falta/problemas de infraestrutura, de equipamentos, de padronização e planejamento; dificuldades relacionadas à falta de conhecimento, de informações e conscientização; dificuldades para cobrar/fiscalizar os outros; dificuldades quando realizam alguma

tarefas rápida que não exige contato prolongado; dificuldades quando necessitam realizar paramentação; dificuldades relacionadas à distração; percepção de se colocarem no lugar do outro; percepção da eficácia das práticas de controle de IRAS; percepção de realizarem as práticas de controle de IRAS ou pelo menos uma; percepção da importância das cobranças e de serem exemplares; percepção das dificuldades nos outros.

A tabela 7 apresenta a quantidade de PAS que relataram cada percepção.

Tabela 7 - Total de PAS que relataram as percepções de suas próprias participações no que diz respeito às práticas de controle de IRAS

Percepções dos pas de suas próprias participações no que diz respeito às práticas de controle de iras	n (%)
Dificuldades relacionadas à falta de tempo, sobrecarga de trabalho e falta de recursos humanos	22 (20,2)
Dificuldades relacionadas à falta / problemas de infraestrutura, de equipamentos, de padronização e planejamento	15 (13,8)
Percepção da importância das cobranças e de serem exemplares	13 (11,9)
Percepção de realizarem as práticas de controle de iras ou pelo menos uma	13 (11,9)
Não têm dificuldades	7 (6,4)
Percepção de se colocarem no lugar do outro	6 (5,5)
Percepção das dificuldades nos outros	6 (5,5)
Dificuldades para cobrar / fiscalizar os outros	6 (5,5)
Dificuldades relacionadas à distração	5 (4,6)
Têm dificuldades sem levantar explicações	5 (4,6)
Dificuldades relacionadas à falta de conhecimento, de informações e conscientização	5 (4,6)
Dificuldades quando realizam alguma tarefa rápida que não exige contato prolongado	2 (1,8)
Percepção da eficácia das práticas de controle de iras	2 (1,8)
Dificuldades quando necessitam realizar paramentação	2 (1,8)

As respostas dos PAS sobre as **SUGESTÕES PARA DIMINUIÇÃO DE TAXAS DE IRAS** envolveram: valorização e motivação dos profissionais; investimento em transmissão de conhecimento, informações e conscientização; aumento e melhora do dimensionamento de profissionais; melhora da infraestrutura, de equipamentos, de padronização e planejamento; mais cobranças, punições,

controle e fiscalizações; exposição dos índices de IH, suas consequências financeiras e comparação com índices de outros hospitais; profissionais realizarem autoreflexões, criar hábitos e disciplina, se policiar, se responsabilizar, se comprometer; profissionais se colocarem no lugar do paciente/outro; profissionais aderirem às práticas de controle de IRAS.

A tabela 8 abaixo apresenta as sugestões e a quantidade de PAS que as referiram.

Tabela 8 - Total de PAS que relataram as sugestões para diminuição de taxas de IRAS

Sugestões dos pas para diminuição de taxas de iras	n (%)
Investimento em transmissão de conhecimento, informações e conscientização	60 (30,93)
Melhoria da infraestrutura, de equipamentos, de padronização e planejamento	37 (19,07)
Mais cobranças, punições, controle e fiscalizações	28 (14,43)
Aumento e melhora do dimensionamento de profissionais	23 (11,86)
Valorização e motivação dos profissionais	14 (7,22)
Exposição dos índices de ih, suas consequências financeiras e comparação com índices de outros hospitais	11 (5,67)
Profissionais aderirem às práticas de controle de iras	9 (4,64)
Profissionais se colocarem no lugar do paciente / outro	7 (3,61)
Profissionais realizarem autoreflexões, criarem hábitos e disciplina, se policiarem, se responsabilizarem, se comprometerem.	5 (2,58)

Quando questionados sobre as **OBSERVAÇÕES LIVRES A RESPEITO DA PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA**, os PAS relataram: críticas aos instrumentos e à metodologia da pesquisa; desejo por devolutiva; pesquisa provoca reflexões e questionamentos; curiosidade a respeito de como os dados coletados serão relacionados; comentários e adjetivos positivos; comentários e adjetivos negativos; valorização de produção científica e de pesquisas; expressão de sentimentos; importância da influência da personalidade; pesquisa mostra preocupação e olhar em relação aos profissionais e expectativa de que traga melhorias e intervenções.

A tabela 9 apresenta as observações e a quantidade de PAS que as referiram.

Tabela 9 - Total de PAS que relataram as observações livres a respeito da participação na pesquisa

Observações livres a respeito da participação na pesquisa	n (%)
Comentários e adjetivos positivos	52 (32,10)
Comentários e adjetivos negativos	28 (17,28)
Pesquisa mostra preocupação e olhar em relação aos profissionais e desperta expectativa de que traga melhorias e intervenções	20 (12,35)
Crítica aos instrumentos e à metodologia da pesquisa	17 (10,49)
Expressão de sentimentos	15 (9,26)
Pesquisa provoca reflexões e questionamentos	11 (6,79)
Desejo por devolutiva	9 (5,56)
Valorização de produção científica e de pesquisas	5 (3,09)
Importância da influência da personalidade	3 (1,85)
Curiosidade a respeito de como os dados coletados serão relacionados	2 (1,23)

6 DISCUSSÃO

Dentre as combinações que possuem interpretações divulgadas por Stamm (2010) em seu manual, a combinação ALTA SATISFAÇÃO POR COMPAIXÃO, MODERADO A BAIXO BURNOUT E MODERADO A BAIXO ESTRESSE TRAUMÁTICO SECUNDÁRIO foi apresentada por 22,6% (n=38, junção das combinações 03, 07, 10 e 15) dos PAS. Ela é interpretada por Stamm (2010) como

o resultado mais positivo. São pessoas que recebem reforço positivo do seu trabalho, não carregam preocupações significativas sobre estarem tão envolvidas com alguma dificuldade ou inabilidade de serem eficazes em seus trabalhos seja individualmente ou com a instituição. São pessoas que se beneficiam do compromisso, de oportunidades para educação continuada e outras oportunidades para crescer em sua carreira. Influenciam positivamente seus colegas e a instituição. Elas provavelmente são bem vistas pelos pacientes que procuram a sua assistência (p. 22).

A combinação ALTO BURNOUT, MODERADO A BAIXA SATISFAÇÃO POR COMPAIXÃO E MODERADO A BAIXO ESTRESSE TRAUMÁTICO SECUNDÁRIO foi apresentada por 7,7% (n=13, junção das combinações 05, 17 e 19) dos PAS e é interpretada por Stamm (2010)

“estão em risco enquanto indivíduos e podem também colocar a instituição em situações de alto risco. Burnout é um sentimento de ineficácia. No ambiente de trabalho, ele pode resultar de fatores pessoais ou organizacionais. O Burnout exemplar é associado com sobrecarga de trabalho e sistema funcional ineficiente (*“poor system function”*). A pessoa pode sentir como se ela não pudesse fazer nada para fazer as coisas melhorarem. Provavelmente elas estão descomprometidas com seus pacientes, mesmo que isso não esteja associado com qualquer medo resultante do compromisso com seus pacientes. Pessoas que sofrem de Burnout frequentemente se beneficiam do afastamento do trabalho. Elas também podem se beneficiar mudando sua rotina com a instituição. Instituições que

possuem muitas pessoas com Burnout deveriam repensar seriamente o seu sistema organizacional e o uso de seu capital humano para identificar ciladas no sistema e formas de apoiar as pessoas na realização de objetivos de trabalho” (p. 22).

A combinação BAIXA SATISFAÇÃO POR COMPAIXÃO, ALTO ESTRESSE TRAUMÁTICO SECUNDÁRIO E ALTO BURNOUT foi apresentada por 5,4% (n=9) dos PAS e é interpretada por Stamm (2010) como “a mais preocupante”:

Não somente a pessoa sente-se sobrecarregada e inútil no ambiente de trabalho, como está literalmente assustada por ele. Pessoas com esse cruzamento de escores são provavelmente melhores ajudadas se removidas do seu atual ambiente de trabalho. Avaliações para TEPT e depressão são importantes. Tratamento para um ou ambos podem ter resultados positivos, mas o retorno para uma situação de trabalho não modificada dificilmente será benéfico. Entretanto, se a pessoa está disposta, pode ser que ela possa mudar a eficácia ao endereçar suas próprias habilidades e sistemas (como um treinamento adicional) ou trabalhando com a instituição para identificar uma nova distribuição das tarefas (p. 23).

A combinação ALTO ESTRESSE TRAUMÁTICO SECUNDÁRIO COM ALTA SATISFAÇÃO POR COMPAIXÃO E BAIXO BURNOUT foi apresentada por 2,4% (n=4) dos PAS e é interpretada por Stamm (2010) como sendo

tipicamente exclusivo para situações de alto risco tais como trabalhar em locais de violência civil e de guerra. Pessoas que obtiveram este escore são muitas vezes efetivas em seus trabalhos porque elas sentem a importância de seu trabalho. No entanto, elas têm um eu reservado que é extremamente temeroso em decorrência do seu comprometimento com os outros. Algum medo é necessário e apropriado em situação de alto risco. Entretanto, alto estresse traumático secundário é marcado por pensamentos, sentimentos e

memórias de experiências traumáticas de outros misturados com as próprias experiências. Isso pode ser particularmente difícil de entender quando as experiências daqueles que a pessoa promove ajuda são similares das dela. Sabendo que outros foram traumatizados pelo mesmo tipo de situação em que a pessoa se encontra, isso tem potencial de fazer com que a pessoa mude sua interpretação do evento. Pessoas com esses escores podem se beneficiar do encorajamento para se basearem em seus sentimentos de altruísmo e ideia de contribuir para um bem maior. Ao mesmo tempo, os seus medos e os medos relacionados com sintomas devem ser abordados. A depressão é teoricamente improvável dado os seus elevados sentimentos de satisfação. Às vezes, mudanças no ambiente de trabalho acompanhadas de supervisão de apoio adicional podem aliviar os sintomas comuns do TEPT. Em outros momentos, terapia ou medicamento ou ambos podem ser uma boa alternativa" (p.23).

Ou seja, das que contém interpretação, a combinação ALTA SATISFAÇÃO POR COMPAIXÃO, MODERADO BURNOUT E MODERADO ESTRESSE TRAUMÁTICO SECUNDÁRIO que se refere ao resultado mais positivo e indicativa de equilíbrio da Qualidade de Vida Profissional foi a que mais apareceu, como mostra o gráfico abaixo:

Gráfico 1 - Resultado das Interpretações

No entanto, o fato de 61,9% (n=104) dos PAS, a maior parte, terem apresentado combinações que não possuem interpretações divulgadas por Stamm em seu manual aponta a existência de limitações na interpretação do instrumento, além da compreensão dos resultados ser dificultada.

Apesar de tais limitações e analisando somente as combinações de escores que não possuem interpretações de Stamm, constatamos que:

A combinação 01 mostra que 16,7% (n=28) dos 168 PAS apresentaram moderadamente aspectos de BO; moderadamente aspectos de ETS; e moderadamente aspectos de SC, indicando provavelmente um equilíbrio da Qualidade de Vida Profissional.

A combinação 02 mostra que 14,9% (n=25) dos PAS apresentaram escores altos em BO e em ETS e escores moderados em SC. Indicando possivelmente certo desequilíbrio da Qualidade de Vida Profissional.

A combinação 04 mostra que 13,1% (n=22) dos PAS apresentaram escores moderados em SC e BO e escore alto em ETS, indicando mais a presença de aspectos de ETS.

A combinação 06 mostra que 6,0% (n=10) dos PAS apresentaram escores altos em SC, escore moderado em BO e escore alto em ETS, indicando mais aspectos de ETS mas em equilíbrio por conta dos escores altos em SC.

A combinação 09 mostra que 4,2% (n=7) dos PAS apresentaram escores altos em SC, em BO e em ETS, indicando a presença de aspectos negativos, de ETS e BO mas equilíbrio por conta dos escores altos em SC.

A combinação 12 mostra que 1,8% (n=3) dos PAS apresentaram escores altos em SC e BO e escore moderado em ETS, indicando mais a presença de aspectos de BO mas equilíbrio por conta do escore alto em SC.

A combinação 13 mostra que 1,8% (n=3) dos PAS apresentaram escores moderado em SC e ETS e escore baixo em BO.

A combinação 14 mostra que 1,8% (n=3) dos PAS apresentaram escores moderados em SC e BO e escore baixo em ETS.

A combinação 16 mostra que 1,2% (n=2) dos PAS apresentaram escore moderado em SC e escores baixos em BO e ETS.

A combinação 18 mostra que 0,6% (n=1) dos PAS apresentaram escore baixo em SC e moderado em BO e alto em ETS.

Ou seja, das combinações que não possuem interpretação, a combinação MODERADA SATISFAÇÃO POR COMPAIXÃO, MODERADO BURNOUT E MODERADO ESTRESSE TRAUMÁTICO SECUNDÁRIO (combinação 1) que indica provavelmente equilíbrio da Qualidade de Vida Profissional foi a que mais apareceu, conforme gráfico abaixo:

Gráfico 2 - Resultado das combinações sem interpretações

Entretanto, se juntarmos as combinações por suas características, classificando-as como Preocupante (quando a Satisfação por Compaixão for menor que a Fadiga por Compaixão), Equilíbrio (quando os resultados forem iguais, apresentando equilíbrio entre Satisfação por Compaixão e Fadiga por Compaixão) e Satisfação (quando a Satisfação por Compaixão for maior que a Fadiga por Compaixão), temos:

46,2% (n = 48, junção das combinações 02, 04 e 18) apresentam resultados preocupantes, assim sendo, a Fadiga por Compaixão apresentou um resultado superior ao resultado da Satisfação por Compaixão.

33,7% (n = 35, junção das combinações 01 e 09) apresentam resultados equilibrados, assim sendo, houve equilíbrio entre os resultados da Satisfação por Compaixão e Fadiga por Compaixão.

20,2% (n = 21, junção das combinações 06, 12, 13, 14 e 16) apresentam resultados com características voltadas a Satisfação por Compaixão, já que os resultados neste quesito foram maiores que os resultados em Fadiga por Compaixão, conforme mostrado no gráfico abaixo:

Gráfico 3 - Comparação entre resultados Preocupantes, em Equilíbrio e em Satisfação

Apesar de não termos encontrado em Stamm (2010) interpretações para as combinações resultantes da avaliação de 104 PAS, acreditamos que em sua maioria, os PAS apresentaram SC moderada (80,6%), BO moderado (62,1%) e ETS alto (63,1%) a partir da contagem dos escores (Baixo, Moderado e Alto) em cada sub-escala, mostrando uma tendência para resultados mais preocupantes, conforme demonstrado abaixo:

Tabela 10 - Combinações sem interpretações

	Combinações	Satisfação por Compaixão	Burnout	Estresse Traumático Secundário	n (%)
Sem Interpretação	Combinação 01	Moderado	Moderado	Moderado	28 (16,7%)
	Combinação 02	Moderado	Alto	Alto	25 (14,9%)
	Combinação 04	Moderado	Moderado	Alto	22 (13,1%)
	Combinação 06	Alto	Moderado	Alto	10 (6,0%)
	Combinação 09	Alto	Alto	Alto	7 (4,2%)
	Combinação 12	Alto	Alto	Moderado	3 (1,8%)
	Combinação 13	Moderado	Baixo	Moderado	3 (1,8%)
	Combinação 14	Moderado	Moderado	Baixo	3 (1,8%)
	Combinação 16	Moderado	Baixo	Baixo	2 (1,2%)
	Combinação 18	Baixo	Moderado	Alto	1 (0,6%)

Tabela 11 - Contagem dos escores em cada sub escala

	Satisfação por Compaixão	Burnout	Estresse Traumático Secundário
Alto	20	35	65
Moderado	83	64	34
Baixo	1	5	5

Gráfico 4 - Percentual dos escores em cada sub escala (n = 104)

Tentamos, conforme exposto, chegar a algumas compreensões a partir das orientações propostas por Stamm (2010) para análise e interpretação dos dados. Entretanto, consideramos arriscada qualquer conclusão a partir dessa tentativa uma vez que consideramos importantes as limitações encontradas no método de interpretação divulgado por Stamm (2010), o que aponta a necessidade de serem realizadas revisões e mais estudos a respeito.

Por essa razão, decidimos definir o que seria, para nós, a combinação considerada a mais preocupante e indicativa de desequilíbrio da Qualidade de Vida Profissional. Desse modo, definimos que o resultado mais preocupante e indicativo de desequilíbrio são os PAS que apresentaram escores baixo ou moderado em SC e escores altos em BO e em ETS, isto é, quando as experiências negativas (Fadiga por Compaixão) superam as positivas (Satisfação por Compaixão) e, a partir dessa

definição, realizamos análise estatística da correlação dos resultados do ProQol-BR com os dados sócio demográficos.

Os resultados da análise estatística da correlação dos resultados do ProQol-BR com os dados sócio-demográficos de que a idade e o tempo de atuação tiveram influência estatisticamente significativa na classificação do ProQol-BR, nos permite afirmar a existência de um perfil específico de que PAS mais jovens tendem a apresentar o resultado considerado por nós o mais preocupante e indicativo de desequilíbrio em comparação com os PAS mais velhos.

Da amostra composta por 168 PAS, considerando a análise da junção das combinações, classificando-os como Preocupante (quando a Satisfação por Compaixão for menor que a Fadiga por Compaixão), Equilíbrio (quando os resultados forem iguais, apresentando assim equilíbrio entre Satisfação por Compaixão e Fadiga por Compaixão) e Satisfação (quando a Satisfação por Compaixão for maior que a Fadiga por Compaixão), 41,7% (n = 70, junção das combinações 02, 04, 05, 08, 17, 18 e 19) apresentaram o resultado, considerado por nós, o mais preocupante (Satisfação por Compaixão menor que a Fadiga por Compaixão), 37,5% (n = 63, junção das combinações 03, 06, 07, 10, 11, 12, 13, 14, 15 e 16) apresentaram o resultado, considerado por nós, em Satisfação (Satisfação por Compaixão maior que Fadiga por Compaixão) e 20,8% (n = 35, junção das combinações 01 e 09) apresentaram o resultado, considerado por nós, em Equilíbrio (equilíbrio entre Satisfação por Compaixão e Fadiga por Compaixão). Conforme gráfico abaixo:

Gráfico 5 - Comparação entre resultados Preocupantes, em Equilíbrio e em Satisfação em toda a amostra

Por mais que o resultado mais preocupante tenha aparecido em 41,7% (n=70), podemos afirmar que em 58,3% (n=98) (resultados que mostram satisfação e equilíbrio) os resultados foram mais positivos. Este dado nos permite afirmar que do total de PAS avaliados pelo instrumento, a maioria 58,3% não apresentou resultado em que as experiências negativas (FC) sejam maiores que as experiências positivas (SC) e que a maior parte da nossa amostra seja composta por PAS mais velhos uma vez que a maioria apresentou o resultado menos preocupante, conforme gráfico abaixo:

Esse resultado nos leva a pensar que talvez a maioria dos PAS não apresentou o resultado mais preocupante porque talvez, devido a experiência de vida e de trabalho, tenham aprendido estratégias de enfrentamento frente as experiências negativas decorrentes do ambiente de trabalho (BO) e decorrentes do envolvimento emocional e afetivo ao sofrimento dos pacientes (ETS), ou porque talvez tenham aprendido a não se deixarem afetar emocionalmente e afetivamente por aspectos do ambiente de trabalho ou por aspectos de seus pacientes, a ponto de apresentarem sofrimento.

Os resultados da avaliação dos escores sem a realização de combinações (Tabela 5) mostraram que, na sub-escala que avalia Estresse Traumático Secundário, 53,6% (n=90) dos PAS apresentaram escores moderado e baixo e 46,4% (n=78) escores considerados altos. Esse resultado nos permite afirmar que a maioria (53,6%) dos PAS não apresentaram experiências negativas/sofrimento decorrentes da condição de envolvimento emocional e afetivo ao sofrimento e às dores dos pacientes a quem prestam assistência, compreendido por escores altos em Estresse Traumático Secundário (ETS), o que responde ao nosso primeiro objetivo.

Pensamos também que, junto a tais resultados, é muito importante que não sejam desconsideradas as limitações existentes em qualquer instrumento

quantitativo, uma vez que permite ao participante da pesquisa responder a partir da escolha de apenas uma alternativa dentre outras já delimitadas e também o fato de que o participante pode eleger uma resposta por achar que é a ideal e não porque realmente está sentindo ou vivenciando o que consta na resposta escolhida por receio de estarem sendo avaliados.

Os resultados referentes às **COMPREENSÕES A RESPEITO DAS DIFICULDADES RELACIONADAS ÀS PRÁTICAS DE CONTROLE DE IRAS**, às **PERCEPÇÕES DE SUAS PRÓPRIAS PARTICIPAÇÕES NO QUE DIZ RESPEITO ÀS PRÁTICAS DE CONTROLE DE IRAS**, às **SUGESTÕES PARA DIMINUIÇÃO DE TAXAS DE IRAS** e às **OBSERVAÇÕES LIVRES A RESPEITO DA PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA** podem ser analisados se entendidos como relacionando-se a fatores institucionais e a fatores subjetivos.

Em relação às **COMPREENSÕES DOS PAS SOBRE AS DIFICULDADES RELACIONADAS ÀS PRÁTICAS DE CONTROLE DE IRAS**, podemos afirmar que falta de tempo relacionada com sobrecarga de trabalho e falta de recursos humanos; falta de cobranças, punições, controle e fiscalizações; falta/problemas de infraestrutura, de equipamentos, de padronização e planejamento; falta de ações educacionais e de conscientização são “fatores” que dizem respeito à responsabilidade e deveres institucionais. Já falta de valorização e motivação dos profissionais; falta de hábito/educação/cultura pessoal; influência de problemas pessoais; falta de se colocar no lugar do outro/paciente; sentimento e sensação de superioridade (esterilidade, bloqueio, autoconfiança); comodismo/preguiça; falta de sentimento de responsabilidade e comprometimento; egoísmo / individualismo / falta de altruísmo; e culpabilização dos familiares dos pacientes são “fatores” que remetem à responsabilidade e deveres dos sujeitos (profissionais), conforme mostra a tabela 12. O gráfico 6 mostra os fatores institucionais e subjetivos referentes às dificuldades relacionadas às práticas de controle de IRAS relatados pelos PAS.

Gráfico 6 - Fatores institucionais e subjetivos referentes às compreensões das dificuldades relacionadas às práticas de controle de IRAS relatados pelos PAS

Desse modo, percebemos que as compreensões dos PAS a respeito das dificuldades relacionadas às práticas de controle de IRAS envolveram ambos fatores, mas os subjetivos acabaram sobressaindo os institucionais. Isto é, os PAS entrevistados compreendem que as dificuldades em relação a realização das práticas de controle de IRAS têm muito mais a ver com fatores que dizem respeito a aspectos dos sujeitos do que com os fatores que dizem respeito a aspectos institucionais.

Tabela 12 - Categorização em fatores institucionais e subjetivos das compreensões a respeito das dificuldades relacionadas às práticas de controle de IRAS

Fatores	Compreensões a respeito das dificuldades relacionadas às práticas de controle de IRAS	n (%)
Institucionais	Falta/Problemas de infraestrutura, de equipamentos, de padronização e planejamento	58 (21,01)
	Falta de tempo relacionada com sobrecarga de trabalho e falta de recursos humanos	45 (16,30)
	Falta de cobranças, punições, controle e fiscalizações	13 (4,71)
	Falta de ações educacionais e de conscientização	12 (4,35)
Subjetivos	Comodismo/preguiça	22 (7,97)
	Falta de valorização e motivação dos profissionais	19 (6,88)
	Falta de conhecimento e de informações	17 (6,16)
	Problemas de relacionamento e culpabilização entre classes profissionais	16 (5,80)
	Falta de importância	12 (4,35)
	Falta de hábito/educação/cultura pessoal	9 (3,26)
	Falta de sentimento de responsabilidade e de comprometimento	8 (2,90)
	Falta de conscientização/consciência	7 (2,54)
	Sentimento e sensação de superioridade (esterilidade, bloqueio, autoconfiança)	6 (2,17)
	Descrença	5 (1,81)
	Falta de se colocar no lugar do outro/paciente	5 (1,81)
	Egoísmo / Individualismo / Falta de altruísmo	5 (1,81)
	Influência de problemas pessoais	3 (1,09)
	Cansaço	3 (1,09)
	Culpabilização dos familiares dos pacientes	2 (0,72)
Indefinidos	Percebem dificuldades mas não levantam explicações	6 (2,17)
	Não percebem dificuldades de adesão	3 (1,09)

Chamou a nossa atenção que, quando agrupados, os fatores subjetivos *comodismo/preguiça, falta de sentimento de responsabilidade e de comprometimento, falta de se colocar no lugar do outro/paciente e egoísmo/individualismo/falta de altruísmo* foram relatados por 40 PAS, se tornando o fator subjetivo mais referido.

Também chamou nossa atenção que *falta de valorização e motivação dos profissionais* foi o segundo fator subjetivo mais referido pelos PAS como dificuldades para a realização das práticas de controle de IRAS.

Sobre as **PERCEPÇÕES DOS PAS SOBRE SUAS PRÓPRIAS PARTICIPAÇÕES NAS PRÁTICAS DE CONTROLE DE IRAS**, isto é, quando questionados a respeito de como percebem o próprio desempenho na realização das práticas, eles referiram mais aspectos que dizem respeito a fatores subjetivos do que institucionais, conforme mostra a Tabela 13. No entanto, quando assumiram dificuldades, eles as atribuíram principalmente à *falta de tempo relacionada com sobrecarga de trabalho e falta de recursos humanos* e à *falta / problemas de*

infraestrutura, de equipamentos, de padronização e planejamento que dizem respeito à responsabilidade e deveres institucionais. O gráfico 7 mostra os fatores institucionais e subjetivos relacionados às percepções relatados pelos PAS.

Gráfico 7 - Fatores institucionais e subjetivos relacionados às percepções dos PAS sobre suas próprias participações nas práticas de controle de IRAS relatados pelos PAS

Tabela 13 - Categorização em fatores institucionais e subjetivos das percepções dos PAS de suas próprias participações no que diz respeito às práticas de controle de IRAS

Fatores	Percepções dos PAS de suas próprias participações no que diz respeito às práticas de controle de IRAS	n (%)
Institucionais	Dificuldades relacionadas à falta de tempo, sobrecarga de trabalho e falta de recursos humanos	22 (20,2)
	Dificuldades relacionadas à falta/problemas de infraestrutura, de equipamentos, de padronização e planejamento	15 (13,8)
Subjetivos	Percepção da importância das cobranças e de serem exemplares	13 (11,9)
	Percepção de realizarem as práticas de controle de IRAS ou pelo menos uma	13 (11,9)
	Não têm dificuldades	7 (6,4)
	Percepção de se colocarem no lugar do outro	6 (5,5)
	Percepção das dificuldades nos outros	6 (5,5)
	Dificuldades para cobrar/fiscalizar os outros	6 (5,5)
	Dificuldades relacionadas à distração	5 (4,6)
	Têm dificuldades sem levantar explicações	5 (4,6)
	Dificuldades relacionadas à falta de conhecimento, de informações e conscientização	5 (4,6)
	Dificuldades quando realizam alguma tarefa rápida que não exige contato prolongado	2 (1,8)
	Percepção da eficácia das práticas de controle de IRAS	2 (1,8)
	Dificuldades quando necessitam realizar paramentação	2 (1,8)

As respostas dos PAS referentes as **SUGESTÕES PARA DIMINUIÇÃO DE TAXAS DE IRAS** disseram respeito muito mais a fatores institucionais enquanto as que disseram respeito a fatores subjetivos aparecem bem menos. O gráfico 8 mostra os fatores institucionais e subjetivos relacionados às SUGESTÕES relatados pelos PAS e a Tabela 14 mostra o detalhamento do mesmo.

