Antonio Tadeu Fernandes

**Percepções de profissionais de saúde relativas
à infecção hospitalar e às práticas de controle
de infecção**

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina da Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Mestre em Ciências

Área de concentração: Medicina preventiva
Orientadora: Profa. Dra. Lilia Blima Schraiber

São Paulo

2008

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Fernandes, Antonio Tadeu

Percepções de profissionais de saúde relativas à infecção hospitalar e às práticas de controle de infecção / Antonio Tadeu Fernandes. -- São Paulo, 2008.

Dissertação(mestrado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
Departamento de Medicina Preventiva.

Área de concentração: Medicina Preventiva.

Orientadora: Lilia Blima Schraiber.

Descritores: 1.Infecção hospitalar 2.Controle de infecções 3.Pesquisa qualitativa
4.Administração de serviços de saúde 5.Equipe de assistência ao paciente

USP/FM/SBD-039/08

DEDICATÓRIA

Aos meus pais pela formação ética.

***Para minha esposa pelo amor e parceria
na vida e atividade profissional.***

***Aos meus familiares pelo apoio e
paciência.***

AGRADECIMENTOS

À **Profª Drª Lilia Blima Schraiber** pela formação acadêmica e orientação.

Aos **Professores da FMUSP** pela formação científica.

Aos **colegas do CAOC** pela formação político-social.

Aos **funcionários do Departamento de Medicina Preventiva**.

Às **Bibliotecárias e funcionários da Biblioteca da FMUSP**.

Aos **meus alunos** pela esperança.

Esta dissertação está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento desta publicação:

Referências: adaptado de *International Committee of Medical Journals Editors* (Vancouver)

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Serviço de Biblioteca e Documentação. *Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias*. Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Julia de A. L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suelly Campos Cardoso, Valéria Vilhena. 2ª ed. São Paulo: Serviço de Biblioteca e Documentação; 2005.

Abreviaturas dos títulos dos periódicos de acordo com *List of Journals Indexed in Index Medicus*.

SUMÁRIO

SUMÁRIO

Lista de Abreviaturas

Lista de Tabelas

RESUMO

SUMMARY

1	Introdução	2
1.1	Infecção hospitalar	4
1.2	Evolução dos hospitais e o controle de infecção hospitalar	5
1.3	Infecção hospitalar como um problema de saúde coletiva	11
1.4	As práticas para a prevenção e Controle da Infecção Hospitalar	14
1.5	Aderência dos profissionais de saúde x práticas de prevenção e controle da infecção hospitalar	21
2	Revisão da Literatura	33
3	Objetivos	37
4	Método	39
4.1	Caracterização do estudo	39
4.2	Sujeitos	40
4.2.1	Critérios de inclusão	40
4.2.2	Critérios de exclusão	40
4.3	Local de coleta	44
4.4	Instrumentos	44
4.4.1	Entrevista semi-estruturada	45

4.5	Procedimentos	48
4.5.1	Seleção da amostra	48
4.5.2	Duração e sequência de aplicação do instrumento	48
4.5.3	Análise dos dados	48
4.6	Cuidados éticos	50
5	Resultados	52
5.1	Análise	52
5.2	Trabalho dos profissionais na área da saúde nos hospitais	55
5.2.1	Sistema de trabalho	55
5.2.1.1	Transformações da organização do trabalho médico	55
5.2.1.2	Rotina de trabalho dos profissionais de saúde	56
5.2.1.3	Relação do profissional de saúde com o paciente	60
5.2.1.4	Trabalho em equipe e interação profissional	61
5.3	Protocolos	69
5.4	Sobrecarga	73
5.5	Acidentes ocupacionais	77
5.6	A prática do controle de infecção hospitalar	81
5.6.1	Infecção hospitalar	81
5.7	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar	94
5.8	Diagnóstico das infecções hospitalares	116
5.9	Relatórios epidemiológicos	120
5.10	Treinamento dos profissionais de saúde	124
5.11	A prática da prevenção de infecção hospitalar	128
5.11.1	Formação profissional sobre infecção hospitalar e as medidas de prevenção	128

5.12	Higiene das mãos	133
5.13	Precauções e isolamento	138
5.14	Controle de antimicrobianos	148
5.15	Ação dos profissionais frente à clientela	167
5.16	Hospital público x hospital privado: comparação	178
5.17	Sua contaminação por infecção hospitalar	181
6	Conclusões	187
7	Considerações finais	191
8	Anexos	194
9	Referências	210

LISTAS

ABREVIATURAS

ANVISA	Agencia Nacional de Vigilância Sanitária
CCIH	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
CDC	<i>Center for Disease Control</i>
IH	Infecção hospitalar
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
TIH	Taxa de infecção hospitalar
TPIH	Taxa de pacientes com infecção hospitalar
SENIC	<i>Study on the Efficacy of Nosocomial Infection Control</i>
SUS	Sistema Único de Saúde

TABELAS

Tabela 1 –	Identificação dos médicos pesquisados	41
Tabela 2 –	Identificação das enfermeiras pesquisadas	42
Tabela 3 –	Identificação dos técnicos e auxiliares pesquisados ...	43

RESUMO

Fernandes AT. *Percepções de profissionais de saúde relativas à infecção hospitalar e às práticas de controle de infecção* [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2008. 214p.

O objetivo deste estudo foi verificar a percepção de médicos, enfermeiros e auxiliares ou técnicos a respeito das infecções hospitalares e de suas práticas de prevenção e controle. Realizou-se entrevista semi-estruturada com oito profissionais de cada categoria, que atuam em hospitais da cidade de São Paulo, com comissão de controle de infecção de acordo com as normas legais. A motivação inicial foi a não aderência dos profissionais de saúde às principais recomendações da CCIH, aliada a sua ineficácia em alterar os comportamentos destes em relação a estas medidas. Observou-se que os profissionais de saúde adquiriram na sua prática conhecimentos sobre as infecções hospitalares e sua prevenção, mas sentem dificuldades para incorporar estas medidas no atendimento aos pacientes. Tendem a atribuir sua ocorrência ao acaso, condições inadequadas de trabalho ou buscam culpado. Nos hospitais existe uma divisão hierárquica rígida do trabalho. Os médicos exercem o comando das ações diagnósticas e terapêuticas, e atribuem as infecções hospitalares ao acaso, associado à gravidade do paciente. Os enfermeiros gerenciam os cuidados prestados aos pacientes. Atribuem as infecções hospitalares aos procedimentos invasivos e falhas na atenção prestada aos pacientes. Os auxiliares prestam diretamente o cuidado assistencial e relacionam os casos de infecção a algum culpado, procurando identificar o profissional ou a ação que levou a contaminação. Em relação às medidas de prevenção e controle das infecções hospitalares, os profissionais de saúde reconhecem que a CCIH pode ser uma fonte de informações epidemiológicas e científicas, que os auxilia na prática profissional, porém os papéis não estão claramente delimitados e isto gera conflitos ou omissões. Os médicos enfatizam a consultoria para prescrição de antibióticos. Os enfermeiros destacam o respaldo científico que é dado para suas dúvidas e padronizações. Os auxiliares relatam as aulas que são ministradas. Os principais problemas

referidos são a deficiência de formação acadêmica em relação ao tema, dificuldade para o trabalho em equipe, as situações de emergência, quadro funcional deficiente e superpopulação de pacientes. A CCIH é percebida como um órgão de assessoria da direção e não exibe o mesmo rigor para propor medidas corretivas que envolvam a direção, tal como faz com os auxiliares e técnicos, principalmente em situações de aumento da incidência de infecção. A CCIH também é vista como um órgão fiscalizador e de punição. Embora não exista formação acadêmica específica em controle de infecção, os profissionais adquirem-na na sua prática.

Descritores: 1.Infecção hospitalar 2.Controle de infecções 3.Pesquisa qualitativa 4.Administração de serviços de saúde 5.Equipe de assistência ao paciente.

SUMMARY

Fernandes AT. *Perceptions of health professionals regarding to nosocomial infection* [dissertation]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2008. 214p.