Gráfico 8 - Fatores institucionais e subjetivos relacionados às sugestões para diminuição de taxas de IRAS relatados pelos PAS

Tabela 14 - Categorização em fatores institucionais e subjetivos das sugestões dos PAS para diminuição de taxas de IRAS

Fatores	Sugestões dos PAS para diminuição de taxas de IRAS	n (%)
Institucionais	Investimento em transmissão de conhecimento, informações e conscientização	60 (30,93)
	Melhora da infraestrutura, de equipamentos, de padronização e planejamento	37 (19,07)
	Mais cobranças, punições, controle e fiscalizações	28 (14,43)
	Aumento e melhora do dimensionamento de profissionais	23 (11,86)
	Valorização e motivação dos profissionais	14 (7,22)
	Exposição dos índices de IH, suas consequências financeiras e comparação com índices de outros hospitais	11 (5,67)
Subjetivos	Profissionais aderirem às práticas de controle de IRAS	9 (4,64)
	Profissionais se colocarem no lugar do paciente/outro	7 (3,61)
	Profissionais realizarem autorreflexões, criarem hábitos e disciplina, se policiarem, se responsabilizarem, se comprometerem.	5 (2,58)

As respostas dos PAS sobre as **OBSERVAÇÕES LIVRES A RESPEITO DA PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA** apontaram, de maneira geral, que apesar de algumas críticas, a pesquisa foi bem vista e aceita por eles, tendo possibilitado um espaço de autorreflexões e questionamentos, expressão de sentimentos, além de ter sido percebida por eles como uma via que a Instituição encontrou de mostrar preocupação e atenção em relação a eles, conforme mostra a tabela 15.

Tabela 15 - Observações livres a respeito da participação na pesquisa

Observações livres a respeito da participação na pesquisa	n (%)
Comentários e adjetivos positivos	52 (32,10)
Comentários e adjetivos negativos	28 (17,28)
Pesquisa mostra preocupação e olhar em relação aos profissionais e desperta expectativa de que traga melhorias e intervenções	20 (12,35)
Crítica aos instrumentos e à metodologia da pesquisa	17 (10,49)
Expressão de sentimentos	15 (9,26)
Pesquisa provoca reflexões e questionamentos	11 (6,79)
Desejo por devolutiva	9 (5,56)
Valorização de produção científica e de pesquisas	5 (3,09)
Importância da influência da personalidade	3 (1,85)
Curiosidade a respeito de como os dados coletados serão relacionados	2 (1,23)

As entrevistas, como via metodológica de acesso a dados diferente de um instrumento quantitativo, permitiram que elementos tenham sido construídos e associados livremente pelos PAS revelando dados que nos leva à outra maneira de tentar compreender o problema da existência de um distanciamento entre o saber e o fazer dos PAS em relação as práticas de controle de IRAS, conforme gráfico abaixo:

Gráfico 9 - Respostas das entrevistas semi-dirigidas

Essa outra maneira é possibilitada pelo fato das compreensões e percepções das dificuldades dos PAS referentes às recomendações terem sido muito mais associadas à presença de aspectos referentes a posições subjetivas enquanto que as sugestões para diminuição das taxas de IRAS envolveram mais ações institucionais do que subjetivas, revelando uma “contradição”.

Essa “contradição” pode indicar que as responsabilidades sobre as dificuldades de realização das práticas dependem muito mais da Instituição do que das responsabilidades dos PAS.

O fato dos aspectos subjetivos mais referidos pelos PAS relacionados às compreensões das dificuldades relacionadas às práticas de controle de IRAS envolverem *comodismo/preguiça, falta de sentimento de responsabilidade e de comprometimento, falta de se colocar no lugar do outro/paciente e egoísmo/individualismo/falta de altruísmo* pode expressar, em nossa leitura, uma atitude de indiferença e de falta de envolvimento em relação aos outros.

Em relação a nossa leitura dos PAS apresentarem uma atitude de indiferença e de falta de envolvimento que pode ser causa subjetiva de não adesão às práticas, pensamos que ela pode ser entendida como decorrente de alterações no movimento

dos sujeitos em direção aos outros no hospital, provocadas por falhas no campo das identificações, que levam a uma paralização no sujeito, ao isolamento.

Atualmente, em nossa sociedade, essa paralização no sujeito e não desenvolvimento em direção ao outro (isolamento) parece estar sendo colocado como um ideal social contraditório. Vivemos intensos e sofridos paradoxos sociais que se articulam com a economia política e com a tecnociência. Ao mesmo tempo em que as pessoas desejam relacionamentos, elas resistem a lidar com os problemas e dificuldades que podem surgir da diversidade subjetiva das relações humanas. Com medo do sofrimento que pode advir das decepções e das frustrações em relação aos outros, as pessoas se relacionam superficialmente. As trocas de palavras e olhares estão ficando cada vez mais raras nos espaços de convivência. Nas instituições, espera-se autonomia, criatividade, respeito aos colegas, total comprometimento dos profissionais, mas também se espera respeito e submissão à hierarquia, racionalidade, competitividade e enfrentamento da falta de garantias e segurança em relação à continuidade de permanência na instituição. Prega-se a igualdade entre as pessoas, mas as relações de poder ocorrem camufladas.

O que é preocupante pois é a vida em comunidade que torna possível que a agressividade dos seres humanos seja contida. E também o que faz os seres humanos se depararem com leis que regulamentam as suas relações.

O fato do segundo fator subjetivo mais referido em relação às compreensões dos PAS sobre as dificuldades envolver *falta de valorização e motivação dos profissionais* nos leva a pensar que os profissionais não sentem que as dificuldades dos aspectos subjetivos de suas vidas sejam consideradas pela Instituição.

Dessa forma, a nossa leitura é a de que pode ser que, por não sentirem que as dificuldades dos aspectos subjetivos de suas vidas sejam consideradas pela Instituição, eles podem estar repetindo este padrão em seu desempenho profissional apresentando dificuldades para considerar as dificuldades subjetivas dos outros, numa atitude de indiferença e de não envolvimento.

Na medicina e na enfermagem e nas profissões de paradigma biomédico, o espaço para consideração da subjetividade e o tratamento das questões que advém

dela não é privilegiado. E essa ausência de espaço para reflexões, para autoanálises também surgiu nas entrevistas aqui realizadas.

A questão da exclusão da subjetividade proposta como imperativo metodológico do discurso médico para a execução da boa medicina é abordada por Moretto (2002), em seu livro “O que pode um analista no hospital? ”, ao apresentar uma leitura psicanalítica do discurso médico. Moretto (2002) afirma que, apesar da exclusão, as posições subjetivas retornam no plano das relações concretas entre o médico e o doente, “exercem uma certa influência na própria relação, mas continuam não sendo consideradas (nem o que diz respeito ao médico, nem o que diz respeito ao doente), permanecendo, desta forma, carentes de tratamento” (p. 63). Moretto (2002) afirma ainda que a destituição do sujeito médico de sua subjetividade “fracassa na prática clínica, essa onde as respostas transferenciais e contratransferenciais correm soltas sem tratamento” (p. 63).

Se o que funda a relação médico-doente é a exclusão das posições subjetivas de um e de outro e se o que ordena essa relação é o distanciamento entre ambas as partes, é preciso que fique claro que o discurso médico fixa determinadas condições operativas, mas na prática não dá conta disso, posto que essa exclusão proposta é imaginária, já que o que ele nega na teoria retorna na prática (Moretto, 2002, p. 64).

Compreendemos, então, a partir disso, que a não consideração das dificuldades subjetivas de PAS por uma Instituição não é sem consequências uma vez que, ao não serem consideradas, elas acabam “retornando” e gerando interferências nas suas responsabilidades profissionais, que repercutem no cuidado aos pacientes.

Enquanto psicanalistas, acreditamos que o problema do distanciamento existente entre o saber e o fazer dos PAS em relação às práticas de controle de IRAS pode ser abordado por uma proposta que ofereça o tratamento das dificuldades

subjetivas dos PAS por meio de um dispositivo de escuta que possibilite a eles um espaço para que falem sobre suas dificuldades subjetivas permitindo que as interferências dessas dificuldades nas responsabilidades profissionais sejam transformadas em palavras, fazendo-os conseguir diferenciar entre as dificuldades subjetivas próprias e as dos outros.

7 CONCLUSÕES

Para compreender as razões que fazem um PAS não realizar as práticas de controle de IRAS, a presente pesquisa partiu da hipótese de que talvez o sofrimento decorrente da condição de um envolvimento emocional e afetivo dos PAS ao sofrimento e às dores dos pacientes a quem prestam assistência pudesse ser a principal causa da não adesão às práticas de controle de IRAS e a responsável por fazer com que eles se descuidem, colocando em risco a vida dos pacientes e a deles própria uma vez que o sofrimento decorrente de tal condição interfere prejudicialmente no exercício de suas profissões, aumentando a possibilidade de erros e favorecendo a não adesão às práticas de controle de IRAS e, colaborando para a sua transmissão.

Se propôs, num primeiro momento, a investigar se PAS que cuidam de pacientes gravemente adoecidos em UTIs apresentavam sofrimento decorrente da condição de envolvimento emocional e afetivo ao sofrimento e às dores dos pacientes a quem prestam assistência. Para alcançar este objetivo, foi utilizada a versão validada para o Brasil do instrumento Professional Quality of Life Scale e realizada análise de seus resultados a partir das orientações do “The Consise ProQOL Manual”. Onde, com base nos resultados obtidos em combinações de escores de Estresse Traumático Secundário, Burnout e Satisfação por Compaixão, verificou-se que grande parte não possuía interpretações divulgadas pela autora do manual, demonstrando limitações importantes no método de análise desse instrumento.

Por tais razões, definimos o que seria, para nós, as combinações (resultados) consideradas as mais preocupantes e indicativas de desequilíbrio da Qualidade de Vida Profissional e, assim, foi definido como o resultado mais preocupante os PAS que apresentaram escores baixo ou moderado em Satisfação por Compaixão e escores altos em Burnout e em Estresse Traumático Secundário, isto é, quando as experiências negativas (Fadiga por Compaixão) superam as positivas (Satisfação por Compaixão).

Os resultados mostraram que 41,7% (n = 70) obtiveram os resultados mais preocupantes, enquanto 58,3% (n = 98) obtiveram os resultados menos preocupantes. Além disso, foi realizado uma correlação entre os resultados do

ProQol-BR com os dados sócio-demográficos dos PAS, afim de tentar descobrir se existia algum perfil mais propenso a ter resultados mais preocupantes, revelando que somente a idade influenciou estaticamente na classificação do ProQol-BR ($p = 0,007$), sendo a chance de um profissional apresentar a classificação mais preocupante e indicativa de desequilíbrio da Qualidade de Vida Profissional diminuir 11% a cada ano a mais de idade.

Estes dados nos permitem afirmar que do total de PAS avaliados pelo instrumento, a maioria (58,3%) não apresentou resultado em que as experiências negativas (Fadiga por Compaixão) tenham superado as experiências positivas (Satisfação por Compaixão) e que a maior parte da nossa amostra seja composta por PAS mais velhos uma vez que a maioria apresentou o resultado menos preocupante. No entanto, é um número baixo e próximo aos que apresentaram o resultado preocupante.

Tendo em vista o nosso primeiro objetivo de verificar se os PAS atuantes em Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) apresentam sofrimento decorrente da condição de envolvimento emocional e afetivo ao sofrimento e às dores dos pacientes a quem prestam assistência, analisamos separadamente um dos componentes que compõe a Fadiga por Compaixão, o Estresse Traumático Secundário, onde os resultados mostraram que 53,6% dos PAS apresentaram escores moderado e baixo e 46% escores considerados altos. Com base nisso, podemos afirmar que a maioria (porque trata-se de mais de 50%) dos PAS não apresentou sofrimento decorrente da condição de envolvimento emocional e afetivo ao sofrimento e às dores dos pacientes a quem prestam assistência. No entanto, é um número baixo e próximo aos que apresentaram escores altos.

Os resultados do ProQol-BR apontaram que os PAS avaliados relatam aspectos positivos do trabalho, mas também relatam aspectos negativos que nos alerta sobre o risco de estarem apresentando sofrimento seja por envolvimento emocional e afetivo ao sofrimento e às dores dos pacientes a quem prestam assistência, seja por fatores institucionais e subjetivos relacionados ao trabalho.

Achamos também muito importante que sejam consideradas as limitações existentes em qualquer tipo de instrumento quantitativo, uma vez que permite aos participantes da pesquisa responder a partir da escolha de apenas uma alternativa dentre outras já delimitadas.

Esta pesquisa se propôs também a investigar as compreensões e as percepções das dificuldades dos PAS em relação às práticas de controle de IRAS, bem como as sugestões para diminuição das taxas de IRAS e as observações livres a respeito da participação na pesquisa.

As respostas foram categorizadas em fatores institucionais e fatores subjetivos, possibilitando chegar aos seguintes resultados:

A respeito das compreensões dos PAS relacionadas às práticas de controle de IRAS, 52% dos PAS tiveram suas respostas classificadas como fatores subjetivos, assim sendo, os PAS compreendem que as dificuldades em relação a realização das práticas de controle de IRAS têm muito mais a ver com fatores que dizem respeito a aspectos dos sujeitos do que com os fatores que dizem respeito a aspectos institucionais.

A respeito das percepções dos PAS sobre suas próprias participações nas práticas de controle de IRAS, 66% dos PAS tiveram suas respostas categorizadas como fatores subjetivos, compreendendo que as dificuldades das suas próprias participações nas práticas de controle de IRAS têm muito mais a ver com fatores que dizem respeito a aspectos dos sujeitos do que com fatores institucionais.

Em relação às sugestões dos PAS para diminuição de taxas de IRAS, 89% dos PAS sugeriram ações categorizadas como fatores institucionais, assim sendo, acreditam que para haver diminuição das taxas de IRAS depende muito mais da Instituição do que de suas próprias ações a respeito disso.

E as observações livres dos PAS a respeito da participação na pesquisa demonstraram que, de maneira geral, e apesar de algumas críticas, a pesquisa foi bem vista e aceita por eles.

A realização das entrevistas, como via metodológica de acesso a dados diferente de um instrumento quantitativo, permitiram que elementos tenham sido construídos e associados livremente pelos PAS revelando dados que nos levaram à outra maneira de tentar compreender o problema da existência de um distanciamento entre o saber e o fazer dos PAS em relação às práticas de controle de IRAS e que a não realização das práticas de controle de IRAS tem a ver com dificuldades subjetivas dos PAS que podem estar associadas a uma atitude de indiferença e de falta de envolvimento e a interferências de aspectos subjetivos de suas vidas nas responsabilidades profissionais.

Assim como o instrumento quantitativo ProQol-BR, as entrevistas apontaram a existência de sofrimento subjetivo nas dificuldades de adesão dos PAS e evidenciaram pedidos dos PAS de que a Instituição seja mais presente em relação às suas necessidades.

Por fim, acreditamos que se a Instituição quisesse tratar das dificuldades subjetivas de seus PAS, seria importante que ela considerasse algum espaço que proporcionasse aos PAS a oportunidade de falar a respeito das consequências de ser um PAS, e para que eles possam, por sua vez, cuidar dos pacientes sem interferências das suas dificuldades subjetivas.

8 REFERENCIAS

Antonio Tadeu Fernandes. (2011). Infecção Hospitalar e suas interfaces na área da saúde. Disponível em: www.ccih.med.br

Associação Nacional de Vigilância Sanitária. Disponível em: www.anvisa.gov.br

Associação Brasileira de EMDR. Disponível em: www.emdr.org.br

Associação Paulista de Estudos e Controle de Infecção Hospitalar (APCIH). 2007. Como instituir um programa de controle de infecção hospitalar.

Azambuja, E.P., Pires, D.P., & Vaz, M.R.C. (2004). Prevenção e controle da infecção hospitalar: as interfaces com o processo de formação do trabalhador. *Texto & Contexto Enfermagem*, (13), 79-86.

Bardin, L. (2008). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.

Barbosa, S. C., Souza, S., & Moreira, J. S. (2004). A fadiga por compaixão como ameaça à qualidade de vida profissional em prestadores de serviços hospitalares. *Revista Psicologia: Organizações e Trabalho*, 14(3), 315-323.

Bleger, J. (1980). *Temas de psicologia: entrevistas e grupos*. São Paulo: Martins Fontes.

Cavalcanti, I., Hinrichsen, S.L. (2004). Infecção hospitalar: importância e controle. In Hinrichsen, S.L. *Biossegurança e controle de infecções: risco sanitário hospitalar* (pp. 273-281). Rio de Janeiro: Medsi.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2004). National Nosocomial Infections Surveillance (NNISS). *American Journal of Infection Control*, (32), 470-485.

Craig, C.D., Sprang, G. (2010). Compassion satisfaction, compassion fatigue and burnout in a national sample of trauma treatment therapists. *Anxiety, Stress & Coping*, 23(3), 19-339.

Eizirik, M., Schestatsky, S., Knijnik, L., Terra, L., & Ceitlin, L.H.F. (2006). Contratransferência e trauma psíquico. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 28(3), 314-20.

Erasmus, V., Daha, T. J., Brug, H., Richardus, J. H., Behrendt, M. D., Vos, M. C., & Van Beeck, E. F. (2010). Systematic review of studies on compliance with hand hygiene guidelines in hospital care. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 31(3), 283-294.

Fontanella, B. J. B., Campos, C. J. G., & Turato, E. R. (2006). Coleta de dados na pesquisa clínico-qualitativa: uso de entrevistas não dirigidas de questões abertas por profissionais da saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 14, n. 5.

Freund, J. E. (2006). *Estatística Aplicada Economicamente*. Bookman Companhia Ed.

Hosmer, D. W; Lemeshow, S. (2000). *Applied Logistic Regression*. New York: Wiley.

Holmes, C., Cervia, J. S., Ortolano, G. A., & Canonica, F. P. (2010). Preventive efficacy and cost-effectiveness of point-of-use water filtration in a sub-acute care unit. *American Journal of Infection Control*, 38(1), 69-71.

Holst, L., Lundgren, M., Olsen, L., & Ishoy, T. (2009). Dire deadlines: coping with dysfunctional family dynamics in an end-of-life care setting. *International Journal of Palliative Nursing*, 15(1), 34-41.

Hugonnet, S., Pittet, D. (2000). Hand Hygiene – Beliefs or Science? European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases. *Clinical Microbiology and infection*, (6), 348-354.

Keenan, P., Royle, L. (2008). Vicarious trauma and first responders: a case study utilizing eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) as the primary treatment modality. *International Journal of Emergency Mental Health*, 9(4), 291-298.

Kirkwood, B. R.; Sterne, J. A. C. (2006). *Essential medical statistics*. Massachusetts, USA: Blackwell Science.

Lago, K. C. (2008). *Fadiga por Compaixão: quando ajudar dói* (Dissertação de Mestrado). Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília.

Lago, K., Codo, W. (2010). *Fadiga por Compaixão: O sofrimento dos profissionais em saúde*. Petrópolis: Editora Vozes.

Lago, K., Codo, W. Fadiga por compaixão: evidências de validade fatorial e consistência interna do ProQol-BR. *Estudos de Psicologia*, 18(2), 213-221.

Lobo, R.D. (2008). *Avaliação do impacto de dois diferentes modelos de intervenção na redução das taxas de infecção de corrente sanguínea relacionada a cateter venoso central em unidades de terapia intensiva* (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Lobo et al. (2010). Evaluation of interventions to reduce catheter-associated bloodstream infection: Continuous tailored education versus one basic lecture. *American Journal of Infection Control*, 38(6), 440-448. doi: 10.1016/j.ajic.2009.09.013).

Maslach, S. C. (2009). Comprendiendo el burnout. *Revista Ciencia & Trabalho*, 11(32), 37-43.

McDonald, L.C. (2006). Trends in antimicrobial resistance in health care-associated pathogens and effect on treatment. *Clinical Infectious Diseases*, 42(2), 65-71.

Meadors, P., Lamson, A. (2008). Compassion fatigue and secondary traumatization: provider self care on intensive care units for children. *Journal of pediatric health care*, 22(1), 24-34.

Millan, L. R. (2007). A Síndrome de Burnout: realidade ou ficção? *Revista da Associação Médica Brasileira*, 53(1), p. 5.

Ministério da Saúde. (1998). Portaria n.2.616, de 12 de maio de 1998. Regulamenta as ações de controle de IH no país. Disponível em: www.ccih.med.br/portaria2616.html

Moret, L., Tequi, B., & Lombail, P. (2004). Should self-assessment methods be used to measure compliance with hand washing recommendations? A study carried out in a French university hospital. *American Journal of Infection Control*, 32(7), 384-390.

Moretto, M. L. T. (2002). *O que pode um analista no hospital?* São Paulo: Editora Casa do Psicólogo.

Moulden, H. M., Firestone, P. (2007). Vicarious traumatization The impact on therapists Who work with sexual offenders. *Trauma, Violence & Abuse*, 8(1), 67-83.

Najjar, N., Davis, L.W., Coon, K.B., & Doebbeling, C.C. (2009). Compassion fatigue: a review of the research to date and relevance to cancer-care providers. *Journal of Health Psychology*, 14(2), 267-277.

Perry, B. (2008). Why exemplary oncology nurses seem to avoid compassion fatigue. *Canadian oncology nursing journal*, 18(2), 87-92.

Phoenix, B.J. (2007). Psychoeducation for survivors of trauma. *Perspectives in Psychiatric Care*, 43(3), 123-131.

Pittet, D. (2001). Improving Adherence to Hand Hygiene Practice: A Multidisciplinary Approach. *Emerging Infectious Disease*, 7(2), 234-240.

Primo, M.G.B., Ribeiro, L.C.M., Figueiredo, L.F.S., Sirico, S.C.A., & Souza, M.A. (2010). Adesão à prática de higienização das mãos por profissionais de saúde de um Hospital Universitário. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 12(2), 266-71.

Pross, C. (2006). Burnout, vicarious traumatization and its prevention. *Torture*, 16(1), 1-9.

Raad, I. (2004). Gram-negative bacillary bacteremia and intravenous therapy practices. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 25(3), 189-191.

Rogers, S., Babgi, A., & Gomez, C. (2008). Educational interventions in end-of-life care: part I. *Advances in Neonatal Care*, 8(1), 56-65.

Rourke, M.T. (2007). Compassion fatigue in pediatric palliative care providers. *Pediatric Clinics of North America*, (54), 631-644.

Sabin-Farrell, R., Turpin, G. (2003). Vicarious Traumatization: Implications for the mental consequences of caring work? *International Journal of Nursing Practice*, (12), 136-142.

Savastano, J. B. (1999). Trabalhando com Tabela Dinâmica. Revista Forum Access. Disponível em: http://www.tomasvasquez.com.br/artigos/excel_tabeladin.htm

Sinclair, H.A.H., Hamill, C. (2007). Does vicarious traumatisatation affect oncology nurses? A literature review. *European Journal of Oncology Nursing*, 11(4), 348-356.

Souza, A.C.S. (2001). *Risco biológico e biossegurança no cotidiano de enfermeiros e auxiliares de enfermagem* (Tese de Doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

Stamm, B.H. (2005). The ProQOL Manual. Disponível em: <http://compassionfatigue.org/pages/ProQOLManualOct05.pdf>

Stamm, B.H. (2010). The Concise ProQOL Manual, 2nd Ed. Pocatello, ID: ProQOL.org.

Spellberg, B., Guido, R., Gilbert, D., Bradley, J., Boucher, H. W., & Scheld, W. M. (2008). The epidemic of antibiotic-resistant infections: a call to action for the medical community from the Infectious Diseases Society of America. *Clinical Infectious Diseases*, 46(2), 155-164.

Weber, J.T., Courvalin, P. (2005). An emptying quiver: antimicrobial drugs and resistance. *Infectious Diseases*, 11(6), 791-793.

Softwares:

Excel 2003

SPSS 20.0.

9 ANEXOS

ANEXO A – Parecer Consubstanciado do CEP

PROJETO DE PESQUISA

Título: INVESTIGAÇÃO DAS DIFICULDADES HUMANAS DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE NAS PRÁTICAS DE CONTROLE DE INFECÇÃO RELACIONADA À ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Pesquisador: Anna Sara Shafferman Levin

Versão: 3

Instituição: Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP

CAAE: 01651412.0.0000.0068

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Número do Parecer: 18719

Data da Relatoria: 09/05/2012

Apresentação do Projeto:

Estudo observacional prospectivo sobre aspectos relacionados à prevenção das infecções em estabelecimentos de saúde pela equipe de unidades de terapia intensiva (UTI) para adultos. O estudo está delineado com aspectos de observação das técnicas de higiene das mãos e de cuidados com os cateteres centrais e contém uma avaliação quantitativa da adesão dos profissionais, bem como de aspectos psicológicos que possam interferir com o desempenho destes profissionais. Também há uma avaliação qualitativa para cada funcionário envolvido no estudo. Primeiramente, os profissionais serão observados durante três meses quanto à higiene das mãos (médicos) e manipulação de cateteres e realização de curativos (enfermagem) e classificados como pertencentes do grupo que acerta ou do grupo que erra, após a assinatura do TCLE. A partir daí, serão aplicados os seguintes questionários para a avaliação dos aspectos psicológicos: questionário sócio-demográfico; estilo de pensamento - Inventário do Pensamento Racional (40 itens); autoestima - escala de autoestima de Rosenberg (10 sentenças fechadas para o profissional dar sua opinião); qualidade de vida - WHOQOL-100 (26 questões); estresse - Inventário para Sintomas de Estresse para Adultos de Lipp (4 quadros com 34 itens de natureza somática e 19 de natureza psicológica); personalidade - inventário fatorial da personalidade (155 itens). O estudo será utilizado para fins acadêmicos (mestrado).

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo da pesquisa é avaliar se há uma associação entre as práticas de controle de infecção pelos profissionais que atuam em UTI e seus estilos de pensamento, autoestima, qualidade de vida, estresse, personalidade e percepção da autonomia profissional.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos para os profissionais envolvidos são pequenos, mas não haverá benefícios imediatos para os sujeitos de pesquisa. Para a comunidade, possibilitará entender melhor quais aspectos psicológicos e da vida do profissional de saúde contribuem para a sua falta de adesão aos procedimentos de controle de infecção em estabelecimentos de saúde e elaborar estratégias de educação continuada e de apoio a estes profissionais para que melhorem sua prática. Com isto, espera-se uma diminuição do risco dos pacientes para adquirir infecções nosocomiais.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A introdução é muito bem elaborada e abrangente. A hipótese é pertinente e plenamente justificada frente aos dados atuais da literatura médica. Os métodos, que compreendem somente questionários, já foram validados no Brasil, e são muito completos. Do ponto de vista metodológico, a pesquisa está muito bem elaborada e os dados apresentados pelos pesquisadores possibilitam sua reprodução sem consultas adicionais.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Serão analisados 100 profissionais de saúde de ambos os sexos, dentro de critérios de inclusão e exclusão pré-estabelecidos.