The objective of this study was to verify the perception of physicians, nurses and auxiliaries or technicians regarding to nosocomial infections and their prevention and control practices. A semi-structured interview was made with eight professionals of each category who work in hospitals in the city of Sao Paulo, with the commission of infection control according to the legal norms. The initial reason of this study was the noncompliance by the healthcare professionals to the main recommendations of CCIH (Center of Nosocomial Infection Control), besides its inefficiency to change their behaviors regarding to those attitudes. It was observed that healthcare professionals acquired in their practice knowledge on nosocomial infection and its prevention, but they have difficulty to incorporate those attitudes in the patient care. They tend to lay the occurrence on the casualty, the inadequate work conditions or look for someone to blame on. There is a rigid hierarchic division of work in the hospitals. The physicians perform the command of therapeutic and diagnostic actions, and they attribute nosocomial infections to the chances, associated to the severity of the patient. The nurses manage the care delivered to the patients. They attribute nosocomial infections to invasive procedures and failures of attention delivered to the patients. The auxiliaries deliver directly the assistance care and relate the infection cases to someone to blame, looking for identifying the professional or the action that led to contamination. Regarding to attitudes toward prevention and control of nosocomial infections, the healthcare professionals recognize that CCIH may be a source of scientific and epidemiological information, which helps them on the professional practice, although the roles are not clearly circumscribed and this generates conflicts or omissions. The physicians emphasize the consultancy to prescribe antibiotics. The nurses stress the scientific basis that is given to their doubts and standardizations. The

auxiliaries report the classes given. The main problems mentioned are the deficiency of academic background related to the topic, the difficulty to work with a team, emergency situations, inefficient working board and patient overcrowding. CCIH is perceived as an institution of directory body assessment and it doesn't show the same rigor to propose corrective attitudes to enclose the directory body, as it does with auxiliaries and technicians, mainly in situations of higher infection incidence. CCIH is also seen as an inspection and punishment institution. Although professionals don't have specific academic background in infection control, they acquire it in their practice.

Descriptors: 1.Cross infection 2.Infection control 3.Qualitative research 4.Health service management 5.Patient care staff.

INTRODUÇÃO

1 Introdução

O autor da presente Dissertação de Mestrado age desde 1979 na prevenção e controle de infecções. Sempre esteve intrigado pelo fato de que medidas óbvias e importantes como a higiene das mãos, o uso criterioso de antibióticos, as ações corretas de isolamento de doenças transmissíveis, entre outras, apesar de conhecidas e reconhecidas como importantes pela maioria dos profissionais de saúde, não são executadas a contento. Embora todas elas evitariam a ocorrência das infecções hospitalares. Apesar de todas as estratégias e ações educativas realizadas, enfatizando essa importância, os efeitos, quando ocorrem, são efêmeros, com raras exceções. Cada vez mais ia ficando claro que não é por falta de informação que os profissionais de saúde não executam essas atividades corretamente. Para entender melhor esse contexto, procurou-se na pesquisa qualitativa resposta a estas questões eminentemente comportamentais.

Sempre aplicando a premissa de uma boa prática do controle de infecção, a idéia de que a disseminação de suas práticas nas instituições de saúde possibilitaria o emprego de ações voltadas à prevenção de doenças, em uma instituição voltada essencialmente para a recuperação da saúde,

integrando essas abordagens. Em outras palavras, seria trazer práticas da saúde coletiva para dentro das instituições hospitalares. Além disso, acredita-se também, que ela fomentaria o trabalho em equipe, pois somente em um trabalho conjunto poderíamos enfrentar adequadamente o complexo desafio das infecções hospitalares, sua prevenção e controle. Acredita-se que o controle de infecção ajudaria a implantação dos princípios da atenção integral à saúde dentro do ambiente hospitalar. Mas aqui também os resultados foram decepcionantes.

Para a implantação da atenção integral à saúde é necessária a elaboração de programas coerentes e corretamente formulados tanto do ponto de vista técnico quanto político, onde são importantes a melhoria gerencial dos serviços e a qualificação permanente dos profissionais de saúde. Estes devem estar orientados a prestar uma assistência integral e humana, evitando a excessiva utilização de tecnologias médicas. Entretanto, a formação dos profissionais de saúde carece, na maioria dos casos, de conteúdos relacionados a aspectos não-biológicos da saúde. No que se refere especificamente à formação médica, há pouca ou nenhuma incorporação de conhecimentos relacionados às ciências sociais e humanas, que podem contribuir para a melhor contextualização e resolução dos problemas de saúde. Os profissionais assim formados não se apresentam sensibilizados nem suficientemente “instrumentalizados” para lidar com as múltiplas dimensões do processo saúde-doença, visando a uma atenção individualizada e integral (Pedrosa, 2005).

1.1 Infecção hospitalar

Define-se como infecção hospitalar (IH), em um sentido mais amplo, qualquer processo infeccioso adquirido no ambiente hospitalar relacionado à assistência à saúde. É diagnosticado principalmente em pacientes durante sua internação, mas pode atingir também qualquer outra pessoa presente no hospital e ser detectado após alta (Brachman, 1998). A grande maioria das infecções hospitalares é causada por um desequilíbrio da relação existente entre a microbiota humana normal e os mecanismos de defesa do hospedeiro. Isto pode ocorrer devido à própria patologia de base do paciente, procedimentos invasivos e alterações da população microbiana, geralmente induzidas pelo uso de antibióticos. Devido às conseqüências de sua doença e da manipulação sofrida, o paciente torna-se o principal reservatório e vítima das infecções hospitalares. A transmissão cruzada das infecções hospitalares tem também um importante papel na sua cadeia epidemiológica, onde se destacam as mãos da equipe de saúde, que se contaminam principalmente ao manipular sangue, secreções ou excretas. Além disso, as doenças infecto-contagiosas podem ser transmitidas no ambiente hospitalar, principalmente se não forem diagnosticadas e adequadamente isolados os pacientes com estes quadros, podendo até afetar os próprios profissionais de saúde, população de risco aumentado para as patologias veiculadas pelo sangue, por exemplo (*Center for Disease Control* - CDC, 1988).

1.2 Evolução dos hospitais e o controle de infecção hospitalar

Na mitologia grega, vários deuses do Olimpo e seus descendentes detinham o poder de cura, sendo construídos vários templos em sua homenagem donde se praticava uma medicina predominantemente religiosa, mas que foi sendo progressivamente combinada com uma prática mais científica, com o desenvolvimento da medicina greco-romana. O primeiro templo dedicado a Asclépios o deus da cura, foi construído no século VI a.C. em Tessália. Já em Roma por volta de 170 d.C., o senador Antônio ordenou a construção de dois abrigos anexos ao templo, que são considerados por muitos os primeiros hospitais regulares da Europa. Escavações realizadas nas ruínas do Templo de Asclépios localizado em Epidauro revelaram várias lápides, relatando casos de cura, que também podem ser encaradas como os primeiros prontuários médicos, pois ao serem consultadas, serviriam de orientação para as condutas terapêuticas. Das divindades romanas, Esculápio (denominação romana de Asclépios) era a mais popular e seus templos tornaram-se um foco de resistência da fé antiga contra a ascensão do cristianismo. Todos os templos foram definitivamente fechados em 335 pelo imperador Constantino, sendo substituídos por hospitais cristãos. (Antunes Fo., 1991).

Nestes novos hospitais, se dava prioridade à fé como instrumento de cura dos enfermos, obtida em inúmeras passagens do Novo Testamento, onde Jesus e seus discípulos, exorcizando os demônios, com o toque das

suas mãos. O cristianismo nascente continuou com esta tradição, numerosos santos celebrizando-se por curas milagrosas. Inicialmente, a doutrina cristã pouco trouxe de novo para os fundamentos materiais da arte de curar. Sua contribuição baseou-se em princípios morais e éticos, extremamente importantes em uma sociedade decadente, trazendo principalmente um sentimento de solidariedade em relação aos enfermos, dando-lhes consolo e alívio (Oliveira, 1981).