O estudo é observacional, em um único centro, sem coleta de amostras biológicas. Há em anexo, um TCLE. Foram anexadas as anuências das chefias das UTI onde serão realizadas as entrevistas com os funcionários. Quanto ao TCLE, foram esclarecidos o tempo e o número de questionários e também quem prestará assistência ao profissional se houver qualquer mal-estar psicológico (esta parte no

projeto de pesquisa e não no TCLE). Entretanto, este último deveria constar do TCLE. Os pesquisadores acrescentaram ao TCLE quem será responsável pelo acompanhamento psicológico, se este for necessário.

Recomendações:

O projeto e o TCLE estão dentro das exigências éticas das pesquisas em seres humanos. Não há recomendações adicionais.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Os autores atenderam as solicitações. Pode-se considerar o projeto aprovado.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 08 de Maio de 2012

Assinado por:

Luiz Eugênio Garcez Leme

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: INVESTIGAÇÃO DAS DIFICULDADES HUMANAS DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE NAS PRÁTICAS DE CONTROLE DE INFECÇÃO RELACIONADA À ASSISTÊNCIA À

Pesquisador: Anna Sara Shafferman Levin

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 01651412.0.0000.0068

Instituição Proponente: Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 623.825

Data da Relatoria: 23/04/2014

Apresentação do Projeto:

Os pesquisadores encaminharam à CAPPesq uma emenda ao protocolo de pesquisa de projeto já aprovado, com a inclusão de um novo instrumento sob a forma de um questionário para avaliar aspectos psicológicos de servidores da saúde relacionados à "fadiga ou satisfação por compaixão".

Objetivo da Pesquisa:

Apresentar ao CEP a emenda com o acréscimo de uma questionário para avaliar a fadiga ou satisfação por compaixão em servidores da saúde que foram ou serão submetidos ao estudo "INVESTIGAÇÃO DAS DIFICULDADES HUMANAS DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE NAS PRÁTICAS DE CONTROLE DE INFECÇÃO RELACIONADA À ASSISTÊNCIA À SAÚDE"

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não haverá riscos adicionais para os participantes, exceto um risco mínimo decorrente do acréscimo de um novo questionário e de cerca de dez minutos para as respostas. Os benefícios podem ser de importância para o planejamento de atividades de apoio aos servidores.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A inclusão de um questionário validado em nosso meio pode ser muito útil para a avaliação das dificuldades dos profissionais da saúde. Não altera o protocolo e praticamente não altera o risco dos participantes.

Endereço: Rua Ovídio Pires de Campos, 225 5º andar

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 05.403-010

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)2661-7585

Fax: (11)2661-7585

E-mail: marcia.carvalho@hc.fm.usp.br

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA
FACULDADE DE MEDICINA DA
USP - HCFMUSP

Continuação do Parecer: 623.825

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Não há necessidade de alterações.

Recomendações:

Favor encaminhar à CAPPesq o relatório parcial do estudo, uma vez que o cronograma descrito na Plataforma Brasil coloca como término da coleta de dados o mês de maio de 2013.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Os pesquisadores apresentam emenda ao projeto de pesquisa para incluir um novo questionário para avaliar um aspecto ainda não abordado, ou seja "fadiga ou satisfação por compaixão". A emenda obedece as normativas éticas vigentes no país e não há impedimentos para a sua aprovação.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Em conformidade com a Resolução CNS nº 466/12 – cabe ao pesquisador: a) desenvolver o projeto conforme delineado; b) elaborar e apresentar relatórios parciais e final; c) apresentar dados solicitados pelo CEP, a qualquer momento; d) manter em arquivo sob sua guarda, por 5 anos da pesquisa, contendo fichas individuais e todos os demais documentos recomendados pelo CEP; e) encaminhar os resultados para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico participante do projeto; f) justificar perante ao CEP interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

SAO PAULO, 24 de Abril de 2014

Assinador por:
ALFREDO JOSE MANSUR
(Coordenador)

Endereço: Rua Ovídio Pires de Campos, 225 5º andar

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 05.403-010

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)2661-7585

Fax: (11)2661-7585

E-mail: marcia.carvalho@hc.fm.usp.br

ANEXO B – Modelo de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO-HCFMUSP**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL
LEGAL**

1.NOME:

DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº : SEXO:.....

DATA NASCIMENTO:/...../.....

ENDEREÇO:.....Nº APTO:

BAIRRO:CIDADE:.....

CEP:.....TELEFONE: (....)

2.RESPONSÁVEL LEGAL:.....

NATUREZA (grau de parentesco, tutor, curador etc.).....

DOCUMENTO DE IDENTIDADE :.....SEXO:.....

DATA NASCIMENTO.:/...../.....

ENDEREÇO:.....Nº APTO:

BAIRRO:CIDADE:.....

CEP:.....TELEFONE: (....)

DADOS SOBRE A PESQUISA

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA: Investigação das Dificuldades humanas de profissionais de Saúde nas práticas de controle de Infecção Hospitalar

PESQUISADOR:

CARGO/FUNÇÃO:

INSCRIÇÃO CONSELHO REGIONAL Nº

UNIDADE DO HCFMUSP:

3. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:

RISCO MÍNIMO	(X)	RISCO MÉDIO	()
RISCO BAIXO	()	RISCO MAIOR	()

4.DURAÇÃO DA PESQUISA :

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO-HCFMUSP

Esta pesquisa pretende avaliar se há uma associação entre as práticas de controle de infecção dos profissionais de assistência à saúde que atuam em Unidades de Terapia Intensiva no Hospital das Clínicas e características dos profissionais, como seus estilos de pensamento, autoestima, qualidade de vida, nível de estresse, tipo de personalidade e percepção de autonomia profissional.

Foi realizada uma observação das práticas dos profissionais da saúde em relação às medidas que previnem a infecção hospitalar. Agora você deverá responder questionários para avaliar diversos aspectos psicológicos e profissionais gerais como estresse, autoestima, autonomia profissional, qualidade de vida e tipo de personalidade. Após, você passará por uma entrevista com psicólogo que finalizará a sua participação no estudo.

Não acreditamos que haverá um benefício direto aos participantes deste estudo, mas os resultados deste estudo serão utilizados para direcionar medidas e estratégias com o objetivo de melhorar as condições dos profissionais e com isso, melhorar também os cuidados que estes profissionais oferecem aos pacientes.

As informações desta pesquisa serão confidenciais, e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo nunca a identificação de dados ou da identidade dos participantes. Assim garantimos o sigilo sobre sua participação.

Você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. A principal investigadora é a Dra Anna Sara S. Levin que pode ser encontrada no endereço Rua Ovídio Pires de Campos, 225 – 6º andar, sala 629 Telefone: 2661 7066. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Ovídio Pires de Campos, 225 – 5º andar – tel: 2661-6442 ramais 16, 17, 18 ou 20– e-mail: cappesq@hcnet.usp.br

Você tem garantido o seu direito de não aceitar participar ou de retirar sua permissão a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo ou retaliação pela sua decisão.

Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

**HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO-HCFMUSP**

Eu, (nome completo do voluntário), após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e ter tido a oportunidade de conversar com o pesquisador responsável, para esclarecer todas as minhas dúvidas, acredito estar suficientemente informado, ficando claro para mim que minha participação é voluntária e que posso retirar este consentimento a qualquer momento sem penalidades ou perda de qualquer benefício. Estou ciente também dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos aos quais serei submetido, dos possíveis danos ou riscos deles provenientes e da garantia de confidencialidade e esclarecimentos sempre que desejar. Diante do exposto expresso minha concordância de espontânea vontade em participar deste estudo.

Assinatura do participante / representante legal

Data ____ / ____ / ____

Assinatura da testemunha

Data ____ / ____ / ____

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente ou representante legal para a participação neste estudo.

Anna Sara S. Levin

Data ____ / ____ / ____

Responsável pelo estudo

ANEXO C – Ficha de Dados Sóciodemográficos

FICHA DE DADOS SÓCIODEMOGRÁFICOS

1. Nome:
2. MATRÍCULA HC:
3. Sexo:
4. Endereço Completo:
5. Tels.:
6. Data de Nascimento: Idade:
7. Nacionalidade:
8. Naturalidade:
9. Profissão: Tempo de atuação:
10. Escolaridade: (Favor **circular** o que for correspondente)
Analfabeto / Fundamental / Médio / Superior Incompleto / Superior Completo /
Pós-Graduação Incompleto / Pós-Graduação Completo
11. Ocupação: (Favor **circular** o que for correspondente)
Aposentado Sem atividade / Aposentado Com atividade / Superior/ Proprietário /
Técnico / Operacional / Autônomo / Informal / Do lar / Estudante /
Outros: _____ Residente / Enfermeiro / Auxiliar de Enfermagem
/ Técnico de Enfermagem
12. Estado Civil: (Favor **circular** o que for correspondente)
Casado ou União Formal / Solteiro / Separado / Desquitado / Divorciado / Viúvo
13. Renda mensal pessoal:
14. Renda mensal familiar:
15. Quantas pessoas vivem com a renda familiar:
16. Especialidade (se houver):

ANEXO D – ProQol-BR

PROQOL-BR

Considere cada uma das seguintes questões sobre você e sua situação atual. Escolha a opção que melhor reflete como você se sentiu nos últimos 30 dias. **Considere a sua experiência enquanto profissional de saúde (independente do local de trabalho).**

	Nunca	Raramente	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Quase sempre
a) Você atende pessoas que estão em sofrimento?	0	1	2	3	4	5
b) Você atende pessoas em risco de vida?	0	1	2	3	4	5
c) Você atende pessoas que passaram por algum evento traumático (ex: abuso sexual, assalto, agressão)?	0	1	2	3	4	5
d) Alguns casos que você atende te deixam impressionado?	0	1	2	3	4	5
1. Sinto-me feliz.	0	1	2	3	4	5
2. Tenho preocupações com mais de uma pessoa que estou ajudando.	0	1	2	3	4	5

3. Sinto-me satisfeito (a) por ser capaz de ajudar as pessoas.	0	1	2	3	4	5
4. Sinto-me ligado aos outros.	0	1	2	3	4	5
5. Sons inesperados me assustam ou me causam sobressaltos.	0	1	2	3	4	5
6. Sinto-me animado depois de atender as pessoas que ajudo.	0	1	2	3	4	5
7. Acho difícil separar minha vida pessoal da minha vida profissional.	0	1	2	3	4	5
8. Perco o sono por causa das experiências traumáticas de uma pessoa que atendo.	0	1	2	3	4	5
9. Creio que posso ter sido “infectado” pelo estresse traumático daqueles que atendo.	0	1	2	3	4	5
	Nunca	Raramente	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Quase sempre
10. Sinto-me aprisionado pelo meu trabalho de cuidar dos outros.	0	1	2	3	4	5
11. Por causa do meu trabalho me sinto tenso com relação a várias coisas.	0	1	2	3	4	5
12. Gosto do meu trabalho ajudando as pessoas.	0	1	2	3	4	5
13. Sinto-me deprimido (a) por causa do meu trabalho.	0	1	2	3	4	5

14. Sinto-me como se estivesse vivendo o trauma de alguém que eu atendi.	0	1	2	3	4	5
15. Tenho crenças que me sustentam.	0	1	2	3	4	5
16. Sinto-me satisfeito (a) por conseguir me manter atualizado em relação a técnicas e procedimentos de atendimento.	0	1	2	3	4	5
17. Sou a pessoa que sempre desejei ser.	0	1	2	3	4	5
18. Sinto-me satisfeito (a) com meu trabalho.	0	1	2	3	4	5
19. Sinto-me exausto (a) por causa do meu trabalho.	0	1	2	3	4	5
20. Tenho bons pensamentos e sentimentos em relação àqueles que eu ajudo e sobre como poderia ajudá-los.	0	1	2	3	4	5
21. Sinto-me sufocado (a) pela quantidade de trabalho e pelo tanto de pacientes que eu preciso atender.	0	1	2	3	4	5
22. Acredito que posso fazer diferença através do meu trabalho.	0	1	2	3	4	5
23. Evito certas atividades ou situações porque elas me fazem lembrar das experiências assustadoras vividas pelas pessoas que ajudo.	0	1	2	3	4	5
24. Estou orgulhoso (a) do que eu posso fazer para ajudar.	0	1	2	3	4	5

	Nunca	Raramente	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Quase sempre
25. Como resultado do meu trabalho, tenho pensamentos invasivos e assustadores.	0	1	2	3	4	5
26. Sinto-me sufocado pelo sistema em que atuo.	0	1	2	3	4	5
27. Ocorre-me que sou bem sucedido (a) no meu trabalho.	0	1	2	3	4	5
28. Não consigo recordar de partes importantes do meu trabalho com as vítimas de trauma.	0	1	2	3	4	5
29. Sou uma pessoa muito sensível.	0	1	2	3	4	5
30. Estou feliz por ter escolhido este trabalho.	0	1	2	3	4	5

ANEXO E – Roteiro de Entrevista semi-dirigida

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-DIRIGIDA

1. Fale-nos o que e o quanto puder sobre a compreensão que o (a) senhor (a) tem tido a respeito das dificuldades relacionadas às práticas de controle de infecção hospitalar em UTIs.
2. Fale-nos a respeito de como percebe sua própria participação no que diz respeito às práticas de controle de infecção hospitalar em UTI.
3. Que sugestões pode nos dar para contribuir para a diminuição de taxas de controle de infecção hospitalar nas UTIs?
4. Observações livres a respeito de sua participação no projeto de pesquisa.

ANEXO F – Entrevistas transcritas

ENTREVISTA 1

1) Fale-nos o que e o quanto puder sobre a compreensão que o (a) senhor (a) tem tido a respeito das dificuldades relacionadas às práticas de controle de infecção hospitalar em UTIs.

Falta recursos humanos generalizada.

Sobrecarga de trabalho.

Falta de conscientização.

Provável sensação de superioridade do médico.

Falta de cobrança.

Falta entendimento do processo por parte dos PAS.

Problemas de relacionamento podem interferir: no âmbito das relações humanas (respostas atravessadas, falta de reconhecimento) e de questões institucionais.

Transferência inconsciente?

Piloto automático?

Pessoas que trabalham a noite tendem a aderir menos.

2) Fale-nos a respeito de como percebe sua própria participação no que diz respeito às práticas de controle de infecção hospitalar em UTI.

Não menciona dificuldades.

3) Que sugestões pode nos dar para contribuir para a diminuição de taxas de controle de infecção hospitalar nas UTIs?

O médico precisa de estímulo e feedback positivo (não somente negativo), reconhecimento, desafios.

Acha que os feedbacks negativos deveriam ser dados particularmente, enquanto os positivos deveriam ocorrer publicamente.

Autoreflexão.

4) Observações livres a respeito de sua participação no projeto de pesquisa.

Sem menção.

ENTREVISTA 2

1) Fale-nos o que e o quanto puder sobre a compreensão que o (a) senhor (a) tem tido a respeito das dificuldades relacionadas às práticas de controle de infecção hospitalar em UTIs.

Acredita que os PAS acabam "se acostumando" e deixam de aderir às práticas de controle de IH. O fato de tudo precisar ser feito rapidamente também contribui para a não aderência. Crê que a maioria dos PAS não realizam as práticas de controle e não fazem no tempo adequado. A rapidez interfere na realização dos procedimentos.

2) Fale-nos a respeito de como percebe sua própria participação no que diz respeito às práticas de controle de infecção hospitalar em UTI.

Confessa que não lava as mãos todas às vezes. Se dá "nota 7". Acredita que adere menos quando atende pacientes que precisam de isolamento "preectivo". Diz que a noite, por estar sozinha, adere menos. Não ter ninguém observando diminui a sua aderência. Percebe que outros PAS não aderem, mas tem receio de corrigir um superior ou alguém de outra equipe profissional (enfermagem) por achar que estará sendo "grosseira".

3) Que sugestões pode nos dar para contribuir para a diminuição de taxas de controle de infecção hospitalar nas UTIs?

Treinamento recorrente.

Que os índices de IH sejam mostrados para os PAS, pois assim ela acha que eles se sentirão fazendo parte dos resultados.

Auditoria.

4) Observações livres a respeito de sua participação no projeto de pesquisa.

Achou o questionário que avalia personalidade (IFP) muito focado em sexo.

Comparou os questionários com testes de revistas.

Nunca respondeu questões do tipo. Interessada em saber sobre seu "perfil psicológico".

Sugeriu que seja colocado no TCLE que nada será realizado contra o profissional.

ENTREVISTA 3

1) Fale-nos o que e o quanto puder sobre a compreensão que o (a) senhor (a) tem tido a respeito das dificuldades relacionadas às práticas de controle de infecção hospitalar em UTIs.

Falta conscientização das pessoas da importância de lavar as mãos. As pessoas não têm consciência de que podem prejudicar os outros. Percebe que muitos não fazem assepsia das mãos e limpeza de cateter. Não somente a enfermagem, mas todos da equipe.

2) Fale-nos a respeito de como percebe sua própria participação no que diz respeito às práticas de controle de infecção hospitalar em UTI.

Percebe diferença do que faz e do que os outros não fazem. Às vezes "passa despercebido", acredita que por conta da correria do dia a dia e pela sobrecarga de trabalho: muitas horas trabalhadas principalmente fora da UTI.

3) Que sugestões pode nos dar para contribuir para a diminuição de taxas de controle de infecção hospitalar nas UTIs?

Acredita que a UTI já possui muitos recursos e que falta mesmo as pessoas aderirem. Refere que material tem, mas aderência não. Falta as pessoas saberem como a contaminação ocorre, necessidade de explicações às pessoas.

4) Observações livres a respeito de sua participação no projeto de pesquisa.

Sem menção.

ENTREVISTA 4

1) Fale-nos o que e o quanto puder sobre a compreensão que o (a) senhor (a) tem tido a respeito das dificuldades relacionadas às práticas de controle de infecção hospitalar em UTIs.

Acha bem difícil a aderência às práticas de controle de IH. Apesar de todo o cuidado que existe, acha muitas vezes difícil o controle e percebe que no pronto-socorro o cuidado é mínimo. Acredita que a ocorrência ou não de IH depende do local.

2) Fale-nos a respeito de como percebe sua própria participação no que diz respeito às práticas de controle de infecção hospitalar em UTI.

Refere estar atenta, colaborar o máximo que pode, mas diz que às vezes tem preguiça de tirar e colocar o equipamento muitas vezes. Menciona lavar a mão toda hora; a troca de paramentação o tempo toda provoca cansaço. Diz também que pacientes que estão em precaução de contato acabam sendo "evitados" por preguiça --> diminuição da assistência. No pronto-socorro, segundo ela, as medidas de controle são mais simples do que na UTI.

3) Que sugestões pode nos dar para contribuir para a diminuição de taxas de controle de infecção hospitalar nas UTIs?

Lavar bem as mãos antes e depois; uso do avental, da luva, uso da máscara.

4) Observações livres a respeito de sua participação no projeto de pesquisa.

Participação na pesquisa faz refletir: fala-se muito sobre mas não pára para pensar se estão fazendo ou não adesão às práticas de controle de IH. Vê muitas complicações nos pacientes decorrentes de IH e acredita que falta esse momento de reflexão; para o paciente faz muita diferença.

ENTREVISTA 5

1) Fale-nos o que e o quanto puder sobre a compreensão que o (a) senhor (a) tem tido a respeito das dificuldades relacionadas às práticas de controle de infecção hospitalar em UTIs.

Acredita que a falta de pessoal e de tempo contribui para as pessoas terem menos precauções.

2) Fale-nos a respeito de como percebe sua própria participação no que diz respeito às práticas de controle de infecção hospitalar em UTI.

Tenta seguir as regras, mas ele pouco interfere no que os outros fazem. Não acha que corrigir o outro vá fazer o outro aderir. Acha que é uma questão de autodisciplina.

3) Que sugestões pode nos dar para contribuir para a diminuição de taxas de controle de infecção hospitalar nas UTIs?

Aumentar o número de pessoas trabalhando (contratação).

Isolamento dos pacientes na UTI MI interfere na adesão.

4) Observações livres a respeito de sua participação no projeto de pesquisa.

Enfatizou a importância de aumentar o número de funcionários.

ENTREVISTA 6

1) Fale-nos o que e o quanto puder sobre a compreensão que o (a) senhor (a) tem tido a respeito das dificuldades relacionadas às práticas de controle de infecção hospitalar em UTIs.

Acredita que depende de cada serviço e da instrução da pessoa que está cuidando. Acha que as pessoas não fazem as práticas de controle de IH pelo o que estão passando, algo pessoal, estresse.

2) Fale-nos a respeito de como percebe sua própria participação no que diz respeito às práticas de controle de infecção hospitalar em UTI.

Tenta preservar, mas o cansaço influencia na aderência. Cansaço e estresse devido a carga horária de trabalho, a meio de transporte (Qualidade de vida).

Para ele, o fato do PAS escolher a área que quer atuar ajuda a aumentar a aderência, pois se preocupa mais e se empenha mais.

3) Que sugestões pode nos dar para contribuir para a diminuição de taxas de controle de infecção hospitalar nas UTIs?

Parar um pouco para refletir.

Cartazes, cursos.

Mostrar os índices de infecção da UTI em cada mês e compará-los com outros hospitais.

Aula de motivação.

Implantar medidas e mostrar que os índices melhoraram.

"Bater o martelo", ou seja: repetir, lembrar.

4) Observações livres a respeito de sua participação no projeto de pesquisa.

Respondeu da maneira mais sincera possível. Achou "tranquilo".

ENTREVISTA 7

1) Fale-nos o que e o quanto puder sobre a compreensão que o (a) senhor (a) tem tido a respeito das dificuldades relacionadas às práticas de controle de infecção hospitalar em UTIs.

Excesso de demanda, de pacientes, de atividades, 6 horas de trabalho X exigência de rapidez = contribui para a baixa adesão.

Excesso de atividades interfere na aderência. Refere que é mais tranquilo de 12 horas do que de 6 horas.

Coleguismo ajuda a não sobrecarregar e aumentar a adesão.

Poucos materiais (cálice, por exemplo).

Compara a pouca quantidade de materiais com relação a de um hospital privado.

2) Fale-nos a respeito de como percebe sua própria participação no que diz respeito às práticas de controle de infecção hospitalar em UTI.

Refere falhar às vezes, pelo não uso do avental rigorosamente. Muitas vezes só usa as luvas.

Acredita que a pressão de dar conta do serviço e ter que passar o plantão faz ela falhar. Pressa porque não quer correr o risco de ser chamada a atenção porque deixou de fazer algo.

3) Que sugestões pode nos dar para contribuir para a diminuição de taxas de controle de infecção hospitalar nas UTIs?

Atendimento exclusivo para um paciente contribuiria para aumento do controle de IH.

1 PAS para 1 paciente.

Aumentar o número de PAS também aumentaria o controle da IH.

Compreensão do PAS com relação ao trabalho do PAS anterior.

4) Observações livres a respeito de sua participação no projeto de pesquisa.

A participação a fez observar, refletir mais.

Se questiona se o seu cansaço interfere, se a falta de dormir a prejudica. Refere satisfação com a profissão.

Quer melhorar, fazer o melhor diferentemente do que percebe de outros PAS.

Pacientes ansiosos lhe deixam mais estressada. Ela lida com isso pedindo ajuda da enfermeira.

Para evitar estresse demais com o paciente, ela acredita que distribuir funções ajuda.

Procura se colocar no lugar do outro.

ENTREVISTA 8

1) Fale-nos o que e o quanto puder sobre a compreensão que o (a) senhor (a) tem tido a respeito das dificuldades relacionadas às práticas de controle de infecção hospitalar em UTIs.

Fator operacional: objetos não estão no lugar.

Ambiente de trabalho não colabora.

Falta organização do serviço.

Há ausência de equipamentos e de condições mínimas.

Logística não planejada para receber quantidade de pacientes.

Poucos PAS para muitos pacientes.

Fator humano: Falta conscientização das pessoas, com relação a proteção de si e do outro.

Acredita que a correria contribui para o "esquecimento" e o fato de ter 01 PAS para muitos pacientes.

2) Fale-nos a respeito de como percebe sua própria participação no que diz respeito às práticas de controle de infecção hospitalar em UTI.

Toda hora percebe que alguma das medidas está sendo eficaz.

Percebe que as medidas realizadas tiveram sucesso com o paciente.

3) Que sugestões pode nos dar para contribuir para a diminuição de taxas de controle de infecção hospitalar nas UTIs?

Melhora das condições de trabalho: no que diz respeito a pessoal e material.

Melhoria dos equipamentos e melhores adaptações.

Número de pacientes X número de PAS.

4) Observações livres a respeito de sua participação no projeto de pesquisa.

Bom ajudar. Curiosidade em saber como vamos relacionar os dados.
"Interessante e instigante".

ENTREVISTA 9

1) Fale-nos o que e o quanto puder sobre a compreensão que o (a) senhor (a) tem tido a respeito das dificuldades relacionadas às práticas de controle de infecção hospitalar em UTIs.

Própria correria do trabalho e a urgência do atendimento faz com que diminua a preocupação em aderir às práticas de controle de IH.

Comodidade: não valorizar por estar fazendo todo dia.

2) Fale-nos a respeito de como percebe sua própria participação no que diz respeito às práticas de controle de infecção hospitalar em UTI.

Muitas vezes se esquece de coisas básicas devido a correria.

Por exemplo: esquece de passar álcool gel <-> comodidade

3) Que sugestões pode nos dar para contribuir para a diminuição de taxas de controle de infecção hospitalar nas UTIs?

Melhorar avisos visuais em relação a lavagem de mãos e limpeza de cateter.

Ações educacionais.

4) Observações livres a respeito de sua participação no projeto de pesquisa.

"importante"

ENTREVISTA 10

1) Fale-nos o que e o quanto puder sobre a compreensão que o (a) senhor (a) tem tido a respeito das dificuldades relacionadas às práticas de controle de infecção hospitalar em UTIs.

Refere que é infectologista;

Desinformação, técnicas inadequadas.

Falta de comprometimento com o paciente e com o que é IH.

PAS tratam pacientes como trabalho mas não como pessoas. Pessoa se torna objeto e não um ser humano.

Tudo isso contribui para a não adesão às práticas de controle.

2) Fale-nos a respeito de como percebe sua própria participação no que diz respeito às práticas de controle de infecção hospitalar em UTI.

Faz a parte dele. Tenta modificar, orientando e ensinado no que diz respeito a como e porque.

3) Que sugestões pode nos dar para contribuir para a diminuição de taxas de controle de infecção hospitalar nas UTIs?

Programas de educação para todos os PAS.

Pias de fácil acesso;

Cursos de antimicrobiologia para médicos que usam antibióticos de modo errado;

Otimização do ambiente de trabalho;

Humanização;

E o principal: aumentar o número de profissionais cuidando - 1 PAS para muitos pacientes aumenta a IH

4) Observações livres a respeito de sua participação no projeto de pesquisa.