As instituições cristãs eram baseadas na caridade e procuravam dar conforto a estes pacientes ou a excluídos (Petrucelli, 1987). Os Concílios de Nicéia em 325 e o de Cartago em 398 recomendaram que os bispos criassem pelo menos um hospital em cada diocese. A dedicação aos enfermos era considerada uma missão da caridade cristã, que reverteria na remissão de pecados e no merecimento de indulgências. Rapidamente estas instituições foram construídas em todo o antigo império romano e continuaram a ter o mesmo papel mesmo após a desintegração do referido império. Na França as principais instituições receberam o nome de *Hôtel-Dieu*, o equivalente em português da Santa Casa de Misericórdia, primeiramente construído em Lyon, ficando o mais famoso em Paris, com cerca de 1.200 leitos (Scliar, 1996). Suas construções lembravam mais uma igreja com uma ampla nave central, com ou sem alas secundárias, onde ficavam os leitos coletivos, que embora do tamanho de uma cama de casal, chegavam a ser ocupados por seis pacientes ao mesmo tempo. De todas as

acomodações podia-se assistir aos freqüentes serviços religiosos (Antunes Fo., 1991).

A revolução industrial promoveu o êxodo rural, aumentando a população dos centros industriais, que não tinha onde receber assistência médica adequada. Entretanto, a nova ordem social refletiu num aumento da população sem-teto. Um novo objetivo contribuiu para a retomada dos hospitais, que foi a higiene do espaço urbano, isolando os elementos perigosos, sendo então destinados à manutenção da ordem e financiados pela própria comunidade, através de doações voluntárias ou até mesmo a cobrança de impostos. A rede hospitalar existente nos centros urbanos estava desmantelada sofrendo as conseqüências das lutas religiosas e da transferência destas instituições à administração secular (Antunes Fo., 1991).

A entrada da profissão médica nos hospitais se intensificou, pois vários municípios contrataram médicos para atender a população carente internada, sendo logo observado que a atenção médica podia diminuir a permanência do paciente, implicando numa redução de custos. Aos poucos foi sendo estabelecido um novo princípio, caracterizando os hospitais como campos para o ensino e o estudo da medicina. Com isto, começaram a ser criadas instituições meramente asilares, distinguindo-se dos hospitais, os quais foram progressivamente se dedicando ao atendimento de pacientes agudos, pois mesmo os doentes crônicos, incuráveis e terminais foram transferidos para aquelas instituições asilares. Os avanços médicos foram

rapidamente incorporados nos principais hospitais objetivando melhores resultados, transformando-os gradativamente no elemento central da prestação de serviços médicos (Antunes Fo., 1991).

O *Hôtel-Dieu* era o maior de Paris, fundado no século VII às margens do Rio Sena, utilizando o antigo prédio da Catedral de *Nôtre Dame* e a partir de então sendo sucessivamente ampliado, incorporando construções das proximidades, até uma antiga cadeia, para em seus leitos mal ventilados aglomerarem-se permanentemente acima de 5.000 pacientes. Em situações epidêmicas chegava a ter acima de 7 pacientes por leito. A água era retirada diretamente do Rio Sena, para onde drenava seu esgoto. Tanta improvisação induzia na população mais temor da morte do que esperança de vida. Durante uma epidemia de febre puerperal que ocorreu em sua maternidade em 1746, morriam 19 a cada 20 parturientes (LaForce, 1997). A situação piorou com os sucessivos incêndios sofridos, até que em 1777 o Rei Luís XVI nomeou uma comissão de peritos da Academia Real de Ciências para analisar a situação, tendo como relator Jacques René Tenon (1724-1816), que acabou por exercer uma nova modalidade de intervenção médica, baseada em tomar o hospital como objeto do seu diagnóstico e prescrição. Seu relatório nos fornece uma visão precisa da situação caótica em que se encontravam estas instituições (Antunes Fo., 1991).

De acordo com Antunes Filho (1991) os membros da comissão assistiam num mesmo ambiente convalescentes, pacientes graves e até defuntos. O ambiente era precariamente ventilado e iluminado, onde, de

acordo com a teoria miasmática em voga, o ar se corrompia facilmente, provocando doenças. Observaram que a sarna se disseminava entre pacientes, funcionários e seus familiares, afirmando que o *Hôtel-Dieu* seria uma fonte inesgotável de doenças, que seriam espalhadas por Paris. As gestantes compartilhavam o mesmo leito, em três ou quatro, em diferentes etapas do trabalho de parto, expostas à insônia, ao contágio e ao perigo de prejudicar seus filhos. Na sala de operações, misturavam pacientes que aguardavam cirurgia, os que estavam sendo operados, pacientes no pós-operatório e até cadáveres daqueles que não resistiram aos horrores desses procedimentos realizados sem sedação ou assepsia. Foi detectado que em média morriam um a cada quatro pacientes internados, sendo este índice um pouco menor na maternidade (um a cada quinze) e no berçário (um a cada treze), mas febres epidêmicas puerperais elevavam estes índices e até obrigavam ao fechamento destas enfermarias por longos períodos. Não eram só os pacientes as vítimas destas instituições, pois anualmente morriam de 6 a 12% de seus funcionários, atingindo indistintamente médicos ou atendentes. Estes resultados foram comparados com os hospitais londrinos e por todos estes motivos esse relatório em sua conclusão Tenon (1724-1816) propunha, com a anuência da academia, que o *Hôtel-Dieu* fosse demolido, substituído por um local para os primeiros socorros, sendo construídos vários hospitais comunitários, edificadas de acordo com as instruções e plantas elaboradas (Antunes Fo., 1991).

Evidentemente, esses hospitais tinham uma estrutura funcional, ventilação e higiene precárias. A ausência de medidas preventivas faz supor que se calculadas na época, suas taxas de infecção hospitalar deveriam atingir cifras astronômicas (Oliveira, 1981). Esta situação persistiu na maioria dos hospitais europeus até o século XIX. Em consequência das mudanças econômicas advindas do mercantilismo, os estados monárquicos tomaram do clero a administração dos hospitais, que se tornaram progressivamente um centro de aprendizado, palco para convergência de clínicos e cirurgiões, tornando-se progressivamente um centro científico, não mais uma simples instituição de caridade, atraindo pelo seu renome, entre seus pacientes, até membros da elite (Ribeiro, 1993). Neste contexto foram desenvolvidos os árduos trabalhos pioneiros dos controladores de infecção.

A ameaça que seu ambiente infecto representou para a comunidade e também o ônus da sua manutenção, favoreceram a ação médica para administrá-lo, diagnosticando e corrigindo a sua “doença”. Isto alcançado definiu a soberania médica nestas instituições, que para atingir seus objetivos disciplinaram as ações das equipes de saúde (Antunes Fo., 1991). Evidentemente, já naquela época as infecções hospitalares eram o ponto mais evidente da iatrogenia hospitalar e as estratégias para o seu controle transformaram-se em ações dominantes dentre todas as medidas propostas. Ainda hoje, o controle de infecção destaca-se como fator disciplinador da atividade profissional dentro de uma instituição de saúde. Assim, sob o ponto de vista histórico podemos entender como o controle de infecção se inseriu

na modernização dos hospitais e no aprimoramento da assistência ao paciente.

1.3 Infecção hospitalar como um problema de saúde coletiva

Dois são os principais indicadores epidemiológicos empregados para se avaliar a ocorrência das infecções hospitalares. Para se avaliar a magnitude das infecções é calculada a taxa de infecção hospitalar (TIH), que divide o total de episódios de infecção hospitalar diagnosticados em um determinado período, pelo total de pacientes expostos à internação no mesmo período. Como alguns pacientes apresentam mais de um episódio de infecção hospitalar durante sua internação é também calculada a taxa de pacientes com infecção hospitalar (TPIH), obtida pela divisão do número de pacientes com diagnóstico de infecção hospitalar em um determinado período pelo total de pacientes expostos à internação no mesmo período. Para ambos indicadores podem ser realizados estudos de incidência, computando apenas os casos novos detectados no período ou de estudos de prevalência, computando-se o total de casos identificados.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) promoveu, no período de 1983 a 1985, um estudo de prevalência de infecção hospitalar em 14 países (Mayon-White, 1988), usando um protocolo padrão, sendo aplicado por médicos e enfermeiros locais. Os organizadores do estudo reconheceram

que a amostra não foi necessariamente representativa, mas ressaltaram a importância das infecções hospitalares. Neste levantamento a média encontrada foi de 8,7%, variando de 3% a 21%.