É favorável à ciência. A tudo que transforma informação num dado. Acredita na ciência baseada em evidência. Por tais razões, acha ótima a pesquisa.

ENTREVISTA 11

1) Fale-nos o que e o quanto puder sobre a compreensão que o (a) senhor (a) tem tido a respeito das dificuldades relacionadas às práticas de controle de infecção hospitalar em UTIs.

Depende. Varia muito do lugar e da cobrança que o lugar tem. Em determinadas UTI há mais cultura de cuidado. Há UTIs que o pessoal está mais desencanado.

2) Fale-nos a respeito de como percebe sua própria participação no que diz respeito às práticas de controle de infecção hospitalar em UTI.

Tenta fazer o certo, dar exemplos para os outros PAS, ensinar os alunos. Se o médico não faz, o resto da equipe não faz.

3) Que sugestões pode nos dar para contribuir para a diminuição de taxas de controle de infecção hospitalar nas UTIs?

O mais importante: ter idéia do por que da prevenção, do impacto. Ele acha que falta educação continuada. As pessoas não sabem por que tem que fazer as coisas, qual o papel delas em cada coisa.

4) Observações livres a respeito de sua participação no projeto de pesquisa.

Interessante abordar coisas que são graves. Mortalidade por IH é alta.

Acredita que o problema seja administrativo também. Quanto mais alto o chefe, menor preocupação tem com o paciente. Pessoas querem ter nome, ter título.

Diferença de tratamento entre clientela SUS e particular.

ENTREVISTA 12

1) Fale-nos o que e o quanto puder sobre a compreensão que o (a) senhor (a) tem tido a respeito das dificuldades relacionadas às práticas de controle de infecção hospitalar em UTIs.

Não vê muito falta de adesão na UTI. Vê mais no pronto-socorro onde não há pia suficiente para quantidade de PAS.

Na UTI tem material.

Preguiça de lavar as mãos, excesso de trabalho. Sobrecarga de trabalho: poucos PAS para muitos pacientes.

2) Fale-nos a respeito de como percebe sua própria participação no que diz respeito às práticas de controle de infecção hospitalar em UTI.

Sempre tenta seguir, lavar as mãos antes e depois. Quando é algo rápido, às vezes põe a mão sem luva, avental. Quando sabe que não tem bicho isolado.

3) Que sugestões pode nos dar para contribuir para a diminuição de taxas de controle de infecção hospitalar nas UTIs?

Mais material.

Deixar tudo disponível.

Estratégias organizacionais.

Palestras para PAS sobre conscientização.

Mostrar dados negativos aos PAS.

Podia ter uma pia em cada quarto.

Proximidade dos materiais aumenta a chance de adesão.

Conscientizar como se faz a higiene, os principais antissépticos.

4) Observações livres a respeito de sua participação no projeto de pesquisa.

Interessante.

Tem afirmativas nos questionários que não sabe o porque foi perguntado.

ENTREVISTA 13

1) Fale-nos o que e o quanto puder sobre a compreensão que o (a) senhor (a) tem tido a respeito das dificuldades relacionadas às práticas de controle de infecção hospitalar em UTIs.

Acredita que falta evidência científica para saber se as práticas de controle de IH são realmente efetivas (como por exemplo o isolamento de bactéria multi resistente).

Acredita que o paciente que está em isolamento é menos assistido e que a falta de material (e o custo de material) são fatores que diminuem a adesão dos PAS.

Falta de funcionários provoca o desgaste do PAS (1 PAS para 4 pacientes) e tal desgaste interfere na troca de roupa.

Falta RH e material.

2) Fale-nos a respeito de como percebe sua própria participação no que diz respeito às práticas de controle de infecção hospitalar em UTI.

Segue o que é determinado, conforme estabelecido.

3) Que sugestões pode nos dar para contribuir para a diminuição de taxas de controle de infecção hospitalar nas UTIs?

Cita os procedimentos de controle de IH: lavagem das mãos, evitar uso de antimicrobiano, uso racional do antibiótico, respeitar as medidas de precaução de contato

4) Observações livres a respeito de sua participação no projeto de pesquisa.

Interessante. Acha que encontrarei dificuldades para PAS responderem porque é demorada.

ENTREVISTA 14

1) Fale-nos o que e o quanto puder sobre a compreensão que o (a) senhor (a) tem tido a respeito das dificuldades relacionadas às práticas de controle de infecção hospitalar em UTIs.

Depende do sentido (falta de equipamento/materiais). Não há porque não fazer o que aprendeu se existem esses materiais. Por exemplo, se for fazer um curativo, se tiver os materiais necessários o procedimento é feito corretamente. Acredita que as pessoas procuram fazer o que se pede. Nunca observou dificuldade por parte dos outros. Falou da falta dos materiais hipoteticamente pois não acredita que existem dificuldades dos PAS na adesão às práticas de controle de IH.

2) Fale-nos a respeito de como percebe sua própria participação no que diz respeito às práticas de controle de infecção hospitalar em UTI.

Procura fazer da melhor maneira, pois sempre se coloca no lugar do paciente. Já foi paciente e entende quais são as dificuldades. É preciso ter paciência, jogo de cintura. Há pacientes que se revoltam e ela tenta conversar com os pacientes e acalmar e conversar com médicos.

3) Que sugestões pode nos dar para contribuir para a diminuição de taxas de controle de infecção hospitalar nas UTIs?

Reuniões e orientações. Citou o ditado: "Água mole em pedra dura tanto bate até que fura". Não no sentido de cobranças pois podem fazer as pessoas "levarem para o outro lado". Mais conversas sobre o assunto. Mostrar dados pois tem coisas que passam despercebido.

4) Observações livres a respeito de sua participação no projeto de pesquisa.

Achou muito extensa mas gostou de ter participado.

ENTREVISTA 15

1) Fale-nos o que e o quanto puder sobre a compreensão que o (a) senhor (a) tem tido a respeito das dificuldades relacionadas às práticas de controle de infecção hospitalar em UTIs.

Embora tente seguir corretamente os procedimentos, às vezes...não sabe se ter escala reduzida, muitos pacientes...alguns PAS não fazem, não levam muito à sério, principalmente os médicos (não colocam avental e andam com estetoscópio no pescoço, por exemplo)

Menciona também a correria, "querer ir na pressa" (sic)

2) Fale-nos a respeito de como percebe sua própria participação no que diz respeito às práticas de controle de infecção hospitalar em UTI.

Por ser enfermeira, friza mais o respeito aos princípios do controle de IH.

Ela não sente dificuldades em aderir.

3) Que sugestões pode nos dar para contribuir para a diminuição de taxas de controle de infecção hospitalar nas UTIs?

Fazer pesquisas com as mãos dos PAS e jalecos e nos estetoscópios (avaliar quantidade de microorganismos)

4) Observações livres a respeito de sua participação no projeto de pesquisa.

Interessante; Bem abrangente.

ENTREVISTA 16

1) Fale-nos o que e o quanto puder sobre a compreensão que o (a) senhor (a) tem tido a respeito das dificuldades relacionadas às práticas de controle de infecção hospitalar em UTIs.

Procura fazer suas coisas "direitas", faz a conduta dentro da técnica, passa plantão e percebe que o colega não fez de acordo. Refere haver muita gente manipulando, nunca sabe quem foi que não fez corretamente, ninguém admite. Vê pessoas que não fazem.

Menciona a preguiça, a falta de atenção relacionadas à carga de trabalho como justificativas.

"O paciente é o mais prejudicado" (sic)

"O profissional não deveria trabalhar aqui se acha que não aguenta. O paciente não escolheu e ele (PAS), sim" (sic).

2) Fale-nos a respeito de como percebe sua própria participação no que diz respeito às práticas de controle de infecção hospitalar em UTI.

Segue a técnica corretamente.

Isolamento envolve planejamento da assistência, o que procura fazer sempre.

3) Que sugestões pode nos dar para contribuir para a diminuição de taxas de controle de infecção hospitalar nas UTIs?

"Reciclagem": atualização do conhecimento.

Cursos: o que faz com o paciente quando o PAS faz procedimentos errado. Colocar exemplos de pacientes antes e depois.

4) Observações livres a respeito de sua participação no projeto de pesquisa.

Interessante porque pergunta sobre estresse e acha que tem muito PAS estressado, com problemas emocionais, de fora: se dizer que não, é mentira!

ENTREVISTA 17

1) Fale-nos o que e o quanto puder sobre a compreensão que o (a) senhor (a) tem tido a respeito das dificuldades relacionadas às práticas de controle de infecção hospitalar em UTIs.

Tinha que ter mais cursos, mais explicações. As pessoas tinham que prestar mais atenção. Principalmente na lavagem das mãos e isolamento.

Deveria haver mais conscientização.

Percebe dificuldades: tem PAS que não estão nem aí. Levanta como hipóteses: "Ou não percebem ou vida corrida". Já viu, na MI, principalmente com pacientes que estão em isolamento. Às vezes acha que não tem nem explicação.

2) Fale-nos a respeito de como percebe sua própria participação no que diz respeito às práticas de controle de infecção hospitalar em UTI.

Participa mesmo. Lava as mãos. Se orienta sobre as placas de isolamento. Refere aderir "quase 100%". "Quase" porque não é perfeita.

3) Que sugestões pode nos dar para contribuir para a diminuição de taxas de controle de infecção hospitalar nas UTIs?

Falta de materiais.

Mais orientação (aula, explicações).

Mais funcionários. PAS pecam porque estão atribulados, mas não que isso justifique o erro do PAS.

Mais atenção, mais lavagem de mãos, cuidados com cateters.

4) Observações livres a respeito de sua participação no projeto de pesquisa.

Gostou; achou importante. Acha muito bom. Algumas questões não estão muito claras, ficou em dúvida (IFP).

ENTREVISTA 18

1) Fale-nos o que e o quanto puder sobre a compreensão que o (a) senhor (a) tem tido a respeito das dificuldades relacionadas às práticas de controle de infecção hospitalar em UTIs.

Acha que é a correria do plantão. Na UTI MI há um padrão quanto a estar paramentado.

Correria interfere na adesão por conta da demanda das atividades. Já observou, como enfermeira, médicos, auxiliares e enfermeiros esquecerem algum material. Por falta de tempo, pressa, preguiça. A demanda, muitas atividades, traz dificuldades.

"Levando por outro lado..." acredita que a autoconfiança do PAS de que nunca vai ocorrer com ele. Percebe que PAS antigos têm isso, essa autoconfiança, "se acha o sabidão por ter muito tempo de trabalho". PAS antigos falam: "isso tiro de letra".

2) Fale-nos a respeito de como percebe sua própria participação no que diz respeito às práticas de controle de infecção hospitalar em UTI.

Sempre tenta observar se todos estão paramentados. Quem não está, leva para as pessoas o material. Chama a atenção mas ajuda. Já chamaram a atenção dela várias vezes. Às vezes esquece, não vai tirar o dela da reta. Às vezes esquece por conta da correria em relação ao cuidado com o paciente, acredita ela.

"A enfermeira é a chave de tudo", por isso é muito solicitada por todos. As coisas dependem dela.

3) Que sugestões pode nos dar para contribuir para a diminuição de taxas de controle de infecção hospitalar nas UTIs?

Difícil, complicado ela (uma única pessoa) querer mudar. Nunca parou para pensar.

Conversa muito com a chefe, que a orienta a ser segura e se posicionar no sentido de terminar o que está fazendo para depois atender os pedidos dos outros PAS. Ter mais calma.

4) Observações livres a respeito de sua participação no projeto de pesquisa.

Acha interessante principalmente para o PAS. Às vezes ficam todos bitolados com os pacientes.

Espera saber dos resultados.

Não está completamente satisfeita com a vida profissional, pois não consegue administrar vida social e profissional. Não consegue trocar uma palavra com a família.

ENTREVISTA 19

1) Fale-nos o que e o quanto puder sobre a compreensão que o (a) senhor (a) tem tido a respeito das dificuldades relacionadas às práticas de controle de infecção hospitalar em UTIs.

Não percebe muita dificuldade. "Todo mundo (na UTI MI) segue os cuidados na regra, bonitinho".

Orientam funcionários que chegam de fora.

O trabalho atual no HC é seu primeiro emprego. Em estágios anteriores ela já percebeu dificuldades: não sabe se é correria, se é descaso. Percebe que fazem de modo prático, sem utilizar a técnica, serviço mais "mecanizado".

2) Fale-nos a respeito de como percebe sua própria participação no que diz respeito às práticas de controle de infecção hospitalar em UTI.

Se considera muito chata, rigorosa. Diz seguir o conhecimento até o fim.

3) Que sugestões pode nos dar para contribuir para a diminuição de taxas de controle de infecção hospitalar nas UTIs?

Mais orientação, mais supervisão.

Acha que o profissional que orienta (as práticas) tem que ser chato e explicar o porquê da precaução.

4) Observações livres a respeito de sua participação no projeto de pesquisa.

Gostou porque começa a ter visão sobre eles mesmos. Acredita que os conceitos mudam com o passar do tempo de trabalho.

Legal porque trata da importância em relação ao funcionário. Isso é bom para o paciente também. Percebe falta de atenção com os profissionais e que isso seria o principal, pois há estresse, conflito humano, pessoal.

ENTREVISTA 20

1) Fale-nos o que e o quanto puder sobre a compreensão que o (a) senhor (a) tem tido a respeito das dificuldades relacionadas às práticas de controle de infecção hospitalar em UTIs.

Por ser hospital público, falta material (avental, rouparia...) e também a conscientização de cada um. Há pessoas que falam: "não será uma luvinha que resolverá se o hospital tem tanto bicho".

Também percebe preguiça dos profissionais de colocar paramentação, "negócio de tira e põe, tira e põe".

2) Fale-nos a respeito de como percebe sua própria participação no que diz respeito às práticas de controle de infecção hospitalar em UTI.

Às vezes entra no quarto do paciente e não tem que mexer no paciente e não precisa fazer as práticas. Se vai tocar no paciente, faz as práticas.

Procura sempre lavar as mãos. Às vezes acaba passando devido a correria, no sentido de urgência do cuidado ao paciente.

3) Que sugestões pode nos dar para contribuir para a diminuição de taxas de controle de infecção hospitalar nas UTIs?

O básico. Lavar as mãos. Fazer cada um usar, é difícil. Só psicólogo mesmo para ajudar a entender. Vai da maneira de cada um pensar.

Ela pensa que quanto mais prevenir, melhor para ela e para o paciente, mas tem uma profissional que trabalha há 20 anos lá que diz que não vai usar máscara bico de pato porque nunca aconteceu com ela. Ela pensa que é bloqueada, que nunca pegaria nada.

4) Observações livres a respeito de sua participação no projeto de pesquisa.

Legal. Gosta de psicologia. Disseram horrores do questionário, por ser extenso, por ter muita pergunta e dificuldade de compreender.

ENTREVISTA 21

1) Fale-nos o que e o quanto puder sobre a compreensão que o (a) senhor (a) tem tido a respeito das dificuldades relacionadas às práticas de controle de infecção hospitalar em UTIs.

As pessoas não têm dimensão da importância, há um desconhecimento. Como a infecção é algo invisível, não se vê.

Correria/ tempo vai passando e vai se tornando menos importante. As pessoas começam a fazer direitinho e depois vai se tornando menos importante. Há um desestímulo (pelo trabalho).

Já se espera que haja IH: as pessoas acham que é normal, que não é algo provocado. Os familiares acham isso.

2) Fale-nos a respeito de como percebe sua própria participação no que diz respeito às práticas de controle de infecção hospitalar em UTI.

Acha que toma cuidado. É bem "neuroticazinha". Acha chato se paramentar; às vezes perde a vontade por ter tanta coisa para fazer, mas quando ela pensa na importância, ela vê que tem que fazer.

Não tem dificuldades com recursos materiais.

3) Que sugestões pode nos dar para contribuir para a diminuição de taxas de controle de infecção hospitalar nas UTIs?

Não sabe. Às vezes colocam os dados de exposição de IH para os profissionais.

Não sabe se os outros profissionais tem aulas, informação do índice de IH; dizem que a sua classe profissional (médica) é a pior na adesão, mas não vê isso, na prática não sente isso.

Mostrar em números quantas pessoas tiveram IH, devido complicação da internação é a única coisa que mudaria e quanto isso custaria de dinheiro.

Se tivesse solução, já teria dado...talvez não exista idéia milagrosa.

4) Observações livres a respeito de sua participação no projeto de pesquisa.

Curiosa

Perguntas de cunho sexual (IFP).

ENTREVISTA 22

1) Fale-nos o que e o quanto puder sobre a compreensão que o (a) senhor (a) tem tido a respeito das dificuldades relacionadas às práticas de controle de infecção hospitalar em UTIs.

Acha a MI bem rígida em relação a IH. Acha que todo mundo tem orientação, mas cada um vê e aprende de um jeito, então um vai corrigindo os outros.

Quando teve síndrome de KPC, ficaram se sentindo culpados ou culpando outros.

A dificuldade é a atuação individualizada. Não há um controle multiprofissional. Uma educação multiprofissional.

Acredita que a maior dificuldade é a pressa, o trabalho rápido, emergencial, urgente é fator de risco.

2) Fale-nos a respeito de como percebe sua própria participação no que diz respeito às práticas de controle de infecção hospitalar em UTI.

Igual a de todo mundo. Tenta fazer tudo o que aprende. Quando vem pessoa de fora, ela orienta. Conversa com internos, com profissionais externos (interconsulta), os orienta.

O problema da MI é que ficam muitos pacientes graves e isso aumenta a urgência do atendimento e pode acabar escapando alguma coisa.

3) Que sugestões pode nos dar para contribuir para a diminuição de taxas de controle de infecção hospitalar nas UTIs?

Sei lá...Os mecanismos da infecção todo mundo conhece. Neste setor, vê muito a complicação de uma infecção hospitalar.

Falta empatia, se colocar no lugar de quem causa ou de alguém que você gosta que pode sofrer isso. Se as pessoas vissem mais as consequências, as complicações...apesar que sem empatia não adiantaria nada.

Talvez falta o PAS viver experiências assim...às vezes o erro é camuflado, para evitar culpa.

4) Observações livres a respeito de sua participação no projeto de pesquisa.

Interessante. Não entende muito bem de psicologia, mas está curiosa para saber o resultado. Extenso

ENTREVISTA 23

1) Fale-nos o que e o quanto puder sobre a compreensão que o (a) senhor (a) tem tido a respeito das dificuldades relacionadas às práticas de controle de infecção hospitalar em UTIs.

A maioria das pessoas, as que não estão relacionadas com infectologia, não dão importância, não se dão ao trabalho, principalmente no Pronto-Socorro. Nas emergências, pulam as etapas. Pulam rápido, a lavagem de mãos.

Acredita também que falta recursos financeiros, que o número de PAS é inferior ao número de pacientes (recursos humanos). Na MI é feito um trabalho importante. O índice de infecção chegou a zero quando tinha reuniões diárias.

Coisas mais "palpáveis" como precaução respiratória têm mais chance de adesão. Pacientes instáveis recebem mais cuidado.

As pessoas (PAS) se preocupam mais com elas mesmas.

Conhecimento não basta...deveria bastar. Acredita que isso acontece porque é da natureza humana pensar mais em si do que nos outros. A pessoa não vê a consequência diretamente, talvez porque também não gere benefício para ela.

2) Fale-nos a respeito de como percebe sua própria participação no que diz respeito às práticas de controle de infecção hospitalar em UTI.

Refere que não vai mentir, que na maioria das vezes segue as práticas mas tem dias que falha. Acredita que por conta da correria, da pressão do tempo, da rapidez.

3) Que sugestões pode nos dar para contribuir para a diminuição de taxas de controle de infecção hospitalar nas UTIs?

Aumentar o número de funcionários.

A presença de um líder levaria as pessoas a aderirem não por obrigação mas por admiração, por ter alguém que inspira.

Ter alguém da CCIH; CCIH mostrar o dado para o profissional. Talvez o profissional passe a seguir pelo medo.

Trabalhar mais com a motivação das pessoas: mostrar a importância das práticas e que dá resultado; fazer reuniões diárias, treinamento; mostrar o por

quê, ter alguém para checar (se não tem alguém "buzinando", a pessoa acaba esquecendo"), fazer um trabalho contínuo.

Ter alguém responsável. Na UTI MI a figura da chefia, da líder motiva.

4) Observações livres a respeito de sua participação no projeto de pesquisa.

Interessante. Engraçado. Muitas perguntas repetidas (IFP), por exemplo "Como muito" para ver se responde igual.

Com relação ao questionário de estilo de pensamento, disse que "às vezes concordava com as duas respostas".

ENTREVISTA 24

1) Fale-nos o que e o quanto puder sobre a compreensão que o (a) senhor (a) tem tido a respeito das dificuldades relacionadas às práticas de controle de infecção hospitalar em UTIs.

No HC a presença rotacional dos residentes influencia. Nem sempre se adequam às rotinas que se diferenciam em cada setor.

Percebe em relação a equipe de funcionários, principalmente técnicos e auxiliares, falta de esclarecimento e ensinamento sobre a importância das práticas principalmente nas UTIs. Às vezes os próprios médicos nem sempre respeitam muito às normas (assistentes, chefes). Sobre isso, não sabe se não acham importante ou se é falta de atenção mesmo.

Menciona a preguiça relacionada aos pacientes em isolamento que requerem paramentação. Ou quando vão fazer algo rápido como mexer no cateter: "só rapidinho".

Excesso de serviço em alguns casos X tempo.

2) Fale-nos a respeito de como percebe sua própria participação no que diz respeito às práticas de controle de infecção hospitalar em UTI.

Tem muito contato com residentes, consegue passar as práticas a eles. Consegue chamar a atenção dos funcionários quando vê alguma coisa errada.

3) Que sugestões pode nos dar para contribuir para a diminuição de taxas de controle de infecção hospitalar nas UTIs?

Na UTI da Clínica Médica, onde está, sugere chamar atenção sempre que vê algo errado.

Fazer reforço diário de lembrar a equipe de tomar cuidado principalmente quando tem bactéria multiresistente.

Dividir 01 PAS para 01 paciente. Organizacionalmente separar o funcionário para dar exclusividade ao paciente.

Atualizar sempre -> informar o número de infecções, a exposição do índice de IH para mostrar aos funcionários que é verdade, e que um PAS pode ter passado ao paciente.

Dar feedback se ocorre ou não ocorre.

4) Observações livres a respeito de sua participação no projeto de pesquisa.

Adorou que as questões sobre por que há distanciamento entre conhecimento e fazer ocorrem na entrevista pois permite ao PAS sentir-se à vontade para responder com honestidade. Se fosse "direto" talvez não respondessem.

ENTREVISTA 25

1) Fale-nos o que e o quanto puder sobre a compreensão que o (a) senhor (a) tem tido a respeito das dificuldades relacionadas às práticas de controle de infecção hospitalar em UTIs.

Pelo desconhecimento das pessoas. Elas não sabem o quão importante é. A maioria das pessoas não sabem da importância (enfermagem, médicos de outros serviços). Acredita que na MI, os profissionais infectologistas têm o conhecimento.

As pessoas que conhecem fazem.

Acredita que as pessoas precisam realmente entender o quanto é importante. Não sabem, não estão implicados sobre a importância

Falta de informação da importância, do por que de fazer a prática e da própria participação.

Problemas das pessoas influenciam.

"Ninguém quer matar outra pessoa conscientemente"

2) Fale-nos a respeito de como percebe sua própria participação no que diz respeito às práticas de controle de infecção hospitalar em UTI.

Tenta ser a mais certinha possível. Não consegue sempre. Às vezes esquece. Não sabe porque. Às vezes tem a questão do tempo.

3) Que sugestões pode nos dar para contribuir para a diminuição de taxas de controle de infecção hospitalar nas UTIs?

Não deixar informações só para alunos. Compartilhar o conhecimento dos infectologistas para todos.

4) Observações livres a respeito de sua participação no projeto de pesquisa.

Interessante. Demorado. Algumas perguntas não estiveram muito claras, precisou tempo para pensar

ENTREVISTA 26

1) Fale-nos o que e o quanto puder sobre a compreensão que o (a) senhor (a) tem tido a respeito das dificuldades relacionadas às práticas de controle de infecção hospitalar em UTIs.

Pessoal de CCIH colocou tanto na cabeça, colocar uma neurose sobre isso. Nunca teve nenhuma dificuldade de aderir. Usar estetoscópio não gosta mas faz.

Sempre passa álcool gel quando lembra

2) Fale-nos a respeito de como percebe sua própria participação no que diz respeito às práticas de controle de infecção hospitalar em UTI.

Quando vê alguém, atenta para lavar mão. Quando vê auxiliar que não faz, às vezes não fala (vê como falha). Não sabe se é rotina diferente do serviço.

Falta de compreensão da importância.

Não ligar para situação (trabalho automático)

3) Que sugestões pode nos dar para contribuir para a diminuição de taxas de controle de infecção hospitalar nas UTIs?

Um paciente em isolamento, por precaução de contato. E mesmo se não tiver.

CCIH avisar, insistir, falar com enfermagem para brigar

Supervisão diária, cobrar, chamar, atenção.

4) Observações livres a respeito de sua participação no projeto de pesquisa.

Grande, interessante avaliar onde pode intervir

ENTREVISTA 27

1) Fale-nos o que e o quanto puder sobre a compreensão que o (a) senhor (a) tem tido a respeito das dificuldades relacionadas às práticas de controle de infecção hospitalar em UTIs.

Difícil expor de maneira micro e macro. Do ponto de vista pessoal acredita que a maior dificuldade é o comprometimento. Não dá tanta atenção a avisos visuais, acha que às vezes não fica claro. Também há o grau de investimento da equipe. Apesar de ser intrínseco, é algo que não se policia.

Não percebe muita cobrança com relação às práticas.]

2) Fale-nos a respeito de como percebe sua própria participação no que diz respeito às práticas de controle de infecção hospitalar em UTI.

Contexto cultural. Preguiça, se não há cobrança, não há motivação. Uma vez lavou a mão só depois do contato com o paciente e levou "comida de rabo".

Parece óbvio mas avaliando os outros, seus hábitos também mudam. Ao ver o outro fazendo, a pessoa faz. "Vira medular" (sic)

3) Que sugestões pode nos dar para contribuir para a diminuição de taxas de controle de infecção hospitalar nas UTIs?

Honestamente...Pensa que medidas educacionais são de pouca valia -> cansativas. Entra na cabeça e sai.

É preciso mais cobrança, mais punição, repreender o PAS. Ter um grau de cobrança maior.

4) Observações livres a respeito de sua participação no projeto de pesquisa.

Não sabe como as perguntas serão relacionadas com a IH. Acha que as pessoas vão responder o que não é realmente por medo da avaliação.

Aprendeu bastante na UTI. Acha que ter alguém com a função de cobrar vai ajudar. Pessoal da cirurgia é o que mais lava a mão.

ENTREVISTA 28

1) Fale-nos o que e o quanto puder sobre a compreensão que o (a) senhor (a) tem tido a respeito das dificuldades relacionadas às práticas de controle de infecção hospitalar em UTIs.

Algumas coisas são inevitáveis. Determinados pacientes terão IH devido necessidade de sonda nasovesical e ventilação mecânica...

As invasões podem ocorrer por CVC, veia periférica...precisa ter higiene adequada. Higiene pessoal de quem manipula, de qualquer PAS

É uma questão de hábito.

Falta de cobrança, mais conscientização. Fazer a pessoa pensar em fazer isso até tornar um hábito.

Não é visível (a transmissão). A pessoa não associa o ato com a consequência.

A quantidade de PAS para pacientes também é uma dificuldade. Principalmente nos finais de semana...

2) Fale-nos a respeito de como percebe sua própria participação no que diz respeito às práticas de controle de infecção hospitalar em UTI.

Equipamento de proteção individual (material)

O problema do HC é que inventam moda: tem descartável mas não tem de pano.

não tinha noção de ter que lavar antes de mexer no pc e depois.

Quantidade de roupa de isolamento.

3) Que sugestões pode nos dar para contribuir para a diminuição de taxas de controle de infecção hospitalar nas UTIs?

Primeiro de tudo ter o número adequado de funcionários para cada paciente, isso é fundamental. Fazer conscientização constante para virar hábito. Fazer campanhas constantes. Vir pessoal para observar, fazer rondas e cobrar na hora que o PAS errou.

4) Observações livres a respeito de sua participação no projeto de pesquisa.

Interessante. Importante. Melhorar o serviço. Nos deixar mais atentos já que vocês (GCIH) estão indo atrás.

ENTREVISTA 29

1) Fale-nos o que e o quanto puder sobre a compreensão que o (a) senhor (a) tem tido a respeito das dificuldades relacionadas às práticas de controle de infecção hospitalar em UTIs.

Mais cultural, hábito da pessoa, falta de costume de lavar as mãos, fazer paramentação

Não tem vigia; não tem costume de lavar as mãos.

Não é por falta de cuidado.

PAS acham que não vai contribuir

2) Fale-nos a respeito de como percebe sua própria participação no que diz respeito às práticas de controle de infecção hospitalar em UTI.

Mais individual

Não tem costume de fiscalizar; não tem intimidade de chamar a atenção

às vezes vê um ou outro que não lava as mãos, acha que isso ocorre por impulso, rapidez

não tem policiamento, não é uma resposta medular

às vezes você não pensa se contribui para transmissão

Não tivesse relação causa e efeito; achar que não é culpado, que não é autor.

Descuido, desculpa do corre corre.

Por ser algo secundário já que já estão cuidando.

3) Que sugestões pode nos dar para contribuir para a diminuição de taxas de controle de infecção hospitalar nas UTIs?

Correção na faculdade, mais cedo. Quanto mais cedo, maior o costume.

IH --> uso de antibioticos indiscriminado --> visão macro

Papel da CCIH mais forte.

4) Observações livres a respeito de sua participação no projeto de pesquisa.

Cada vez mais merece ser olhado. Tá virando bola de neve. Diminuir o questionário. Extenso, a pessoa responde sem atenção.

ENTREVISTA 30

5) Fale-nos o que e o quanto puder sobre a compreensão que o (a) senhor (a) tem tido a respeito das dificuldades relacionadas às práticas de controle de infecção hospitalar em UTIs.

O mais difícil é as pessoas assumirem que isso é importante. Assimilar, internalizar a informação de que é importante. Ver que a ação é útil e importante. As pessoas acham que só lavar a mão não é tão importante.

A enfermagem não deixa de dar banho porque é hábito. Lavar a mão não é um hábito que a pessoa veja que é necessário.

Precisam valorizar a ação como parte fundamental.

6) Fale-nos a respeito de como percebe sua própria participação no que diz respeito às práticas de controle de infecção hospitalar em UTI.

Não acha que seja 100%. Diz seguir à risca. Principalmente a parte de lavar a mão antes e depois do contato com paciente, mas não é 100%. Porque às vezes tem algo mais imediato ou ser algo rápido de ver, quando o contato é menos duradouro, que não seja prolongado. Tem usado o álcool gel.

Acha que na verdade toda ação deveria entender que é importante.

O ser humano não funciona pelo entendimento. A mudança de comportamento ocorre por coerção, punição. Por experiência negativa. Alguém que te cobre. Você é a única pessoa que sabe se lavou ou não.

Consequência de não lavar a mão não é atribuído a um nome. Não há vínculo ação-efeito.

7) Que sugestões pode nos dar para contribuir para a diminuição de taxas de controle de infecção hospitalar nas UTIs?

Não sabe. Muito difícil.

Ter alguém fiscalizando é ridículo, inviável.

Deveria ser óbvio.

Mais treinamento.

Talvez se houvesse uma sessão mensal de indicadores da unidade...com presença obrigatória...ajudaria as pessoas a se sentirem mais corresponsáveis. Mostrar o resultado negativo. Talvez atinja internamente no PAS por falha, fracasso ou medo.

Compara com pacientes que não aderem ao tratamento.

8) Observações livres a respeito de sua participação no projeto de pesquisa.

Boa pesquisa. Relacionar com personalidade é legal, acha que está envolvida. Longa.

ENTREVISTA 31

1) Fale-nos o que e o quanto puder sobre a compreensão que o (a) senhor (a) tem tido a respeito das dificuldades relacionadas às práticas de controle de infecção hospitalar em UTIs.

Uma das coisas difíceis...Acabam pensando em muitas coisas, o que faz esquecer alguma etapa.

Material nem sempre está a disposição.

Tem pacientes mais demorados, que requer paramentação, demora mais, há tempo suficiente pelo menos para os residentes.

Cada um tenta fazer a sua parte. Tento fazer a minha parte.

2) Fale-nos a respeito de como percebe sua própria participação no que diz respeito às práticas de controle de infecção hospitalar em UTI.

Sempre teve que fazer muita precaução

Lembra de poucas falhas que ocorreram por esquecimento. Acha que esquecimento ocorreu por: pensar em outras coisas, como o que vai falar para paciente e no procedimento em si.

No início era falta de conhecimento.

Acredita que tem conseguido fazer as práticas.

3) Que sugestões pode nos dar para contribuir para a diminuição de taxas de controle de infecção hospitalar nas UTIs?

Fazer uma educação continuada mensalmente sempre que as equipes rodam.

CCH fazer exposição dos índices.

Número adequado de PAS para número de pacientes.

Uso restrito de antibióticos.

Fazer as precauções médicas.

Equipe de enfermagem e fisioterapia.

PAS valorizarem, saberem que medidas vão trazer benefícios aos pacientes.

Dar exemplos do que ocorre quando os PAS não fazem.

4) Observações livres a respeito de sua participação no projeto de pesquisa.

Importante. Aspecto pouco abordado: personalidade influenciar nisso e outras questões

Extenso, repetitivo

Diagramação do questionário está ruim

Fisioterapia deveria ser incluída

ENTREVISTA 32

1) Fale-nos o que e o quanto puder sobre a compreensão que o (a) senhor (a) tem tido a respeito das dificuldades relacionadas às práticas de controle de infecção hospitalar em UTIs.

Muitas vezes é difícil o controle.

Em relação ao médico, às vezes não é hábito, o cansaço interfere, tem que criar rotina, se não...come bola.

Em relação a técnico de enfermagem, eles não têm consciência, noção do que pode ocorrer com o paciente, de que ele pode morrer.

Também há o desgaste do trabalho...

O cansaço interfere

As pessoas abstraem, seria bom se tivesse um "radinho" que dissesse o tempo todo "lave suas mãos"....

2) Fale-nos a respeito de como percebe sua própria participação no que diz respeito às práticas de controle de infecção hospitalar em UTI.

No meu caso acordo às 5h30/6h todos os dias. Tem dias que não durmo direito o que colabora para o cansaço e falta de atenção. Às vezes olho a placa e não leio. Quando é plantão aumenta a chance de esquecer ou errar.

Estou bitolada, lavo a mão toda hora, antes e depois do contato com paciente, estou até "neurótica". É angustiante o risco que o paciente corre na UTI

3) Que sugestões pode nos dar para contribuir para a diminuição de taxas de controle de infecção hospitalar nas UTIs?

Placa já tem.

Alguém para falar todo dia

Estímulo sonoro para complementar estímulo visual para todos

Programas de conscientização - técnicas

Estímulo de conscientização: bater na mesma tecla, ouvir, corrigir, igual cachorro.

Fazer algo para quem está toda hora com o paciente.

Tem que ser metódico, hábito. PAS tem que querer. Se a pessoa não gostar do que faz, se a pessoa vê a profissão como único jeito de sustento, se a pessoa não liga, não vai lavar a mão toda hora. Tem a ver com caráter também.

4) Observações livres a respeito de sua participação no projeto de pesquisa.

Não conheço os métodos de validação desses questionários. Sugere estudos com intervenção - grupo 1 e grupo 2

ENTREVISTA 33

1) Fale-nos o que e o quanto puder sobre a compreensão que o (a) senhor (a) tem tido a respeito das dificuldades relacionadas às práticas de controle de infecção hospitalar em UTIs.

Acha que para ele é a estrutura física, o ambiente do HC é errado. Banheiro dos pacientes é um meio de contaminação. Trabalha em outro hospital (particular) onde a UTI é redonda, tem box individual. O campo no HC é aberto. A estrutura é alta para contaminar. Tinha que haver uma reforma.

2) Fale-nos a respeito de como percebe sua própria participação no que diz respeito às práticas de controle de infecção hospitalar em UTI.

Faz o básico, lavagem de mãos, roupas de isolamento, informações sobre paciente.

Vê que às vezes os médicos chegam com muita pressa e esquecem a orientação. Há mais rigidez com a enfermagem.

Com médicos a preocupação, a conduta é muito livre; são livres de tudo no HC. Não tem um controle. Acha que deveria ter alguém só

para controlar.

3) Que sugestões pode nos dar para contribuir para a diminuição de taxas de controle de infecção hospitalar nas UTIs?

Incentiva educação continuada

Não tem educação continuada aqui de qualidade

Cursos, deveria ter mais

No outro hospital que trabalha, toda semana tem.

Aqui há material de 1a linha mas "tá a Deus dará".

4) Observações livres a respeito de sua participação no projeto de pesquisa.

Bom. Deveria ter mais pesquisas como essa. Pouca gente vem apresentar coisas novas, técnicas novas.

Deveria ter educação continuada, Mais pesquisas.

ENTREVISTA 34

1) Fale-nos o que e o quanto puder sobre a compreensão que o (a) senhor (a) tem tido a respeito das dificuldades relacionadas às práticas de controle de infecção hospitalar em UTIs.

As maiores dificuldades encontradas são relacionadas a situações que há excesso de pacientes sobre os cuidados dos profissionais relacionadas com recursos humanos. Nem sempre tem número de funcionários adequados para número de pacientes. Isso prejudica nas recomendações da CCH.

Às vezes falta um pouco de recursos materiais também (aventais).

2) Fale-nos a respeito de como percebe sua própria participação no que diz respeito às práticas de controle de infecção hospitalar em UTI.

Percebe que a participação dele é extremamente importante tanto do ponto de vista prático (assistencial) como orientador de equipe.

Em algumas circunstâncias talvez não faça por conta das razões descritas anteriormente.

São 2 questões: o próprio ambiente e algumas vezes têm muita demanda de pacientes, muita sobrecarga.

Há relaxo da equipe mesmo quando há condições de fazer. Não sabe se é falta de cobrança ou desânimo das pessoas ou porque não acreditam

Tem pessoas que não têm interesse, apesar da informação ser dada às pessoas.

O que falta é interesse em realizar por não ter tesão na área de trabalho.

Percebe que PAS que tem mais de um emprego ficam mais relapsos pela sobrecarga de trabalho.

3) Que sugestões pode nos dar para contribuir para a diminuição de taxas de controle de infecção hospitalar nas UTIs?

Acha que a orientação/informação é base de tudo.

Mais políticas enfatizando prevenção,.

Exposição dos resultados que podem prejudicar pacientes - provocam impacto, sensibiliza a equipe.

4) Observações livres a respeito de sua participação no projeto de pesquisa.

Importantíssimo. Gostou muito. Extremamente relevante. Trará respostas, contribuições

Leitos na UTI PS estão fechados devido a surto de IH

O fechamento de leitos traz impacto no dia a dia, pacientes deixam de ter leitos e equipe é remanejada para outro serviço --> desestímulo

Traz prejuízo para sociedade

ENTREVISTA 35

1) Fale-nos o que e o quanto puder sobre a compreensão que o (a) senhor (a) tem tido a respeito das dificuldades relacionadas às práticas de controle de infecção hospitalar em UTIs.

Hoje tem 2 pacientes em isolamento com PAS exclusivos. 2 KPCs, sendo 1 resistente e o outro não.

As diferentes ordens de chefias dificulta.

A pessoa sai do isolamento e vai ajudar outros pacientes. Acho isso errado.

Não sei, aqui as pessoas generalizam tudo.

Acredita que interfere a remuneração baixa, insatisfação com a chefia, salário e ambiente de trabalho.

Na enfermaria tem muito: "Não é meu paciente", "Não sou eu"

Isso é falta de amor pela pessoa, pelo ser humano. Existe muito isso. Falta de amor ao outro, à outra pessoa.

2) Fale-nos a respeito de como percebe sua própria participação no que diz respeito às práticas de controle de infecção hospitalar em UTI.

Não acho que tem dificuldades.

As explicações são compreensíveis e possíveis de serem feitas no dia a dia.

Não sinto dificuldades (particularmente)

3) Que sugestões pode nos dar para contribuir para a diminuição de taxas de controle de infecção hospitalar nas UTIs?

Conscientização maior.

Orientação completa.

Uma ordem por escrito...

Complicado porque o PAS tem que ter amor próprio, tem que saber o que é isso.

4) Observações livres a respeito de sua participação no projeto de pesquisa.

Gostei. Achei construtiva. Bom poder expressar o que sentimos em relação ao trabalho

ENTREVISTA 36

1) Fale-nos o que e o quanto puder sobre a compreensão que o (a) senhor (a) tem tido a respeito das dificuldades relacionadas às práticas de controle de infecção hospitalar em UTIs.

A dificuldade é mais material; horários de medicação não coincide com disposição dos materiais, às vezes falta avental

Em casos de urgência, não tem tempo para se paramentar e paramentar a equipe inteira e às vezes as coisas não estão disponíveis

Às vezes há falta de mais funcionários

É um trabalho de produção e não de qualidade.

2) Fale-nos a respeito de como percebe sua própria participação no que diz respeito às práticas de controle de infecção hospitalar em UTI.

Procuro fazer tudo na técnica mesmo que demore mais

Quando você precisa de ajuda de outra pessoa e não tem outra pessoa, aí você tem que improvisar.

Às vezes abro mão para evitar estresse com colega.

Há auxiliares para determinados pacientes.

Estou trabalhando com restrição de peso (herdei hérnia de disco do HC), dependendo muito do colega.

3) Que sugestões pode nos dar para contribuir para a diminuição de taxas de controle de infecção hospitalar nas UTIs?

Podia melhorar em conjunto.

Enfermagem é que mais tem contato com pacientes.

O médico é o que mais contamina, pedimos para por avental mas dizem que não precisa

Falta conscientização da equipe inteira. Há treinamentos mas só a enfermagem que participa, os outros PAS não vão. São poucos fisioterapeutas e residentes que participam.

Médicos vem de outros setores e não se paramentam. Eles se acham superiores.

Alguns residentes tratam os auxiliares só para fazer limpeza, falta de consideração com os colegas.

Médicos acham que estão no nível superior, são "estéreis".

Muito PAS não sabem identificar o que está na placa de precaução de contato

Tinha que padronizar mais. Existe setor que não é.

4) Observações livres a respeito de sua participação no projeto de pesquisa.

Cansativo. Muita pergunta. Mas boa. Muito pessoal

ENTREVISTA 37

1) Fale-nos o que e o quanto puder sobre a compreensão que o (a) senhor (a) tem tido a respeito das dificuldades relacionadas às práticas de controle de infecção hospitalar em UTIs.

No nosso setor há poucos funcionários.

Há dias que estamos muito sobrecarregados, com os leitos todos ocupados.

Há setores que a pia não tem ergonomia: não há espaço para a mão.

Há material.

Muitos familiares ficam próximos de outro leito onde há paciente contaminado. Os familiares não gostam de serem chamados a atenção.

Vejo médicos de fora que ficam perto de pacientes sem precauções, sem luva, sem avental, sem crachá.

Às vezes a gente leva a culpa que na verdade é por conta dos familiares.

Não sei muito o que ocorre com a IH que ocorre no pronto-socorro. Os leitos estão vazios por causa disso.

A família é a que mais causa, na minha opinião.

2) Fale-nos a respeito de como percebe sua própria participação no que diz respeito às práticas de controle de infecção hospitalar em UTI.

Lavo as mãos sempre.

Há sempre um familiar que chega e não lava

Se não há material, esperamos e solicitamos. Não costuma demorar para chegar.

Tenho o hábito de fazer mas não posso falar pelos outros.

3) Que sugestões pode nos dar para contribuir para a diminuição de taxas de controle de infecção hospitalar nas UTIs?

PAS são rico de recomendações, de informações.

Acho que é mito que os PAS têm conhecimento mas não fazem, pois todos têm conhecimento, comprometimento e conscientização.

4) Observações livres a respeito de sua participação no projeto de pesquisa.

Acho a pesquisa muito criativa. Importante para nós, para pacientes e para mudanças por haver tanta IH num hospital

tão importante. Ocorrem fatos que pacientes vem fazer algo simples e pioram.

ENTREVISTA 38

1) Fale-nos o que e o quanto puder sobre a compreensão que o (a) senhor (a) tem tido a respeito das dificuldades relacionadas às práticas de controle de infecção hospitalar em UTIs.

Eu penso o seguinte: que os pacientes vêm para cá e já vêm...tem uns que já tão contaminados, né, com KPC e a gente procura ter o

máximo de cuidados aqui em manusear o paciente, usando luvas, lavando as mãos, mas eu acredito que é...os pacientes que vem para

ester setor aqui, a maioria já vem contaminado e com isso aí dissemina tudo, né. Pelo menos eu tomo o máximo de cuidado para evitar

as contaminações, lavando a mão, colocando luva, trocando avental, né. Mas nem sempre dá certo, né. Eu procuro fazer o que é correto,

né, mas nem todos fazem isso. O que dificulta é a rotina muito grande e às vezes o paciente tá pedindo uma coisa ou ele tá entubado, às

vezes escapa o aparelho, a gente vai lá e conecta mas às vezes com a pressa toda há essa falha, né, aí o cara vai lá, não paramenta, pode

ser enfermeiro, pode ser auxiliar, ou o próprio médico aí acontece que contamina tudo. Então acho que com a rotina a gente vai

perdendo um pouco essa noção de não contaminado e contaminados...às vezes é uma rotina tão grande que o profissional esquece, aí

pronto, não toma as precauções e aí acontece a contaminação. Mas isso aí não é uma coisa rotineira. É uma vez ou outra que pode

acontecer.

2) Fale-nos a respeito de como percebe sua própria participação no que diz respeito às práticas de controle de infecção hospitalar em UTI.

Procuro tomar os cuidados necessarios, né. Avental, mão, o possível para proteger o paciente. Mas nem sempre acontece, né. Por conta da

rotina, da pressa, da urgência. Tinha um paciente que estava entubado e o tubo escapou. Ele estava traqueostomizado. O enfermeiro foi

socorrer rápido e conectou, o médico passou e falou: "Pô, olha as precauções de contaminação, né". Quer dizer, com a rotina esqueceu de colocar.

Porque a pessoa sabe, mas muitas coisas passam por fora. Muitas coisas ele poderia fazer, mas não consegue. Fica uma coisa massificante.

É tanto paciente, tanta gente, que na hora que precisa mesmo ele esquece. Esquece, não. Ele não aplica por causa da rotatividade das coisas, a UTI é

muito grande e é muito paciente. Numa dessa o conhecimento nem sempre acompanha a prática.

3) Que sugestões pode nos dar para contribuir para a diminuição de taxas de controle de infecção hospitalar nas UTIs?

Paciente contaminado devia ter local, quarto só para ele. Você põe um contaminado com outro não contaminado, aí um passa para o outro, daí pronto, né. Pelo menos colocar 2 pacientes no mesmo quarto com a mesma contaminação, né. O certo seria ter uma estrutura boa do hospital para que reservassem estes leitos.

Colocar aventais do lado do paciente, colocar uma mesinha com os aventais, a luva do lado, para você não ter perigo de passar para os outros pacientes. Cada paciente teria a sua caixinha, o seu material. Seria muito melhor, acredito que diminuiria bastante.

4) Observações livres a respeito de sua participação no projeto de pesquisa.

Achei bem interessante. Gostei. É bastante extenso, abrange toda a estrutura sobre contaminação, sobre coisas pessoais da gente também. Acho que é uma pesquisa boa. Válida mesmo. Resta ver se esta pesquisa vai surtir um efeito aí para o hospital e para todos.

ENTREVISTA 39

1) Fale-nos o que e o quanto puder sobre a compreensão que o (a) senhor (a) tem tido a respeito das dificuldades relacionadas às práticas de controle de infecção hospitalar em UTIs.

A gente não tem educação continuada; então acho que a gente tem que fazer tudo de acordo com a nossa consciência;

Por mais que a pessoa saiba, ela precisa de estímulo... Precisa ter mais consciência, mais educação continuada, mais cartazes, perto das pias

Mais cartazes, mais cobrança.

Na UTI do 6o andar, as pessoas têm isso automático... Elas tiveram essa educação e acaba se tornando um hábito.

É educação, é ter umas aulinhas para explicar, acho que é isso.

Alta rotatividade; consciência, falta o PAS pensar que pode ocorrer com ele ou com familiar.

É muito pessoal, e até um cuidado que você tem que ter com você mesmo, se eu trabalho no hospital, você colhe seus exames, tem até uns de 6 e 6 meses, se vc tiver uma doencinha, vai lá e trata, é limpeza na sua casa, é o cuidado que vc tem, até você se colocar no lugar do paciente, eu sou assim pelo menos, pensar que o paciente podia ser a minha mãe ou o meu irmão

é gente com sentimento, então assim fazer de qualquer jeito porque não sou eu, ter alta rotatividade, sabe, não é assim....é muito consciência, a sua consciência. Você faz de acordo com a sua consciência

Falta se colocar no lugar do outro. Eu acho. Eu vejo, tem vezes que tem parente internado, a pessoa (PAS) fica desesperada, sabe, ela quer que...em grupo sempre tem aquele que você vê que faz direito e aquele que você tem que ficar mais no pé, se tá internado, você quer que aquela outra pessoa cuide. Vamos supor, se tem uma auxiliar que o pai está internado, mesmo que ela seja amiguinha de daquela mais ou menos, ela quer que aquela que ela sabe que é boa na técnica cuide do pai dela. É assim. Na hora que é meu parente, quer que aquela pessoa cuide.

Por isso que eu to falando, é se colocar no lugar, é a consciencia de você querer, de você poder se colocar no lugar do outro. Pq é assim se você quer o bem para a sua família, você tem que querer o bem para todo mundo. Fazer direito né.

2) Fale-nos a respeito de como percebe sua própria participação no que diz respeito às práticas de controle de infecção hospitalar em UTI.

Procuro, quando chega as pessoas de fora, orientar os outros, lembrar de fazer a técnica certa e dar o exemplo fazendo.

Não sinto nenhuma dificuldade em fazer as práticas de controle de IRAS.

3) Que sugestões pode nos dar para contribuir para a diminuição de taxas de controle de infecção hospitalar nas UTIs?

Mais cartazes que expliquem e impressionem, mais educação continuada

Cartazes que mostrem porcentagem do que ocorre se você não lava as mãos.

Se colocar no lugar do outro, do paciente. E isso tem a ver com o caráter, é da pessoa, o respeito pelo outro.

4) Observações livres a respeito de sua participação no projeto de pesquisa.

Acho ótimo qualquer pesquisa. Que você venha questionar.

Fica mais aguçado, mais vivo.

Há preocupação, tem pesquisa, não é uma coisa jogada.

Muito bom, apesar de cansativo, mas você vê que não é uma coisa jogada, que tem uma pessoa interessada, estudando.

Tudo que se faz certo, dá mais trabalho.

É gratificante você ir para um lugar que as pessoas fazem direito.

Se você sair da sua casa para fazer de qualquer jeito, fica em casa.

ENTREVISTA 40

1) Fale-nos o que e o quanto puder sobre a compreensão que o (a) senhor (a) tem tido a respeito das dificuldades relacionadas às práticas de controle de infecção hospitalar em UTIs.

Acho que é uma coisa que devia ser tão básica, mas a gente não consegue por em prática, de fato, isso realmente incomoda um pouco. Parte por não saber como que a gente pode realmente fazer isso certo, parte por toda a equipe multidisciplinar, não só a gente, inclusive entre a gente tem essa dificuldade...acho que é assim...uma coisa tão básica, como posso começar um cuidado em Terapia Intensiva se não tenho medidas básicas de controle de infecção, estamos anos luz de sociedades como Austrália e Estados Unidos.

Por conta de coisas bestas como lavar as mãos antes de atender o paciente, entre um procedimento e outro, atentar aos cuidados de controle de infecção, se o paciente tá em isolamento, que tipo de isolamento, como deve portar, cuidado para não encostar no leito inadvertidamente, essas coisas...

Acho que o maior problema, acho que é dividido...tem problema que acho que é mais dos médicos e enfermeiros, alguns que acham que não tem tanta importância no cuidado com o paciente e quando penso na equipe de auxiliares de enfermagem, acho que eles se sentem menos envolvidos com o problema dos pacientes, não se sentem tão envolvidos no cuidado direto com o paciente e por isso não tomam essas atitudes,

também tem outras coisas, como o uso inadvertido de antibióticos, coisas mais específicas, não discutiria nem o uso inadvertido de antibiótico se a gente não faz o que é simples que é lavar as mãos, estamos muito atrasados mesmo.

Não sei se é descaso; já foram feitas várias campanhas...as pessoas tendem a relaxar depois de uma grande campanha...não sei se é falta de importância, se as pessoas não conseguem ligar um ato tão banal de estar sempre com a mão lavada ao número de infecções que temos com paciente com cateter.

2) Fale-nos a respeito de como percebe sua própria participação no que diz respeito às práticas de controle de infecção hospitalar em UTI.

Isso foi realmente bem treinado, no começo da residência de clínica médica esquecia bastante, ainda mais em hora de urgência.

Acabei treinando, o que eu falho mais é na parte do que é dos outros, é mais difícil chamar atenção de outra pessoa que está fazendo errado, não gosto disso, não acho legal. Tende a ser mais difícil se estou distante da pessoa. É minha função mas não me sinto confortável

3) Que sugestões pode nos dar para contribuir para a diminuição de taxas de controle de infecção hospitalar nas UTIs?