No Brasil, foi elaborada uma pesquisa denominada “Estudo Brasileiro da Magnitude das Infecções Hospitalares e Avaliação da Qualidade das Ações de Controle de Infecção Hospitalar” (Prade *et al.*, 1995). Para execução deste estudo de prevalência foram avaliados e treinados médicos e enfermeiros com experiência em controle de infecção hospitalar (Prade *et al.*, 1995). Na época, dentre o total de cerca de 8.000 hospitais existentes no território nacional, 6180 estavam vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS) e deste universo foram sorteados 103 hospitais terciários localizados nas capitais brasileiras, dos quais 4 foram excluídos por apresentarem no momento da pesquisa menos de 25 leitos ocupados. Foram avaliados 8.624 pacientes com mais de 24 horas de internação, cujo tempo médio de permanência era de 11,8 dias. O número de pacientes com infecção hospitalar encontrado foi 1.129, com taxa de pacientes com infecção hospitalar de 13,0% e a taxa de infecção hospitalar de 15,5%.

No Brasil, dados obtidos por Zanon *et al.* (1987) recolhidos de 12 hospitais nacionais para pacientes internados em enfermaria de clínica médica, cirúrgica e obstetrícia e extrapolando para o total de pacientes internados nos hospitais próprios, conveniados e contratados do INAMPS para o ano de 1984 estimaram em média 778.300 o total de pacientes com infecção hospitalar. Aplicando-se uma letalidade oscilando de 10 a 20%

chegou-se a um número anual de óbitos de 78.830 a 155.660, colocando a infecção hospitalar como possível segunda causa de mortalidade no país (Zanon, 1987).

Os custos da infecção hospitalar dividem-se em diretos, preventivos e indiretos e são arcados pelos prestadores de assistência, pelos financiadores do atendimento ou pelos próprios pacientes. Entretanto, não se devem subestimar os custos sociais da infecção hospitalar, particularmente importante num país do terceiro mundo como o Brasil, onde somente uma pequena parcela do produto interno bruto é aplicada em saúde. O custo direto das infecções hospitalares é aquele gasto no diagnóstico e tratamento do paciente que adquiriu esta patologia. O custo preventivo refere-se às despesas gastas para evitar, reduzir ou minimizar a ocorrência das infecções hospitalares. O custo indireto é o mais imprevisível e mais difícil de ser avaliado. Inclui a demanda reprimida de leitos, acentuada pela maior permanência hospitalar de um caso infectado, os gastos com eventuais processos jurídicos e campanhas publicitárias para a imagem institucional e até mesmo a dor e valores quase intangíveis ao se estimar, dor, sofrimento, diminuição da capacidade produtiva e até mesmo a morte (Fernandes *et al.*, 2000).

Segundo a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) destacam-se dentre os transtornos decorrentes das infecções hospitalares para a saúde pública: a significativa letalidade elevando a morbidade e mortalidade; aumento do tempo de internação e dos custos decorrentes

tanto para as instituições, pacientes e familiares; a ameaça constante da disseminação de bactérias multiresistentes. De acordo com levantamento realizado por parceria da ANVISA com a Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, em 4.118 hospitais brasileiros (61,3% do total), possuem CCIH 76,1% dos hospitais avaliados e 72,6% investigam casos de infecção, e dentre estes 81,3% utilizam a busca ativa de casos, processo recomendado pelo Ministério de Saúde (ANVISA, 2004).