Não estou há muito tempo na atividade médica, sou formado há 3 anos, mas já vi bastante campanhas, a tendência que eu vi ...não consigo pensar em alguma coisa que realmente resolvesse o problema. Lembro, quer dizer, Já escutei, não vi dados, mas os professores daqui comentam que diminuiu muito a IH na época do surto da H1N1 de 2009 porque as pessoas tinham maior preocupação com elas. Então talvez isso tenha feito uma maior adesão em lavagem de mãos, em respeito de isolamento mas eu realmente não tenho alguma ideia a dar que eu já não tenha escutado, como tentar trazer a equipe multidisciplinar para mais próximo da equipe médica, mesmo que alguns ambientes sejam muito complicados.

educação continuada é muito interessante, tentar fazer com que o profissional melhore, mas já tentaram isso, então não tenho nada a acrescentar.

acho que faz parte, devia contar nas horas de trabalho, um tempo de treinamentos, se a pessoa trabalha 40 horas semanais, 6 horas deveriam ser declaradas como educacionais, não só como lavagem de mãos, mas como manejo de parada, para que fique o mais medular possível, para que a pessoa não precise pensar para fazer, que seja parte dela, assim.

4) Observações livres a respeito de sua participação no projeto de pesquisa.

sempre interessante, ainda mais se for para ajudar a bolar estratégias, acho que é válido

Achei o questionário realmente muito longo então talvez dividir em algo que você possa responder em casa por email inclusive porque as vezes as pessoas ficam menos constrangidas para responder a pesquisa pelo computador e marcar outro dia para a entrevista depois, mas tb acho que seria difícil a aderência a entrevista. Não sei mais o que acrescentar.

ENTREVISTA 41

1) Fale-nos o que e o quanto puder sobre a compreensão que o (a) senhor (a) tem tido a respeito das dificuldades relacionadas às práticas de controle de infecção hospitalar em UTIs.

Para quem tem acúmulo de trabalho;

Falta de conhecimento

Falta o hospital fazer reciclagem

Só cobrar não funciona

2) Fale-nos a respeito de como percebe sua própria participação no que diz respeito às práticas de controle de infecção hospitalar em UTI.

Busco conhecimento quando não sei. Procuro estudar sempre; aprender

me policio, procuro fazer as coisas certo

procuro não perder o equilíbrio,

Procuro ter perseverança, paciência, equilíbrio e conhecimento

A falta de policiamento (auto-vigilância em todos os atos) no fazer e na atitude leva às dificuldades

Descobri isso depois de 18 anos; tenho que ter calma e paciência.

Não adianta ficar reclamando e, sim, traçar metas para melhorar, mudar, atingir o objetivo.

3) Que sugestões pode nos dar para contribuir para a diminuição de taxas de controle de infecção hospitalar nas UTIs?

Reciclagem com os funcionários (cursos porque material tem)

Conscientização é algo que você tem que ter; ninguém vai te dar.

Com os cursos, se insistir uma hora entra, trabalho de formiguinha, de tanto falar "A" uma hora entra.

Penso em fazer o bem no hoje. Isso se tornou um hábito para mim, aprendi a ser disciplinada.

4) Observações livres a respeito de sua participação no projeto de pesquisa.

As pessoas têm que ser mais compreensivas umas com as outras. O ser humano precisa ouvir, ele só quer falar.

Precisa ouvir e observar. Ser mais tolerante e procurar o entendimento.

ENTREVISTA 42

1) Fale-nos o que e o quanto puder sobre a compreensão que o (a) senhor (a) tem tido a respeito das dificuldades relacionadas às práticas de controle de infecção hospitalar em UTIs.

Às vezes não tem material;

Cuidar de vários pacientes ao mesmo tempo

2) Fale-nos a respeito de como percebe sua própria participação no que diz respeito às práticas de controle de infecção hospitalar em UTI.

Se todos nós fizéssemos de maneira correta não haveria muita infecção.

Falta de funcionários.

Muitos pacientes acabam fazendo com que o PAS não faça a maneira correta.

3) Que sugestões pode nos dar para contribuir para a diminuição de taxas de controle de infecção hospitalar nas UTIs?

Panfletos. Sabonetes. Não é só a enfermagem, mas os médicos não fazem.

4) Observações livres a respeito de sua participação no projeto de pesquisa.

Gostei. Interessante. Corrido para fazer na hora do trabalho

ENTREVISTA 43

1) Fale-nos o que e o quanto puder sobre a compreensão que o (a) senhor (a) tem tido a respeito das dificuldades relacionadas às práticas de controle de infecção hospitalar em UTIs.

Às vezes tem dificuldades com materiais e às vezes a instituição não dá. Depende das pessoas para fazer o serviço.

Falta de funcionários e materiais sobrecarga os PAS.

Às vezes vem médicos de outros setores que não fazem as práticas; não lavam as mãos. Os médicos precisavam ser mais atentos, não só a enfermagem.

Médicos cuidam das doenças mas às vezes não se preocupam muito com as técnicas, com a prática.

2) Fale-nos a respeito de como percebe sua própria participação no que diz respeito às práticas de controle de infecção hospitalar em UTI.

Procuro, tento o máximo...por em prática o que aprendi para ajudar o paciente.

Supervisionar, dar o exemplo.

3) Que sugestões pode nos dar para contribuir para a diminuição de taxas de controle de infecção hospitalar nas UTIs?

As pessoas tem que ter mais aulas de educação sobre infecção. Muitas pessoas acabam esquecendo (devido a sobrecarga de trabalho).

4) Observações livres a respeito de sua participação no projeto de pesquisa.

Muita questão, que requer atenção. Muito grande, toma tempo.

Pessoas estão cansadas da área;

Pensar muito no próximo.

ENTREVISTA 44

1) Fale-nos o que e o quanto puder sobre a compreensão que o (a) senhor (a) tem tido a respeito das dificuldades relacionadas às práticas de controle de infecção hospitalar em UTIs.

Principal dificuldade é a compreensão de toda a equipe do benefício da lavagem de mãos e da adesão. Às vezes até compreende mas não lava.

Cuidados ao cateter venoso central; taxa IH 10 a 15 vezes maior que a literatura mundial.

Falta de treinamento continuado. Sobrecarga de trabalho. Descrença da mão conduzir agente.

Medo de si mesmo -> lavagem de mãos

Ausência de punição. No hospital privado X se há cuidado inadequado, o PAS vai para reciclagem.

É preciso facilitar o acesso ao cuidado do cateter, materiais não tem fácil acesso <-> preguiça

2) Fale-nos a respeito de como percebe sua própria participação no que diz respeito às práticas de controle de infecção hospitalar em UTI.

Tento lavar as mãos sempre, tento mostrar para educar, cobrar

Acho que sou razoável (80% a 100%)

Me policio para fazer

A chefia devia se reunir para pensar estratégias para contornar isso, para tomar atitudes

Mais PAS

Mais equipamentos

Projeto educacional (tirar PAS da assistência é problemático)

3) Que sugestões pode nos dar para contribuir para a diminuição de taxas de controle de infecção hospitalar nas UTIs?

Educação continuada

Inversão de pirâmide: técnico de enfermagem ser o responsável por cobrar, por fiscalizar. Colocar ele no lugar de responsável.

Reforço positivo: feedbacks / estímulo motivacional

Não ver importância, estresse, entender a sua parte no papel, sentir-se responsável pelo desfecho final, tudo isso contribui

4) Observações livres a respeito de sua participação no projeto de pesquisa.

Fundamental entender o por quê

Não adianta querer gastar com dinheiro de modo desnecessário

ENTREVISTA 45

1) Fale-nos o que e o quanto puder sobre a compreensão que o (a) senhor (a) tem tido a respeito das dificuldades relacionadas às práticas de controle de infecção hospitalar em UTIs.

Falta de funcionários;

Falta de lavar as mãos (correria/precisão das outras tarefas...todo mundo peca nisso).

Sobrecarga de atividades (relação com falta de funcionários)

2) Fale-nos a respeito de como percebe sua própria participação no que diz respeito às práticas de controle de infecção hospitalar em UTI.

Tenta seguir as técnicas. Apesar de algumas falhas...devido ao desgaste físico; ao cansaço do período da noite e às atividades envolvidas.

3) Que sugestões pode nos dar para contribuir para a diminuição de taxas de controle de infecção hospitalar nas UTIs?

Tem que considerar a enfermagem no todo mas os médicos também.

Necessidade de ter mais ciência disso para melhorar: programas, palestras pra motivar...Aqui não tem.

Tem situações que não se sabe se o paciente já veio com IH ou se foi o profissional que passou; às vezes é muito rápido.

4) Observações livres a respeito de sua participação no projeto de pesquisa.

Cansativa. Interessante. Não envolve só a preocupação com a IH, engloba o comportamento, físico, emocional.

ENTREVISTA 46

1) Fale-nos o que e o quanto puder sobre a compreensão que o (a) senhor (a) tem tido a respeito das dificuldades relacionadas às práticas de controle de infecção hospitalar em UTIs.

Ambiente muito crítico. Não é adequado. Tudo muito velho.

As pessoas deveriam ser cobradas constantemente de todos os profissionais.

Deveria ser mais limpo (mobília, paredes, teto). No PS tiram tudo para limpar.

Deveria ter roupa privativa.

2) Fale-nos a respeito de como percebe sua própria participação no que diz respeito às práticas de controle de infecção hospitalar em UTI.

O estresse não tem nada a ver.

Deve ter cobrança de todosos lados.

Tem que ter treinamento constante.

O número de IH é muito grande...

Antigamente tinha medalhas (ouro/prata) como motivação.

Deveria haver mais reuniões, mais debates.

3) Que sugestões pode nos dar para contribuir para a diminuição de taxas de controle de infecção hospitalar nas UTIs?

Respondeu na questão 2.

4) Observações livres a respeito de sua participação no projeto de pesquisa.

Legal...a gente descobre muita coisa que nem imagina...gosto dessas coisas.

ENTREVISTA 47

1) Fale-nos o que e o quanto puder sobre a compreensão que o (a) senhor (a) tem tido a respeito das dificuldades relacionadas às práticas de controle de infecção hospitalar em UTIs.

Acho que as dificuldades poderiam ser...mais explicadas e mais claras. Uma coisa que ocorre muito, as dificuldades são faladas e não são resolvidas.

Dificuldades em relação à interpretação pessoal: quando preciso colocar algo (material), o colega profissional não interpreta ou finge que não ouviu.

Dificuldades em relação ao trabalho, no serviço: precisar de alguém (profissional colega) e este passa direto, não vai.

Por que os profissionais nesta UTI (9o andar) são tão emprestados?

Há Falta de material.

2) Fale-nos a respeito de como percebe sua própria participação no que diz respeito às práticas de controle de infecção hospitalar em UTI.

Quando tem que fazer algo e não tem material, precisa esperar para poder fazer o trabalho.

3) Que sugestões pode nos dar para contribuir para a diminuição de taxas de controle de infecção hospitalar nas UTIs?

Ter quantidade maior de instrumentos.

4) Observações livres a respeito de sua participação no projeto de pesquisa.

Muito boa para melhorias. Cansativo. Mas se é para melhoria, a gente faz.

ENTREVISTA 48

1) Fale-nos o que e o quanto puder sobre a compreensão que o (a) senhor (a) tem tido a respeito das dificuldades relacionadas às práticas de controle de infecção hospitalar em UTIs.

A dificuldade maior é que os próprios médicos dão vagas com pacientes já infectados.

A enfermagem sempre é culpada de infectar os pacientes e não é verdade. Às vezes os próprios médicos não fazem o que precisam fazer.

Às vezes a culpa é de todos, e fica um querendo culpar o outro.

Falta de funcionários.

A exigência é maior do que a solução (admitir mais funcionários...pessoas vêm para pegar experiência e vão embora).

Trabalha há 20 anos no HC.

2) Fale-nos a respeito de como percebe sua própria participação no que diz respeito às práticas de controle de infecção hospitalar em UTI.

A gente tem que fazer o necessário.

Não é só a IH do paciente, tem que pensar na gente. Pensando na gente, vamos pensar no próximo.

Tem que cuidar do todo e não só em si. Tem que se gostar em primeiro lugar.

Somos uma família que requer saúde e união.

3) Que sugestões pode nos dar para contribuir para a diminuição de taxas de controle de infecção hospitalar nas UTIs?

Orientados já somos.

A importância, seria, no todo, praticar "faça o que eu digo mas não faz o que faço".

Chefes tem o poder...médicos mandam e obedecem mas eles não fazem e sempre cai para a parte mais fraca.

4) Observações livres a respeito de sua participação no projeto de pesquisa.

Acredito, muitas vezes, alguém querer fazer o serviço mais rápido e não ser metódico. Outras vezes o profissional tem 3 pacientes sozinho (sobrecarga de trabalho)

Por isso a importância de ter mais funcionários. Ocorre de enfermeira chefe levar profissionais para outro setor.

Supervisor do plantão é muito compreensivo. É "descobrir um santo para cobrir outro" (sic).

Interessante porque estava se autoanalisando. Gostaria de receber devolutiva.

"Me sinto muito bem comigo mesma...Sou autosuficiente, não gosto de precisar de ninguém".

ENTREVISTA 49

1) Fale-nos o que e o quanto puder sobre a compreensão que o (a) senhor (a) tem tido a respeito das dificuldades relacionadas às práticas de controle de infecção hospitalar em UTIs.

Dificuldade que vejo é que nós não usamos todo o equipamento preciso para que não haja infecção (máscara, óculos, luva, avental).

Ainda estamos na base do avental e luva. Muitas vezes na UTI de transplante de fígado faltava avental.

O pessoal tá começando a entender o quão importante fazer. Temos chefia muito zelosa neste sentido. A exigência do avental e da luva é até doentia. Às vezes há pacientes que não tão em isolamento mas fazemos para protegê-lo.

Nas outras UTIs a dinâmica é maior, usa-se muito material.

2) Fale-nos a respeito de como percebe sua própria participação no que diz respeito às práticas de controle de infecção hospitalar em UTI.

Tenho preocupação doentia, do isolamento, da máscara.

Eu entendi, consegui entender. A idade ajudou a ser mais cuidadoso ao manipular o paciente. Quando era mais novo não tinha a preocupação que tenho hoje. Talvez porque não tinha estudado/entendido o quanto isso é importante.

Está mudando. Existe uma preocupação de todas as classes. Médicos estão mais educados neste sentido. Ficamos chateados quando um paciente pega um bichinho.

Bom saber que nossa UTI é colocada como a que tem menos IH.

3) Que sugestões pode nos dar para contribuir para a diminuição de taxas de controle de infecção hospitalar nas UTIs?

Acredito que o uso completo do equipamento (máscara, óculos, avental, luvas, gorro). Técnicos de enfermagem estão mais cuidadosos, se

equipando para mexer com o paciente.

4) Observações livres a respeito de sua participação no projeto de pesquisa.

Gostei. Foi muito bom. Não me senti incomodado. Parece que nos analisamos, faz pensar.

ENTREVISTA 50

1) Fale-nos o que e o quanto puder sobre a compreensão que o (a) senhor (a) tem tido a respeito das dificuldades relacionadas às práticas de controle de infecção hospitalar em UTIs.

Falta de material. Por exemplo, paciente em isolamento.

Muitas vezes não tem avental. Os médicos não respeitam o isolamento de contato e não tomam conhecimento do fato.

Geralmente a culpa é da enfermagem. Os que "vem de cima" não percebem isso.

Nossa UTI é a mais bichada. Os médicos estão tão acostumados com tudo que não percebem.

Apesar da placa enorme, uns ficam bravos. Não estão preocupados, não prestam atenção.

2) Fale-nos a respeito de como percebe sua própria participação no que diz respeito às práticas de controle de infecção hospitalar em UTI.

Tento fazer a melhor forma possível de me paramentar, lavagem de mãos. Me preocupo demais. Em situações de urgência faço o que é possível. Mas são em situações extremas.

3) Que sugestões pode nos dar para contribuir para a diminuição de taxas de controle de infecção hospitalar nas UTIs?

Meio de evitar: lavagem das mãos.

Pedido para familiares.

Se policiar, cada um tem que se responsabilizar, cobrar o outro.

4) Observações livres a respeito de sua participação no projeto de pesquisa.

Interessante. Vê nível de estresse, vê nível de jeito de trabalhar. Longo.

ENTREVISTA 51

1) Fale-nos o que e o quanto puder sobre a compreensão que o (a) senhor (a) tem tido a respeito das dificuldades relacionadas às práticas de controle de infecção hospitalar em UTIs.

Acho que varia de pessoa para pessoa (o cuidado quanto à infecção na prática).

Tem os EPIs...

Às vezes a rouparia não fornece avental... O espaço, o leito próximo do outro, principalmente a Pneumo...

Você toma cuidado para não encostar mas acaba encostando. O espaço deveria ser maior.

A não lavagem de mãos é o que contamina, alguns não lavam.

Profissional sai do leito e não lava a mão. A pessoa descuida...ela sabe mas descuida...A pressa contribui para o descuido. Pressa de atender a demanda de trabalho.

2) Fale-nos a respeito de como percebe sua própria participação no que diz respeito às práticas de controle de infecção hospitalar em UTI.

Procuro lavar as mãos, usar o álcool. Mas às vezes o paciente não é isolamento (sem placa). Daí sai resultado do exame deste paciente que diz que está com KPC.

Sou a favor que todo paciente deveria usar avental privativo. Cada paciente deveria ter o seu material, sua roupa privada.

Nesta situação contribui indiretamente pois não sabia que o paciente era KPC. Falta isso no HC: material privativo para cada paciente e para cada profissional.

Ausência de avental, demanda de trabalho X tempo, priorizar a urgência (práticas de controle ficam para 2o plano)

3) Que sugestões pode nos dar para contribuir para a diminuição de taxas de controle de infecção hospitalar nas UTIs?

A pessoa descuida, não dá tanta atenção, importância. Existe uma minoria que faz isso. "Não é comigo mesmo" "Não sou eu mesmo, tô nem aí" "Tô cansado demais para me importar". A pessoa não se importa com o paciente. É da pessoa, da própria índole...

Conscientizar, cobrar, fazer avaliações (feedbacks)

"Tem coisas que falar todo dia, chega uma hora que cansa".

Leitos serem mais separados, privativos.

4) Observações livres a respeito de sua participação no projeto de pesquisa.

Ótimo. Tem que ter alguém para saber o que a gente pensa. Todo paciente novo deveria ser isolado.

ENTREVISTA 52

1) Fale-nos o que e o quanto puder sobre a compreensão que o (a) senhor (a) tem tido a respeito das dificuldades relacionadas às práticas de controle de infecção hospitalar em UTIs.

Falta de avental, que está melhorando bastante. Avental de isolamento principalmente.

Falta de funcionários. Claro que não é desculpa, mas numa intercorrência, a falta de funcionários contribui.

Esqueço às vezes, pode ocorrer com mais frequência. Sei o que tenho que fazer.

2) Fale-nos a respeito de como percebe sua própria participação no que diz respeito às práticas de controle de infecção hospitalar em UTI.

Eu procuro participar bastante. Lavo muito as mãos para tudo. Gosto muito. Tenho essa mania, até em casa.

Ninguém é perfeito, mas procuro evitar.

3) Que sugestões pode nos dar para contribuir para a diminuição de taxas de controle de infecção hospitalar nas UTIs?

Tudo o que o pessoal tá fazendo. Essas pesquisas. Vir nas unidades, explicar.

Mais profissionais e material.

É pegar no pé, falar mais, tem que ter mais gente também.

4) Observações livres a respeito de sua participação no projeto de pesquisa.

Cansativo. A vista doeu de tanto ler. Gostei apesar disso tudo

ENTREVISTA 53

1) Fale-nos o que e o quanto puder sobre a compreensão que o (a) senhor (a) tem tido a respeito das dificuldades relacionadas às práticas de controle de infecção hospitalar em UTIs.

Demanda de trabalho;

Planta física do ambiente não estar de acordo;

Falta de materiais.

2) Fale-nos a respeito de como percebe sua própria participação no que diz respeito às práticas de controle de infecção hospitalar em UTI.

Higiene das mãos. Fazer procedimentos de forma correta.

Às vezes a pressa para fazer algo devido a quantidade de trabalho.

Esquecimento apesar de não ter porque.

3) Que sugestões pode nos dar para contribuir para a diminuição de taxas de controle de infecção hospitalar nas UTIs?

Cobranças mesmo dos superiores aos profissionais.

Orientações.

Disponibilidade de materiais.

4) Observações livres a respeito de sua participação no projeto de pesquisa.

Gostei. Vale à pena.

ENTREVISTA 54

1) Fale-nos o que e o quanto puder sobre a compreensão que o (a) senhor (a) tem tido a respeito das dificuldades relacionadas às práticas de controle de infecção hospitalar em UTIs.

Em geral na equipe (do médico até o pessoal da limpeza).

Muitas vezes a gente até tenta evitar uma infecção cruzada, mas vemos o colega sem se paramentar.

Há expurgo: paciente que está contaminado no leito 6 --> logística dos materiais não é adequada.]

2) Fale-nos a respeito de como percebe sua própria participação no que diz respeito às práticas de controle de infecção hospitalar em UTI.

Procuro sempre realizar todas as precauções em relação a cada cliente que é assistido por mim, mas às vezes por motivo de falta de material fica bem difícil.

3) Que sugestões pode nos dar para contribuir para a diminuição de taxas de controle de infecção hospitalar nas UTIs?

Ter mais profissionais.

Mais material (avental de manga longa)

4) Observações livres a respeito de sua participação no projeto de pesquisa.

Interessante. Cansativo. Gostei da elaboração dos questionários. Me vi em muitas situações.

ENTREVISTA 55

1) Fale-nos o que e o quanto puder sobre a compreensão que o (a) senhor (a) tem tido a respeito das dificuldades relacionadas às práticas de controle de infecção hospitalar em UTIs.

Ato de necessidade principalmente porque é ambiente onde o cliente está mais vulnerável.

Muita coisa para pouca gente.

Correria do dia a dia.

Os cuidados acabam não sendo priorizados com a correria.

2) Fale-nos a respeito de como percebe sua própria participação no que diz respeito às práticas de controle de infecção hospitalar em UTI.

Não ter tempo, acabo deixando para segundo plano.

Falta de funcionários para dividir as tarefas.

3) Que sugestões pode nos dar para contribuir para a diminuição de taxas de controle de infecção hospitalar nas UTIs?

Orientações, palestras e controle de pessoas que entram e saem.

Materiais, álcool gel. Roupas apropriadas.

4) Observações livres a respeito de sua participação no projeto de pesquisa.

Interessante. Fator que traz danos à saúde e precisamos achar meios para ajudar na prevenção

ENTREVISTA 56

1) Fale-nos o que e o quanto puder sobre a compreensão que o (a) senhor (a) tem tido a respeito das dificuldades relacionadas às práticas de controle de infecção hospitalar em UTIs.

Sobrecarga de trabalho; não tem número adequado de funcionário. Exemplo: colega ter 3 empregos. Se adoecer não tem como se tratar.

A condição física da UTI dificulta, não é box.

Falta de conscientização --> conheço a técnica, tem material mas por falta de conscientização você não faz; falta de comprometimento com o próprio trabalho e com a pessoa que está no leito. E isso tem a ver com a personalidade, por exemplo a pessoa querer tudo fácil e rápido. Não ter tempo a perder.

Desmotivação externa: falta de cadeiras, por exemplo, para almoçar. Talvez se houvesse mais motivação, talvez fosse mais comprometido.

Salários baixos.

Pacientes deste hospital são muito graves, que demandam muito.

Não tem escriturário.

2) Fale-nos a respeito de como percebe sua própria participação no que diz respeito às práticas de controle de infecção hospitalar em UTI.

Tempo hábil para higienizar as mãos devido a sobrecarga de trabalho e falta de funcionários.

Material (álcool gel) não era disponível, de fácil acesso.

Cansaço, fadiga, desmotivação.

3) Que sugestões pode nos dar para contribuir para a diminuição de taxas de controle de infecção hospitalar nas UTIs?

Fazer cursos, disponibilizar material, conscientização pesada em cima das pessoas (ter alguém cobrando e dando feedbacks. Profissionais verem os resultados).

Número adequado de funcionários.

Melhoria dos espaços físicos com os devidos materiais.

Individualizar tudo. Por exemplo: o "surfasafe".

Se comprometer...depende de personalidade, de se conscientizar, querer.

Conhecimento as pessoas tem, mas não tem vontade.

4) Observações livres a respeito de sua participação no projeto de pesquisa.

Gostei. Bem completa. Personalidade é bem importante. A vida lá fora reflete muito aqui dentro.

Qualidade de vida muito importante. E as condições de trabalho.

Déficit de profissionais.

Acho que uma hora o HC vai parar; todo mundo sofrendo. Instituição está em fase ruim.

ENTREVISTA 57

1) Fale-nos o que e o quanto puder sobre a compreensão que o (a) senhor (a) tem tido a respeito das dificuldades relacionadas às práticas de controle de infecção hospitalar em UTIs.

O problema principal é a falta de hábito, de fazer as coisas do jeito certo. Talvez por falta de cobrança, de tá introduzindo isso na rotina de todos.

Entendimento todo mundo tem, falta colocar em prática. É falta de rotina...

2) Fale-nos a respeito de como percebe sua própria participação no que diz respeito às práticas de controle de infecção hospitalar em UTI.

Tento fazer o que espero de todos. É fato. Às vezes a gente esquece, escapa da rotina.

Ainda tentando desenvolver mecanismo para sempre se lembrar.

Falta de rotina, de cobrança. Se tivessem coisas evidentes para lembrar (placas) ajuda.

Um aviso no cateter. Cobrança entre as pessoas. Os profissionais devem cobrar uns dos outros.

3) Que sugestões pode nos dar para contribuir para a diminuição de taxas de controle de infecção hospitalar nas UTIs?

Mais discussão.

Mais protocolos.

4) Observações livres a respeito de sua participação no projeto de pesquisa.

Questão muito importante, principalmente neste hospital. Principalmente relacionado a cateter.

ENTREVISTA 58

1) Fale-nos o que e o quanto puder sobre a compreensão que o (a) senhor (a) tem tido a respeito das dificuldades relacionadas às práticas de controle de infecção hospitalar em UTIs.

Poderiam ser evitadas, com precaução mais básica que tem (lavagem de mãos) de todos os PAS (não só a enfermagem).

Não ter funcionários suficiente, isso prejudica.

2) Fale-nos a respeito de como percebe sua própria participação no que diz respeito às práticas de controle de infecção hospitalar em UTI.

Lavando as mãos

Sempre que vejo algo errado, chamo a atenção, seja médico ou auxiliar.

Dificuldade da pessoa em aderir a lavagem de mãos...a pessoa escutar que tem que fazer e não faz.

Falta de conhecimento, preguiça, não querer assumir o erro ("abaixar a cabeça")

Preguiça de buscar sabão, de buscar avental...relacionado a trabalho em excesso

3) Que sugestões pode nos dar para contribuir para a diminuição de taxas de controle de infecção hospitalar nas UTIs?

Aula nunca é demais. Mas multidisciplinar (todo mundo junto).

4) Observações livres a respeito de sua participação no projeto de pesquisa.

Gostei, super interessante (idéias do estudo). Não ficar só no papel, colocar em prática, lidamos com vidas. Fizemos juramento.

ENTREVISTA 59

1) Fale-nos o que e o quanto puder sobre a compreensão que o (a) senhor (a) tem tido a respeito das dificuldades relacionadas às práticas de controle de infecção hospitalar em UTIs.

Conscientizar os PAS. Muitos dos PAS acham que suas atitudes não trarão transtornos.

Aulas sobre casos de complicações, desfechos dos casos.

Se tiverem conscientização, fica mais fácil. Pessoas com cargo alto: "não preciso fazer isso"

Se alguém tiver fiscalizando, se tornaria hábito.

2) Fale-nos a respeito de como percebe sua própria participação no que diz respeito às práticas de controle de infecção hospitalar em UTI.

Me fiscalizo bem. Procuro seguir. Dificuldade aparece quando há falta de material.

3) Que sugestões pode nos dar para contribuir para a diminuição de taxas de controle de infecção hospitalar nas UTIs?

Fiscalizar

Fazer treinamentos, pensar mais no paciente, se por no lugar do paciente.

4) Observações livres a respeito de sua participação no projeto de pesquisa.

Sem menção.

ENTREVISTA 60

1) Fale-nos o que e o quanto puder sobre a compreensão que o (a) senhor (a) tem tido a respeito das dificuldades relacionadas às práticas de controle de infecção hospitalar em UTIs.

Falta muita conscientização da equipe de enfermagem/auxiliar com relação ao que é. Muitos auxiliares utilizam equipamento de segurança para se protegerem.

Negligência por parte dos médicos: não ligar, "caga e anda para o universo" (sic). Não se importam com o que fazem. Sem preocupação com o coletivo, do hospital, flora bacteriana. Desleixo por "afinal, ganho mal mesmo" "Ninguém tem consideração por mim, por que ter pelos outros?"

Falta de materiais, ter que se deslocar....aqui (UTI 6o) tem, mas em muitos lugares não (pia sem sabonete)

2) Fale-nos a respeito de como percebe sua própria participação no que diz respeito às práticas de controle de infecção hospitalar em UTI.

Procuro respeitar, principalmente quando são práticas com "sentido". Às vezes se isola por excesso. Acabo sendo mais desleixada quando vejo que o paciente não precisa.

Se faz "sem sentido" porque "governador está, ou é do Einstein"...

3) Que sugestões pode nos dar para contribuir para a diminuição de taxas de controle de infecção hospitalar nas UTIs?

Precisa haver treinamento de auxiliares e enfermeiros. Eles são maltratados, comem mal, não tem onde parar o carro, recebem mal...desmotivação generalizada + falta de informação.

Eles não tem lugar para higiene, condição de trabalho muito ruim,

Cursos de informação

Mais material

4) Observações livres a respeito de sua participação no projeto de pesquisa.

Bem interessante

Precisamos estudar um pouco

Achei careta o questionário de personalidade. Pesquisar o "Holland"

Aqui se vê muitos "antiheróis". Na medicina, aprende-se a ser ruim, a passar em cima dos outros. Tive muitas decepções durante a faculdade...a ética não é abordada na medicina.

Durante a noite, ninguém respeita as precauções, ninguém vê. Deveria ter máquina da pia para espionar.

ENTREVISTA 61

1) Fale-nos o que e o quanto puder sobre a compreensão que o (a) senhor (a) tem tido a respeito das dificuldades relacionadas às práticas de controle de infecção hospitalar em UTIs.

Primeiramente, a falta de...se colocar no lugar do outro. Se fosse a mãe dele (profissionais que fazem o ato falho com o paciente), ele não gostaria que encostasse na mãe dele sem lavar a mão.

Segundo, falta de conhecimento e, por fim, a falta de insumos.

2) Fale-nos a respeito de como percebe sua própria participação no que diz respeito às práticas de controle de infecção hospitalar em UTI.

Geralmente tento alertar as pessoas que chegam perto do paciente, orientando e verificando se realmente fizeram. Meu maior papel aqui é observar e orientar.

3) Que sugestões pode nos dar para contribuir para a diminuição de taxas de controle de infecção hospitalar nas UTIs?

Sugerimos já colocar câmeras para observar comportamento com pacientes sobre higienização das mãos. Já foi solicitado ao Comitê de ética.

4) Observações livres a respeito de sua participação no projeto de pesquisa.

Achei legal e quero saber o resultado!

ENTREVISTA 62

1) Fale-nos o que e o quanto puder sobre a compreensão que o (a) senhor (a) tem tido a respeito das dificuldades relacionadas às práticas de controle de infecção hospitalar em UTIs.

Falta de material para trabalhar, por exemplo, avental para isolamento. Às vezes não tem cloroxedina para lavar a mão. Espaço físico é ruim porque misturam as coisas de um paciente para outro.

2) Fale-nos a respeito de como percebe sua própria participação no que diz respeito às práticas de controle de infecção hospitalar em UTI.

Quando tem os materiais, eu faço. Só não coloco o avental quando é situação de emergência. Ex: o paciente está em isolamento e quer puxar o tubo, não vou por avental nem luva.

Quando não tem avental, fazemos sem.

3) Que sugestões pode nos dar para contribuir para a diminuição de taxas de controle de infecção hospitalar nas UTIs?

Primeiro: tinha que ter divisão entre os leitos, e o material sempre disponível. E um treinamento de conscientização dos funcionários porque tem gente que não tá nem aí. Que mostre as provas dos patógenos.

Tem gente que não tá nem aí porque são relaxadas, tem gente que não quer estragar o esmalte, que só passa álcool. São diferentes das que se expõem como eu por causa de falta de material. E tem pessoas que acham que "não dá nada".

4) Observações livres a respeito de sua participação no projeto de pesquisa.

Acho importante ter produção. Pesquisa extensa --> preguiça, dificuldade de responder. Poderia ser menor.

ENTREVISTA 63

1) Fale-nos o que e o quanto puder sobre a compreensão que o (a) senhor (a) tem tido a respeito das dificuldades relacionadas às práticas de controle de infecção hospitalar em UTIs.

Aqui existe muita dificuldade de fazer as práticas.

A planta física, a divisão dos leitos, as condições de trabalho (estrutura e material) dificultam.

A falta de ter alguém cobrando isso.

2) Fale-nos a respeito de como percebe sua própria participação no que diz respeito às práticas de controle de infecção hospitalar em UTI.

Particularmente, tento me policiar muito mesmo que o hospital não tem.

Penso no bem do paciente, me policio para fazer o melhor mesmo que não tenha condições suficientes para isso.

O fazer mecanicamente, a rotina deixa as pessoas muito mecanicas nesta parte.

3) Que sugestões pode nos dar para contribuir para a diminuição de taxas de controle de infecção hospitalar nas UTIs?

Conscientização. Bater na mesma tecla o tempo todo. Mostrar o que ocorre quando não fazem.

4) Observações livres a respeito de sua participação no projeto de pesquisa.

Gostei, mas gostaria de ter um retorno e que contribua para algo.

Interessante.

ENTREVISTA 64

1) Fale-nos o que e o quanto puder sobre a compreensão que o (a) senhor (a) tem tido a respeito das dificuldades relacionadas às práticas de controle de infecção hospitalar em UTIs.

Às vezes tem pouco funcionário e as atividades são muito intensas. Os PAS não têm tempo para parar, para pensar e fazer as coisas certas.

2) Fale-nos a respeito de como percebe sua própria participação no que diz respeito às práticas de controle de infecção hospitalar em UTI.

Procuro fazer tudo dentro dos padrões pensando no paciente. Às vezes a história de se preocupar com procedimentos, isso atrasa as outras tarefas.

Realizar os procedimentos quando o paciente está em isolamento leva tempo e gera mais estresse devido a preocupação de não prejudicar mais o paciente em isolamento e os que não estão.

Isolamento --> mais dificuldade de fazer as precauções. Por isso a necessidade de mais profissionais, para cada paciente.

3) Que sugestões pode nos dar para contribuir para a diminuição de taxas de controle de infecção hospitalar nas UTIs?

Precisa mais recursos humanos, cuidados com os pacientes.

E parte educativa tem que ser constante.

Quando algo vira rotina, a tendência de relaxar é alta.

Enfermagem tem que ter controle da situação (controlar os outros, fiscalizar).

4) Observações livres a respeito de sua participação no projeto de pesquisa.

Achei interessante, embora não sei onde querem chegar. Questões são muito pessoais, que não têm a ver com controle IH. Extensa.

ENTREVISTA 65

1) Fale-nos o que e o quanto puder sobre a compreensão que o (a) senhor (a) tem tido a respeito das dificuldades relacionadas às práticas de controle de infecção hospitalar em UTIs.

Primeiro: aqui onde estamos (9o andar), lugar (espaço físico) horrível, pequeno... A cobrança maior é em cima da enfermagem. Tem desrespeito da equipe médica em relação à enfermagem cobrar as precauções.

Professor achar que é estéril...falta de material (avental...)

Número de funcionários é baixo principalmente a noite.

2) Fale-nos a respeito de como percebe sua própria participação no que diz respeito às práticas de controle de infecção hospitalar em UTI.

Procuro fazer corretamente.

Às vezes ocorre de você esquecer (desatenção) que paciente está em isolamento ou às vezes você está no automático o que tem relação com a pressa e a disposição da unidade. Por exemplo: material está dentro da UTI e tem quarto que está fora.

3) Que sugestões pode nos dar para contribuir para a diminuição de taxas de controle de infecção hospitalar nas UTIs?

Conscientização da equipe (palestras).

As pessoas ainda não tem essa conscientização, deveria ser contínua se não cai no esquecimento.

Deveria haver mais cobrança de material, deveria ser abolido avental de pano e o descartável deveria ser sempre disponível. Falta muito material,

Estamos sem cloraxedina e fazemos a higienização com álcool 70%.

Alguns acham; tem consciência mas não tem noção da importância. Pessoas se baseiam muito no que o outro faz. Não acham importante.

Cirurgião se acha estéril;

Tem aqueles que se acham superiores a todo mundo.

4) Observações livres a respeito de sua participação no projeto de pesquisa.

Importante pois ajuda a ter parâmetro. As vezes quando se trabalha fica mais mecânico do que racional. Se esquece a parte teórica e foca na parte mecânica.

ENTREVISTA 66CECL (Entrevista conduzida por Cláudia)

1) Fale-nos o que e o quanto puder sobre a compreensão que o (a) senhor (a) tem tido a respeito das dificuldades relacionadas às práticas de controle de infecção hospitalar em UTIs.

Falta disciplina continuada: conscientizar PAS porém precisa de vigia cautelosa sem a pessoa saber. Precisa haver cobrança. Aqui o que ocorre é fogo de palha: todo mundo deixa para lá. Preocupação com qualidade aqui é baixa. Há um relapso... não sei se pelo fato de valores do PAS. Falta de valorização/incentivo ao profissional. As pessoas aqui são desmotivadas. E quando são motivadas são alvo de chacota.

2) Fale-nos a respeito de como percebe sua própria participação no que diz respeito às práticas de controle de infecção hospitalar em UTI.

Consciência, disciplina, educação continuada. Se colocar no lugar do próximo. Pensar que pode ser eu amanhã. Humanismo (pensar no próximo). Não provocar dor ou consequência maior. Para determinar regras, compra-se briga com muita gente. Chamo atenção de quem não faz.

3) Que sugestões pode nos dar para contribuir para a diminuição de taxas de controle de infecção hospitalar nas UTIs?

Tenho dossiê em casa para reformular! Alguns itens:

- entrada deveria ser bloqueada: primeira porta digital e a segunda deveria haver pias para lavagem de mãos.
- Conscientizar: um vigiar o outro, chamar a atenção.
- Caixinhas que ficam ao lado do paciente é fator de contaminação;
- Deveria ter um microalmoxarifado com kit com um atendente só para a função de entregar material ao profissional.
- Saco coletor de urina: a ponta do saco deveria ser protegida.

4) Observações livres a respeito de sua participação no projeto de pesquisa.

Satisfação própria poder terminar a faculdade (de enfermagem), exercer a profissão. Se colocar no lugar do próximo.

ENTREVISTA 67

1) Fale-nos o que e o quanto puder sobre a compreensão que o (a) senhor (a) tem tido a respeito das dificuldades relacionadas às práticas de controle de infecção hospitalar em UTIs.

Quantidade de funcionários é pouca, faz com que as pessoas não respeitem rigorosamente. Falta conscientização das pessoas, às vezes as pessoas são relaxadas mesmo.

2) Fale-nos a respeito de como percebe sua própria participação no que diz respeito às práticas de controle de infecção hospitalar em UTI.

Procuro fazer o melhor. Às vezes deixo de prestar o cuidado com excelência devido à carga de trabalho por conta da falta de profissionais.

3) Que sugestões pode nos dar para contribuir para a diminuição de taxas de controle de infecção hospitalar nas UTIs?

Primeiro: conscientização das pessoas (aulas já são dadas) mas falta motivação, funcionários se sentem um número, não tem empatia entre funcionários e instituição. Também não tem reciclagem aqui neste setor (Pronto Socorro).

4) Observações livres a respeito de sua participação no projeto de pesquisa.

Bom expor o que a gente pensa. Se é para o bem que mal tem?

ENTREVISTA 68

1) Fale-nos o que e o quanto puder sobre a compreensão que o (a) senhor (a) tem tido a respeito das dificuldades relacionadas às práticas de controle de infecção hospitalar em UTIs.

Não há dificuldade. O que falta é sincronia. A planta física desta UTI (Pronto Socorro) dificulta o trabalho e, por conta disso, precisa de mais pessoas para fazer o mesmo serviço. A proximidade dos leitos colabora para contato sem querer com outro doente. O número de profissionais X número de leitos: 5 doentes para 2 técnicas. Se ocorre urgência, há descuido das técnicas. E disponibilidade de material: algumas vezes não tem. Paciente fica com estado agravado.

2) Fale-nos a respeito de como percebe sua própria participação no que diz respeito às práticas de controle de infecção hospitalar em UTI.

Nós enfermeiros deveríamos participar mais ativamente. Assumimos o cuidado integral e não temos tempo para treinar funcionários.

3) Que sugestões pode nos dar para contribuir para a diminuição de taxas de controle de infecção hospitalar nas UTIs?

Materiais disponíveis.

Aumentar o número de profissionais.

Treinamento contínuo.

4) Observações livres a respeito de sua participação no projeto de pesquisa.

Muito importante o interesse de vocês de entender a situação e ajudar a solucionar o problema. Bonito.

ENTREVISTA 69

1) Fale-nos o que e o quanto puder sobre a compreensão que o (a) senhor (a) tem tido a respeito das dificuldades relacionadas às práticas de controle de infecção hospitalar em UTIs.

Falta de material, apesar de ser difícil faltar. Não falta não. Misturar pacientes contaminados com os que não estão contaminados.

2) Fale-nos a respeito de como percebe sua própria participação no que diz respeito às práticas de controle de infecção hospitalar em UTI.

Acho que se alguém for falar de dificuldades está mentindo porque hoje em dia tem todos os meios. Só se a pessoa não tiver conhecimento nenhum. Está tudo na cara.

3) Que sugestões pode nos dar para contribuir para a diminuição de taxas de controle de infecção hospitalar nas UTIs?

Aquilo que eu falei...não deveriam misturar pacientes contaminados com não contaminados mas é tão difícil controlar isso...

4) Observações livres a respeito de sua participação no projeto de pesquisa.

Boa.

ENTREVISTA 70

1) Fale-nos o que e o quanto puder sobre a compreensão que o (a) senhor (a) tem tido a respeito das dificuldades relacionadas às práticas de controle de infecção hospitalar em UTIs.

Falta de cultura: entender que ao cuidar de alguém, você pode prejudica-lo com atitudes do dia a dia.

2) Fale-nos a respeito de como percebe sua própria participação no que diz respeito às práticas de controle de infecção hospitalar em UTI.

Poderia ser melhor no que diz respeito a disseminação (transmissão) dos cuidados e da cultura.

3) Que sugestões pode nos dar para contribuir para a diminuição de taxas de controle de infecção hospitalar nas UTIs?

1-Melhoria das condições de trabalho (diminuir a sobrecarga de trabalho mensalmente e aumentar a remuneração)

2-Educação continuada.

4) Observações livres a respeito de sua participação no projeto de pesquisa.

Legal.

Dados muito pessoais para serem abertos

ENTREVISTA 71

1) Fale-nos o que e o quanto puder sobre a compreensão que o (a) senhor (a) tem tido a respeito das dificuldades relacionadas às práticas de controle de infecção hospitalar em UTIs.

Acho que uma parte importante é conhecimento técnico mesmo. Infelizmente no Brasil vejo que falta. Sobrecarga de trabalho da equipe, principalmente dos técnicos e auxiliares de enfermagem.

2) Fale-nos a respeito de como percebe sua própria participação no que diz respeito às práticas de controle de infecção hospitalar em UTI.

Tento fazer ao máximo, até porque gosto muito do assunto. Sempre lavo as mãos, fico atento ao isolamento, não tenho receio de chamar atenção dos outros profissionais. Aqui no HC sinto dificuldade na estrutura física, fica a desejar nessa parte de isolamento.

3) Que sugestões pode nos dar para contribuir para a diminuição de taxas de controle de infecção hospitalar nas UTIs?

Tem que ser abordagem multidisciplinar. Apesar de não ter tanta eficiência em questão de educação, deve ser ensinada. Deve diminuir a política de procurar culpados, isso é ineficiente e traz mais problemas. Sem dúvida nenhuma, melhor uso de antibióticos. Algum tipo de estímulo, competições entre as unidades...reconhecimento mesmo. Parte material melhorou bastante. Avental de isolamento sempre acaba, luva também. Lavagem de mãos deveria melhorar. Acha que grande parte é acreditar que não está fazendo mal e outra parte sobrecarga de trabalho...dá trabalho lavar a mão. Se você faz campanha totalitária de lavagem de mãos, isso dura pouco. Pessoas não acreditam, mas H1N1 provocou efeito quando trouxe risco para os profissionais. Já estive em UTIs fora do Brasil que tinham 1 enfermeiro para 1 leito. As pessoas estão desmotivadas. Não ver a sujeira -> é preciso mostrar mas isso some no tempo.

4) Observações livres a respeito de sua participação no projeto de pesquisa.

Muito feliz com a pesquisa. Muito urgente neste hospital. Prioridade. Acho que estresse e desmotivação vão aparecer. Apesar de respeitar a conduta da CCIH, não gosta dessa política de controle/totalitária. As pessoas que vem de fora e de outras classes de trabalho também deveriam ser abordadas.

ENTREVISTA 72

1) Fale-nos o que e o quanto puder sobre a compreensão que o (a) senhor (a) tem tido a respeito das dificuldades relacionadas às práticas de controle de infecção hospitalar em UTIs.

Tempo hábil para fazer treinamento do pessoal, falta este tempo. Uma equipe de educação continuada. Existe mas é pouco. Alta rotatividade de funcionários, de residentes leva a dificuldade de orientar todo mundo.

2) Fale-nos a respeito de como percebe sua própria participação no que diz respeito às práticas de controle de infecção hospitalar em UTI.

Nunca senti dificuldade no meu dia a dia. Vejo nos outros. Sinto muita resistência de profissionais mais antigos de aprender coisas novas.

3) Que sugestões pode nos dar para contribuir para a diminuição de taxas de controle de infecção hospitalar nas UTIs?

Tempo hábil.

Educação continuada que funcione, treinamento.

Mais funcionários (muitos pacientes para poucos profissionais).

Dificuldade de falar/orientar outra classe profissional. A pessoa tem que pensar que o paciente pode ser ele ou familiar. Tem que saber pensar no bem do próximo. Pensar no próximo. Muitas pessoas só trabalham sob pressão. Tem pessoas que são muito rígidas. Como é hospital público, não tem punição efetiva para pessoa que não fez.

4) Observações livres a respeito de sua participação no projeto de pesquisa.

Apesar de parecer que é longo, comprido, tem muito a ver com a enfermagem. Vai trazer muita melhoria.

ENTREVISTA 73

1) Fale-nos o que e o quanto puder sobre a compreensão que o (a) senhor (a) tem tido a respeito das dificuldades relacionadas às práticas de controle de infecção hospitalar em UTIs.

Acho que em primeiro lugar: organização. Não temos box, o espaço físico não tem estrutura. Segundo lugar: falta de material adequado, falta avental, luva... Terceiro lugar: orientação da equipe multidisciplinar. Cada categoria profissional age de uma maneira. A orientação é a mesma mas cada um age da forma que lhe convém. Por exemplo, médicos recebem o mesmo treinamento mas deixam de fazer. Muitas vezes acaba sobrando pra nós por sermos os profissionais que ficam mais tempo com cliente. E maior número de profissionais.

2) Fale-nos a respeito de como percebe sua própria participação no que diz respeito às práticas de controle de infecção hospitalar em UTI.

No geral a gente procura sempre evitar a IH. Mas se é um caso de urgência...fora isso procuramos fazer. Ou às vezes um esquecimento (de olhar a placa ou não estar sinalizado).

3) Que sugestões pode nos dar para contribuir para a diminuição de taxas de controle de infecção hospitalar nas UTIs?

Primeiro aspecto seria organização. Precisa de estrutura adequada. A gente não tem muita credibilidade para chamar atenção, cobrar por causa do convívio diário, da intimidade. Há também pessoas que acham ruim, fazem cara feia. Se tivesse alguém de fora para cobrar/fiscalizar, geraria um efeito maior. E ter mais material, aqui sempre falta algo. Disposição nós temos...

4) Observações livres a respeito de sua participação no projeto de pesquisa.

Acho que relacionado ao assunto seria legal se o pessoal da diretoria tivesse acesso ao resultado da pesquisa e isso fosse aplicado. Aqui as coisas ocorrem

muito devagar. As melhorias são muito poucas. Somos cobrados de fazer as coisas funcionarem mas ninguém vê a parte de saúde do profissional. É o reconhecimento, a valorização, remuneração. Quanto mais incentivada a pessoa, mais motivada ela trabalha.

ENTREVISTA 74

1) Fale-nos o que e o quanto puder sobre a compreensão que o (a) senhor (a) tem tido a respeito das dificuldades relacionadas às práticas de controle de infecção hospitalar em UTIs.

A principal dificuldade é a falta contínua de mão de obra. Mesmo se há quadro completo, é um ambiente que oscila e em vários momentos a preocupação com controle é prejudicada por conta da alta demanda de trabalho. Em questão de minutos, vira correria.

2) Fale-nos a respeito de como percebe sua própria participação no que diz respeito às práticas de controle de infecção hospitalar em UTI.

Já teve momentos, sim, que tive que não realizar por conta de situação de urgência (paciente dialisando e máquina parou de funcionar).

3) Que sugestões pode nos dar para contribuir para a diminuição de taxas de controle de infecção hospitalar nas UTIs?

Primeiro acho que tem desvalorização dos profissionais e do trabalho. Trabalho não muito importante. A preocupação com IH entra nisso também. Trabalho de incentivação (partir de toda a Instituição, de investir em melhores condições de trabalho), de conscientização e valorização não só da profissão mas com políticas públicas. Má remuneração, alta demanda de trabalho contribuem. Tem mais cobranças e pouco investimento nos profissionais.

4) Observações livres a respeito de sua participação no projeto de pesquisa.

Ah, muito positivo. É a 2ª pesquisa que faço. Estou aqui há um ano e meio. Falta isso com relação a interesse pelos profissionais. Seria interessante a instituição investir nisso. E disponibilizar tempo para isso.

ENTREVISTA 75

1) Fale-nos o que e o quanto puder sobre a compreensão que o (a) senhor (a) tem tido a respeito das dificuldades relacionadas às práticas de controle de infecção hospitalar em UTIs.

Aqui é um pouquinho complicado por conta da rotatividade dos médicos. Há muito residente. Então, temos que cobrar dos profissionais, dos médicos. E por

conta do acesso à UTI, é muito fácil. Essas portas...não tem controle de acesso. Costumamos abrir para todo mundo porque interfone não funciona. Com todo o respeito, os médicos se acham estéreis.

2) Fale-nos a respeito de como percebe sua própria participação no que diz respeito às práticas de controle de infecção hospitalar em UTI.

Com a parte médica mesmo. Às vezes falamos e não tão nem aí. Falamos mas eles não gostam muito. Pouco de relaxo. O princípio básico é a lavagem de mãos. Médicos se ofendem quando cobramos. A pessoa não se identifica também. Não conseguimos controlar quem veio de fora.

3) Que sugestões pode nos dar para contribuir para a diminuição de taxas de controle de infecção hospitalar nas UTIs?

Complicado porque é algo tão básico... cobramos muito dos colegas até pela gente mesmo. A parte médica, a nossa própria chefe (enfermeira) tem rotina de dar palestra mas médicos não se mostram interessados. Algumas pessoas se sentem superiores por serem médicos... vai da educação também. Algumas pessoas são mais difíceis. O conhecimento não é aplicado por relaxo em determinados momentos. Nós temos habito de toda hora fazer...é difícil falar...eu pelo menos trato pensando, me colocando no lugar da pessoa...às vezes correria acabam negligenciando.

4) Observações livres a respeito de sua participação no projeto de pesquisa.

Ah, achei interessante...já havia feito algo parecido. O chato é não ter o feedback. É bacana, legal.

ENTREVISTA 76

1) Fale-nos o que e o quanto puder sobre a compreensão que o (a) senhor (a) tem tido a respeito das dificuldades relacionadas às práticas de controle de infecção hospitalar em UTIs.

Acho que a dificuldade não tem tanta... é difícil manter no todo, não diz respeito uma categoria profissional. A dificuldade é reconhecer que existe o risco, por parte dos familiares. Por exemplo, no Pronto Socorro, não há nas cabeceiras o álcool gel e nem sempre há pia próxima ao paciente para manipular. Vira e mexe somos emprestados. Não há higiene adequada no PS.

2) Fale-nos a respeito de como percebe sua própria participação no que diz respeito às práticas de controle de infecção hospitalar em UTI.

Aqui é automático, aqui há álcool gel, não tem como não fazer... é instantâneo. Mas em outros setores...não sei se é da chefia deles... A infra estrutura (planta física) até para fazer higiene.

3) Que sugestões pode nos dar para contribuir para a diminuição de taxas de controle de infecção hospitalar nas UTIs?

Dar mais possibilidade para os profissionais exercerem a profissão. Dar mais estrutura para os profissionais realizarem as práticas.

4) Observações livres a respeito de sua participação no projeto de pesquisa.

Achei legal, mas massante. Muito grande.

ENTREVISTA 77

1) Fale-nos o que e o quanto puder sobre a compreensão que o (a) senhor (a) tem tido a respeito das dificuldades relacionadas às práticas de controle de infecção hospitalar em UTIs.

A única dificuldade é a falta de materiais. Agora quanto a explicações, tem normal. E só não faz quem não quer. Talvez distração, falta de atenção... Às vezes as pessoas não tão contentes com o que fazem e às vezes fazem por fazer. Pode ser que eu cometa erros, todo mundo é humano.

2) Fale-nos a respeito de como percebe sua própria participação no que diz respeito às práticas de controle de infecção hospitalar em UTI.

Não digo que tenha dificuldade mas... às vezes ocorre evento de urgência que impede que você faça a prática.

3) Que sugestões pode nos dar para contribuir para a diminuição de taxas de controle de infecção hospitalar nas UTIs?

Aqui, vou dizer pela UTI, deveria ter roupa privativa. Muitas pessoas vêm e vão com a mesma roupa. E ter mais diálogo entre os enfermeiros e auxiliares sem imposições, mais conversas. Muita gente quando você impõe algo, daí que ela não faz...

4) Observações livres a respeito de sua participação no projeto de pesquisa.

Super interessante e gostaria de saber a resposta. Respondi com sinceridade.

ENTREVISTA 78

1) Fale-nos o que e o quanto puder sobre a compreensão que o (a) senhor (a) tem tido a respeito das dificuldades relacionadas às práticas de controle de infecção hospitalar em UTIs.

O pessoal da chefia passa material, conduta. E nós, como funcionários, passamos este conhecimento ao paciente na tarefa.

2) Fale-nos a respeito de como percebe sua própria participação no que diz respeito às práticas de controle de infecção hospitalar em UTI.

Mexemos com vida. Temos que fazer e pronto. Pode ser meu pai/parente. Antes de responder a pesquisa, quase esqueceu de lavar as mãos. Preocupação com as funções; pensar em outras questões, distração.

3) Que sugestões pode nos dar para contribuir para a diminuição de taxas de controle de infecção hospitalar nas UTIs?

Seguir o que estamos seguindo. Álcool gel, lavar a mão. Usar os IPIs. Virou hábito; temos que tomar cuidado.

4) Observações livres a respeito de sua participação no projeto de pesquisa.

Legal. Homofóbica demais (referindo-se às questões do IFP).

ENTREVISTA 79

1) Fale-nos o que e o quanto puder sobre a compreensão que o (a) senhor (a) tem tido a respeito das dificuldades relacionadas às práticas de controle de infecção hospitalar em UTIs.

Agora acho que melhorou um pouco porque temos álcool gel em lugares estratégicos, inclusive no corredor. Antes era só nas pias.

2) Fale-nos a respeito de como percebe sua própria participação no que diz respeito às práticas de controle de infecção hospitalar em UTI.

Falta de materiais... depende disso. Por exemplo, na falta de avental. Porque a minha disponibilidade é de fazer. Já aconteceu, ocorre relativamente com frequência.

3) Que sugestões pode nos dar para contribuir para a diminuição de taxas de controle de infecção hospitalar nas UTIs?

Profissionais continuarem prestando atenção no controle, nas práticas. Orientando pacientes. Tinha que ter educação continuada. Aqui não ocorre isso. Tinha que ter lembrete, cartazes (ajudam muito), mas estar sempre lembrando. Uma palestra. Às vezes o profissional precisa disso. E às vezes por si o profissional não consegue enxergar a importância...acho que é o dia a dia. O trabalho mecânico que às vezes ele não percebe a importância.

4) Observações livres a respeito de sua participação no projeto de pesquisa.

Achei bom porque algumas perguntas...você nem faz...parece que você acorda, leva um susto...achei importante porque faz a gente pensar. Tem coisas que a gente esquece com relação ao profissional...de estar se preocupando com a gente.

ENTREVISTA 80

1) Fale-nos o que e o quanto puder sobre a compreensão que o (a) senhor (a) tem tido a respeito das dificuldades relacionadas às práticas de controle de infecção hospitalar em UTIs.

Penso que há excesso de trabalho; falta de rodízio maior dos funcionários e falta de visão dos enfermeiros que estão no plantão (não da chefia/que muitas vezes não conseguem balancear a divisão das tarefas entre colegas). Plantão extra não deveria existir; as pessoas não rendem no trabalho, apesar de que entendo que precisam ganhar dinheiro.

2) Fale-nos a respeito de como percebe sua própria participação no que diz respeito às práticas de controle de infecção hospitalar em UTI.

Tento seguir os protocolos. Tento me policiar o máximo que posso...porque infelizmente se não usar (as práticas) pode virar um hábito. Por exemplo: distancia entre bomba e álcool gel/pia pode gerar uma preguiça. Cobrança interna e da chefia; tem pacientes que eu sei que precisam de cuidado, me policio mais. Diria, na verdade, a preguiça. Falta de vontade de ir lá e fazer. Falta de vergonha na cara mesmo (risos).

3) Que sugestões pode nos dar para contribuir para a diminuição de taxas de controle de infecção hospitalar nas UTIs?

Conscientização de cada um. Continuar batendo na mesma tecla. Pessoas só vão mudar quando se conscientizarem que precisam mudar. Todo paciente que entrasse no hospital deveria estar isolado. Já ocorreu de paciente ter sido descoberto depois que tinha doença contagiosa.

4) Observações livres a respeito de sua participação no projeto de pesquisa.

Um pouco confusa... algumas perguntas não entendi direito...teve uma que falou bastante sobre sexo.

ENTREVISTA 81

1) Fale-nos o que e o quanto puder sobre a compreensão que o (a) senhor (a) tem tido a respeito das dificuldades relacionadas às práticas de controle de infecção hospitalar em UTIs.

Na UTI em si não tem tanta dificuldade. Aqui tem todo o material que a gente precisa. O que às vezes contribui para a transmissão da IH é quando falta alguém, ficamos mais atarefados...correria contribui. Cobrar é fácil, o problema é dar condições para nós. Mexe com o lado emocional da gente...desestabiliza a gente, dão pouco valor para nós. Se falta alguém em outro setor, não é culpa minha. Deveriam rever isso.

2) Fale-nos a respeito de como percebe sua própria participação no que diz respeito às práticas de controle de infecção hospitalar em UTI.

A dificuldade que eu tive foi relacionada com falta de informação na época.

3) Que sugestões pode nos dar para contribuir para a diminuição de taxas de controle de infecção hospitalar nas UTIs?

Uma coisa que pode ajudar é conciliar horário de medicação, daria para conciliar porque diminuiria às vezes de manipulação do cateter. Tem tudo...pode ser a correria...a emergência e pacientes de fora.

4) Observações livres a respeito de sua participação no projeto de pesquisa.

Achei boa porque tende a melhorar as condições de trabalho da gente. Toda pesquisa é válida.

ENTREVISTA 82

1) Fale-nos o que e o quanto puder sobre a compreensão que o (a) senhor (a) tem tido a respeito das dificuldades relacionadas às práticas de controle de infecção hospitalar em UTIs.

Irresponsabilidade da Divisão com relação a emprestar profissionais para outros setores. Você se vê numa emergência e tem que se virar. Olha, quando entrei aqui, tudo que era do paciente era esterilizado no Centro Cirúrgico. Agora só se lava com clorexidina e uma buchanojenta. Acho insuficiente. Foi colocado em reunião que está cheio de bactérias. Foi constatado que as comadres dos pacientes conscientes estavam empilhadas. São várias práticas. Médicos deixam cateters expostos...temos a nossa parcela também. Já ocorreu comigo, se estou sozinha e ocorre uma emergência...desconecta um tubo. Falta de profissionais também contribui. Falta de recursos humanos e de materiais.

2) Fale-nos a respeito de como percebe sua própria participação no que diz respeito às práticas de controle de infecção hospitalar em UTI.

Falta de informação do médico, do residente. Por exemplo: não deixar comadres no chão por dias. Por que não há esterilização? Não há bucha decente. Uma vez tivemos aula sobre evitar IH e o médico saiu de um isolamento para outro com o mesmo avental. Às vezes o médico fica aéreo, pode ser cansaço, pressa...aqui se cobra muito.

3) Que sugestões pode nos dar para contribuir para a diminuição de taxas de controle de infecção hospitalar nas UTIs?

Conscientização de toda a equipe! Empréstimos toda hora... pessoas de outra escala olham a nossa para completar a deles. Profissional vai para casa e é solicitado a voltar para preencher falta. Falta comunicação, eles olharem a nossa escala. Ficamos muito irritados, dá vontade de dar cano, tenho raras faltas. Ficamos desmotivados, não há estímulos/investimento para fazer cursos. Tudo é por nossa conta. Desvalorização dos auxiliares de enfermagem, cita ocasião em que um enfermeiro falou que não deveria ter mais auxiliares de enfermagem em UTIs.

4) Observações livres a respeito de sua participação no projeto de pesquisa.

Olha...acho muito legal quando podemos colaborar para o que pode melhorar, de forma efetiva. Falta de informação, inexperiência dos enfermeiros. E auxiliares de enfermagem praticamente que tocam isso aqui.

ENTREVISTA 83

1) Fale-nos o que e o quanto puder sobre a compreensão que o (a) senhor (a) tem tido a respeito das dificuldades relacionadas às práticas de controle de infecção hospitalar em UTIs.

A dificuldade é falta de treinamento e cursos para a gente se atualizar. Não temos muito incentivo. Não é só colar um papel na parede. É fazer um curso para as pessoas interagirem, discutirem as dificuldades e aprender. Não é só falta de interesse nosso, é falta de interesse da instituição oferecer cursos e incentivar.

2) Fale-nos a respeito de como percebe sua própria participação no que diz respeito às práticas de controle de infecção hospitalar em UTI.

Falta de conhecimento, já deixou de fazer algo mas não lembra com exatidão. Porque não tem padronização. Cada um (agente superior) fala alguma coisa.

3) Que sugestões pode nos dar para contribuir para a diminuição de taxas de controle de infecção hospitalar nas UTIs?

Falta de atualização. Vou bater na mesma tecla. Cursos de atualização e a padronização. Somos muito emprestados para outros setores e não há uma mesma linguagem.

4) Observações livres a respeito de sua participação no projeto de pesquisa.

Achei muito bom porque pelo menos podemos expor nossas críticas e sugestões. Quem sabe pode até melhorar. Não senti dificuldade nenhuma de responder.

ENTREVISTA 84

1) Fale-nos o que e o quanto puder sobre a compreensão que o (a) senhor (a) tem tido a respeito das dificuldades relacionadas às práticas de controle de infecção hospitalar em UTIs.

Cada dia tomar os devidos cuidados...algumas vezes falta materiais; na maioria das vezes falta.

2) Fale-nos a respeito de como percebe sua própria participação no que diz respeito às práticas de controle de infecção hospitalar em UTI.

Acredito que se ocorre, às vezes em alguns momentos... falta de atenção. Às vezes ocorre dispersão. Às vezes é automático. Mas a gente acaba percebendo.

3) Que sugestões pode nos dar para contribuir para a diminuição de taxas de controle de infecção hospitalar nas UTIs?

Contribuição de todos porque a falha não é de um só. Às vezes percebemos alguém que não fez, até dos médicos. Atenção de todos.

4) Observações livres a respeito de sua participação no projeto de pesquisa.

Tudo o que é a favor do bem, do doente e de nós mesmos. Para melhorar.

ENTREVISTA 85

1) Fale-nos o que e o quanto puder sobre a compreensão que o (a) senhor (a) tem tido a respeito das dificuldades relacionadas às práticas de controle de infecção hospitalar em UTIs.

Dificuldade não tem nenhuma. A única coisa é conscientização dos que são “bambambam” (sic). Não é só o técnico de enfermagem que tem dificuldades. Médicos não fazem mesmo se você dizer. Respeito pelo próprio paciente. É o todo, não é só o técnico e auxiliar que ficam com pacientes.

2) Fale-nos a respeito de como percebe sua própria participação no que diz respeito às práticas de controle de infecção hospitalar em UTI.

Primeiramente a lavagem de mãos. Cita os procedimentos de controle de IH. Teve uma época que faltou avental...nunca tem dificuldade...

3) Que sugestões pode nos dar para contribuir para a diminuição de taxas de controle de infecção hospitalar nas UTIs?

Ter mais funcionários. A falta faz provocar gafes.

4) Observações livres a respeito de sua participação no projeto de pesquisa.

Muito legal, para reflexão a respeito de nós mesmos. Muitas vezes a chefia não vê, modo da gente se expressar.

ENTREVISTA 86

1) Fale-nos o que e o quanto puder sobre a compreensão que o (a) senhor (a) tem tido a respeito das dificuldades relacionadas às práticas de controle de infecção hospitalar em UTIs.

Muito ruim, muito mal. Agora está tudo novo, mas as condições de trabalho continuam ruins. Os cuidados deveriam ser levados mais à sério. Pacientes de transplante, de cada 10, um morre. Cai tudo em cima da enfermagem. O fato de profissionais serem muito emprestados: falta de funcionários → sobrecarga de profissionais devido ao empréstimo de profissionais.

2) Fale-nos a respeito de como percebe sua própria participação no que diz respeito às práticas de controle de infecção hospitalar em UTI.

Não tenho dificuldade de cuidar dos pacientes, de fazer os paramentos. Às vezes falta aventais.

3) Que sugestões pode nos dar para contribuir para a diminuição de taxas de controle de infecção hospitalar nas UTIs?

Manter a escala completa (problema de falta de funcionários); os médicos também precisam realizar as práticas; às vezes não tiram as mochilas, não colocam luvas. Ficamos “secando gelo” (sic).

4) Observações livres a respeito de sua participação no projeto de pesquisa.

Gostei. Muito longa. Gostei de você. Interessante alguém de fora saber.

ENTREVISTA 87

1) Fale-nos o que e o quanto puder sobre a compreensão que o (a) senhor (a) tem tido a respeito das dificuldades relacionadas às práticas de controle de infecção hospitalar em UTIs.

A dificuldade que temos, são: falta de roupa privativa; falta de aventais da própria instituição. Outros profissionais como médicos que manipulam pacientes sem vestimenta adequada. Vemos em outros setores situações de risco (como por exemplo, pacientes que vem de cirurgias que não estão contaminados e ficam com pacientes contaminados). O mesmo ocorre com relação a assistência.

2) Fale-nos a respeito de como percebe sua própria participação no que diz respeito às práticas de controle de infecção hospitalar em UTI.

Sinto dificuldade se tiver falta de material, falta de roupa. Infelizmente às vezes acontece.

3) Que sugestões pode nos dar para contribuir para a diminuição de taxas de controle de infecção hospitalar nas UTIs?

Mais aventais, deixarem disponíveis aventais descartáveis. Um funcionário para um paciente em isolamento. Mais material. A noite é mais difícil ir atrás (do material).

4) Observações livres a respeito de sua participação no projeto de pesquisa.

Crítica é realmente sobre o tempo. Ser realizada no expediente infelizmente. Deveria ter sido melhor aproveitada.

ENTREVISTA 88

1) Fale-nos o que e o quanto puder sobre a compreensão que o (a) senhor (a) tem tido a respeito das dificuldades relacionadas às práticas de controle de infecção hospitalar em UTIs.

Aqui foi feita uma reforma...esperava que fosse melhorar. Por exemplo...IPI é antigo. Precisava de mais orientação. Falta de material. Logo no início da reforma, não houve orientação de como funcionavam, por exemplo, as torneiras. Dávamos banho frio nos pacientes.

2) Fale-nos a respeito de como percebe sua própria participação no que diz respeito às práticas de controle de infecção hospitalar em UTI.

Nunca tive nenhuma dificuldade. Quando tenho dúvida procuro os superiores. Costumo usar o álcool gel; lavo sempre as mãos, antes e depois. Até para ir embora para casa.

3) Que sugestões pode nos dar para contribuir para a diminuição de taxas de controle de infecção hospitalar nas UTIs?

Vemos muito na UTI...tudo que ocorre de IH cai para enfermagem mas 50% dos médicos são os responsáveis pela IH (não usam avental, não gostam de serem cobrados). Deveria ter mais cobranças, mais orientação aos profissionais.

4) Observações livres a respeito de sua participação no projeto de pesquisa.

Foi bom. Algumas questões fiquei em dúvida. Deveria ter sempre, uma vez por ano. Gostei.

ENTREVISTA 89

1) Fale-nos o que e o quanto puder sobre a compreensão que o (a) senhor (a) tem tido a respeito das dificuldades relacionadas às práticas de controle de infecção hospitalar em UTIs.

Toda UTI deveria ter roupa privativa. É lei e aqui a gente ainda não usa. Fico descontente. É horrível ter que vir e voltar para casa com minha roupa. Falaram que não tem armários com cadeado. Agora tem os armários, mas não tem roupa. Lavar a mão é essencial, sabemos de tudo.

2) Fale-nos a respeito de como percebe sua própria participação no que diz respeito às práticas de controle de infecção hospitalar em UTI.

O que já aconteceu, na pressa da medicação ter esquecido de fazer a antisepsia do cateter por causa da pressa para ajudar outro colega.

3) Que sugestões pode nos dar para contribuir para a diminuição de taxas de controle de infecção hospitalar nas UTIs?

Tudo que tem para fazer todo mundo faz. A única coisa que não vejo ocorrer é a roupa privativa.

4) Observações livres a respeito de sua participação no projeto de pesquisa.

Interessante, diferente.

ENTREVISTA 90

1) Fale-nos o que e o quanto puder sobre a compreensão que o (a) senhor (a) tem tido a respeito das dificuldades relacionadas às práticas de controle de infecção hospitalar em UTIs.

O principal é o número reduzido de funcionários; porque você trata de pacientes com diversas patologias e isolamentos e também de outros com condições melhores. Ocorre infecção cruzada. Falta de educação continuada (deveria ser bem rigorosa). Falta de conhecimento de alguns colegas de trabalho com relação as práticas. Falta de responsabilidade. Por mais que estejamos em ambiente corrido, sabemos dos procedimentos que devem ser feito, por falta de responsabilidade você acaba burlando (não sei se correria e falta de tempo...). Não justifica, mas você ser emprestado para pronto socorro, você fica com 8 pacientes. Falta de pessoal.

2) Fale-nos a respeito de como percebe sua própria participação no que diz respeito às práticas de controle de infecção hospitalar em UTI.

Exatamente isso. Pelo excesso de trabalho destinado a mim, acabo fazendo que não tem qualidade na assistência. Falta de material também dificulta um procedimento mais limpo. Falta de informações sobre o que ocorre com pacientes; má comunicação.

3) Que sugestões pode nos dar para contribuir para a diminuição de taxas de controle de infecção hospitalar nas UTIs?

Educação continuada. Acompanhamento mais de perto dos profissionais. Muito cacique para pouco índio. Tem muita “puxação de saco”. Chefia deveria estar mais perto para conhecer melhor os funcionários. As pessoas falam o que querem sem fundamento. Fácil falar do paciente mas o plantão é continuidade. Pressão de dar conta de tudo leva a queda da qualidade da assistência. O paciente não escolheu estar aqui, a gente sim.

4) Observações livres a respeito de sua participação no projeto de pesquisa.

Legal. Super legal. A gente se autoanalisa. Certos pensamentos nos fazem questionar. Fui a mais sincera possível.

ENTREVISTA 91

1) Fale-nos o que e o quanto puder sobre a compreensão que o (a) senhor (a) tem tido a respeito das dificuldades relacionadas às práticas de controle de infecção hospitalar em UTIs.

Primeiro: lavagem de mãos. Não sei, acho que o povo tem problema de lavar as mãos. A outra, as pessoas tem problemas de fazer a higiene das conexões do CVC. Eles (geralmente são os técnicos/auxiliares que tem dificuldade) não vêem a necessidade real; sabem mas dizem que esquecem. Os profissionais têm conhecimento, mas eles não vêem a real necessidade. Uso da máscara, por exemplo, tem adesão de 40% no auxílio a pacientes de transplante de fígado que são imunossuprimidos. Não é por esquecimento...acho que não vêem a real necessidade.

2) Fale-nos a respeito de como percebe sua própria participação no que diz respeito às práticas de controle de infecção hospitalar em UTI.

Lavagem de mãos: Ok. Papel toalha acaba, não é repostado.

Uso de máscaras: Ok.

Procuro dar o exemplo, mas não vejo que o exemplo seja seguido.

Falta do material. Por exemplo: pegar lençol para secar as mãos porque não tem papel toalha. Às vezes compra-se material errado.

3) Que sugestões pode nos dar para contribuir para a diminuição de taxas de controle de infecção hospitalar nas UTIs?

Trazer microscópio para mostrar as bactérias. Já trouxe espelho. Exemplos práticos, que mostrem o porquê e a possibilidade real de ocorrer determinada infecção.

4) Observações livres a respeito de sua participação no projeto de pesquisa.

Perguntas chatas e repetitivas.

ENTREVISTA 92

1) Fale-nos o que e o quanto puder sobre a compreensão que o (a) senhor (a) tem tido a respeito das dificuldades relacionadas às práticas de controle de infecção hospitalar em UTIs.

Nosso espaço físico é errado, apesar da reforma. Não temos expurgo, os quartos não tem isolamento adequado. Deveria ter uma antessala. Com isso há desperdício de material. Pessoal ter resistência de fazer o que é certo, porque dá trabalho...Não sei se é preguiça, se têm dificuldade de aprender alguma

coisa, de abrir a mente. Trazem problemas de casa para o trabalho. Vêm aqui e descarregam tudo. Ficam descontentes com a instituição, com serem emprestados. Funcionários estão insatisfeitos.

2) Fale-nos a respeito de como percebe sua própria participação no que diz respeito às práticas de controle de infecção hospitalar em UTI.

Dificuldade de manter as coisas em ordem. Muito pouco cobrado em relação ao desempenho da atividade profissional.

3) Que sugestões pode nos dar para contribuir para a diminuição de taxas de controle de infecção hospitalar nas UTIs?

Falta cobrança e mais empenho de todo mundo, inclusive da Diretoria. Há muito desperdício de materiais. Mais materiais e valorizar o profissional em si. Os profissionais deveriam ser valorizados e não tratados do mesmo modo.

4) Observações livres a respeito de sua participação no projeto de pesquisa.

Válido. Pena que não terá feedback pois todos nós deveríamos ter acompanhamento psicológico. Há muito estresse, cobrança. Enfermagem é muito solicitada. Tudo cai sobre a enfermeira e ninguém tá preocupado com o profissional, com a parte psicológica.

ENTREVISTA 93

1) Fale-nos o que e o quanto puder sobre a compreensão que o (a) senhor (a) tem tido a respeito das dificuldades relacionadas às práticas de controle de infecção hospitalar em UTIs.

Falta um pouquinho mais de esforço de cada profissional. Falta de conhecimento não é. Acho que é cultural...dão pouca importância. Quantas vezes vemos médicos não realizarem as práticas. Há excesso de visita médica. UTI deveria ter mais restrição. No Hospital São Camilo, um professor falou que reduziram com uso de câmeras. As pessoas ficam camufladas na multidão. Tinham que identificar quem falha neste processo. Uma das coisas que dificulta...falta de material; demoram muito para repor. Muitos pacientes e poucos funcionários. Falta dos funcionários. Intensificar educação continuada, é bastante falha.

2) Fale-nos a respeito de como percebe sua própria participação no que diz respeito às práticas de controle de infecção hospitalar em UTI.

Acho que por falha no fornecimento de aventais de isolamento já me peguei varias vezes tendo que usar avental que já tinha sido usado. Às vezes numa intercorrência já deixei de usar...

Demora da rouparia.

3) Que sugestões pode nos dar para contribuir para a diminuição de taxas de controle de infecção hospitalar nas UTIs?

Identificar e começar a pontuar para a pessoa. Deveria monitorar por câmera. Palestra para familiares no ambulatório. Já aconteceu de família “enganar” os profissionais e ir em leito alheio. Sempre pedimos para família lavar as mãos.

4) Observações livres a respeito de sua participação no projeto de pesquisa.

Válido. Tudo que for para contribuir é válido. Um pouco cansativa.

ENTREVISTA 94

1) Fale-nos o que e o quanto puder sobre a compreensão que o (a) senhor (a) tem tido a respeito das dificuldades relacionadas às práticas de controle de infecção hospitalar em UTIs.

São duas: 1ª) Às vezes é a falta de...não é materiais...é a falta de recursos (avental, por exemplo) em que a gente vai abordar o paciente para tratamento. 2ª) Humanização e conscientização. É o seguinte, às vezes a pessoa tem a teoria, porém não quer ter o trabalho de realizar um trabalho bem feito até mesmo porque isso ocupa tempo. Às vezes o indivíduo se vê sozinho e ninguém está olhando e fica ele e a consciência. Questão de consciência, envolve preguiça, envolve o seu eu de fazer corretamente ou não. Falta muito se colocar no lugar do outro. 3ª) Espaço físico contribui, não é adequado.

2) Fale-nos a respeito de como percebe sua própria participação no que diz respeito às práticas de controle de infecção hospitalar em UTI.

Única dificuldade que encontramos é momento de urgência; por exemplo: paciente tem parada cardiorrespiratória. Algumas atitudes acabam escapando. Demanda de trabalho.

3) Que sugestões pode nos dar para contribuir para a diminuição de taxas de controle de infecção hospitalar nas UTIs?

1ª coisa: aumento de número de profissionais. Segundo ponto: conscientização dos profissionais mesmo que necessite de palestras. Terceiro ponto: cobranças; ter profissionais disponíveis para esta cobrança. Por exemplo: uma

enfermeira ficar só com essa tarefa. Educação continuada para melhoria do cuidado, da qualidade de orientação. Acho que reduziria muito.

4) Observações livres a respeito de sua participação no projeto de pesquisa. Queria fazer psicologia, mas meu negócio é a beira leito. Gosto de fazer auto avaliação. Acho interessante observar os comportamentos. Gosto.

ENTREVISTA 95

1) Fale-nos o que e o quanto puder sobre a compreensão que o (a) senhor (a) tem tido a respeito das dificuldades relacionadas às práticas de controle de infecção hospitalar em UTIs.

Passar para as pessoas, fazerem elas entenderem que precisam fazer as práticas. Por exemplo, os médicos acham ruim. Acham que enfermagem que pega no pé. Não só médicos, mas todo mundo. Eles acham que pegamos no pé. Interpretam mal.

2) Fale-nos a respeito de como percebe sua própria participação no que diz respeito às práticas de controle de infecção hospitalar em UTI.

Procuro fazer da melhor maneira possível. Não tenho dificuldade quanto a isso.

3) Que sugestões pode nos dar para contribuir para a diminuição de taxas de controle de infecção hospitalar nas UTIs?

Ter mais material. Ter mais coisas disponíveis no momento. Mais avental. Luva sempre tem.

4) Observações livres a respeito de sua participação no projeto de pesquisa.

Devia ser mais resumido. Muito longa. Coisas repetitivas.

ENTREVISTA 96

1) Fale-nos o que e o quanto puder sobre a compreensão que o (a) senhor (a) tem tido a respeito das dificuldades relacionadas às práticas de controle de infecção hospitalar em UTIs.

Nas enfermarias tem que ter noções básicas... Por exemplo: hoje estou com dois pacientes KPCs e terei que liberar funcionário. As noções de controle de IH são inerentes mas muito contínuas. Na prática, não resolve. A chefia determinou que deveria haver 1 profissional para 1 paciente com KPC mas a Divisão solicitou empréstimo de enfermeiro. Sou responsável pela unidade inteira e terei que ir para outro setor. Dimensionamento de profissionais é ruim.

2) Fale-nos a respeito de como percebe sua própria participação no que diz respeito às práticas de controle de infecção hospitalar em UTI.

No contexto de supervisionar de forma direta e indireta, sinto dificuldade de fazer isso pois dou conta de duas unidades que fisicamente são distantes. Não consigo estar em dois lugares ao mesmo tempo.

3) Que sugestões pode nos dar para contribuir para a diminuição de taxas de controle de infecção hospitalar nas UTIs?

Dimensionamento de profissionais precisa ser melhorado.

4) Observações livres a respeito de sua participação no projeto de pesquisa.

No total foi boa. Questões relativas à vida sexual depreciou a pesquisa. Permite autoavaliação. Fiz escolha pela enfermagem e sinto satisfação na profissão.