1.4 As práticas para a prevenção e Controle da Infecção Hospitalar

O Centro para Controle das Doenças (CDC) de Atlanta - EUA desenvolveu um estudo nacional para avaliar a abrangência e eficácia do programa nacional de controle de infecção hospitalar, validando indicadores epidemiológicos e a capacidade de redução dessas infecções. Este projeto foi intitulado SENIC (*Study on the Efficacy of Nosocomial Infection Control*) e se tornou um estudo clássico para se comprovar a eficácia das ações de prevenção e controle de infecções. Nele foi observado que nos hospitais com controle de infecção atuante ocorreu uma queda relativa de 32% nas taxas de infecção hospitalar e nos hospitais sem um programa de controle estabelecido, estes indicadores aumentaram 18%, comparando-se a prevalência destes episódios entre os anos 1970 e 1976 nestes dois grupos de hospitais. Deste dado, inferiu-se que pelo menos 1/3 destas infecções

são previsíveis (Haley, 1986). Entretanto, deve-se lembrar que os hospitais sem programa de controle as infecções hospitalares sofreram um aumento relativo, ampliando a diferença para 50%.

A partir destas informações apresentadas, podemos observar que as infecções hospitalares são um problema de saúde, que apresenta uma alta magnitude, inclusive no Brasil, mas existem programas eficazes para redução do seu impacto na saúde coletiva, sendo importante saber o que é preconizado na nossa legislação para ser feito em nosso país.

No Brasil, o Presidente da República sancionou a Lei nº 9.431, de 6 de janeiro de 1.997 (Brasil, Presidência da República, 1997) que *“dispõe sobre a obrigatoriedade da manutenção de programa de controle de infecção hospitalares pelos hospitais do País”*. Este programa é definido como *“um conjunto de ações desenvolvidas, deliberada e sistematicamente, com vistas à redução máxima possível da incidência e da gravidade das infecções hospitalares”*. Para orientar a sua aplicação foi elaborada pelo Ministério da Saúde a Portaria 2616/98 definindo as diretrizes e normas para a prevenção e o controle das infecções hospitalares (Ministério da Saúde - MS, 1998).

A Medicina Baseada em Evidências é uma forma sistemática de apoio à tomada de decisões através da identificação criteriosa, da avaliação e da aplicação das melhores evidências científicas, integrando-as com *expertise* individual (Friedland *et al.*, 2001). Empregando ou não, a metodologia desenvolvida pela Medicina Baseada em Evidências, várias entidades

nacionais e internacionais realizaram uma revisão das medidas de prevenção e controle das principais infecções hospitalares. Estas medidas são empregadas como referencial teórico para as comissões de controle de infecção estabelecidas em nosso meio, com o objetivo da redução máxima possível da incidência e da gravidade das infecções hospitalares, como determinam as recomendações legais.

De acordo com a legislação brasileira, várias ações são atribuídas à Comissão de Controle de Infecção Hospitalar. Dentre elas destacamos as que interessam ao nosso estudo, por interagirem diretamente com o exercício dos demais profissionais componentes da equipe de saúde, particularmente médicos e enfermeiros: vigilância epidemiológica das infecções hospitalares, compreendendo diagnóstico, notificação e consolidação de relatórios, avaliando o exercício profissional pelos índices de infecção; investigação de surtos, onde se revisa as práticas assistenciais; medidas de isolamento e precauções para se evitar a disseminação de doenças transmissíveis, onde muitas vezes a CCIH indica medidas protetoras adicionais para o atendimento dos pacientes; adequação e supervisão das normas técnicas visando à prevenção e tratamento das infecções hospitalares, fazendo com que a equipe da CCIH avalie condutas e padronizações existentes no hospital, podendo identificar inadequações de acordo com sua ótica; política de utilização de antimicrobianos, pela qual a CCIH define regras para prescrição desses medicamentos e elabora protocolos clínicos para tratamento das infecções hospitalares.

A administração hospitalar recebe o apoio de várias comissões em assuntos específicos de ordem ética, técnica ou mesmo administrativa. Estes comitês fazem uma análise da situação local e aplicam os conhecimentos disponíveis sobre o assunto, apoiando e auditando o exercício profissional (Pereira, 1995). Portanto, dentro de uma estrutura organizacional, o controle de infecção pretende ser um órgão de consultoria à direção do hospital e a todos os profissionais que atuam diretamente com o paciente ou em atividades de apoio, em assuntos relativos à prevenção e controle das infecções hospitalares. O Programa de Controle de Infecção Hospitalar deve ser entendido como uma série de ações conjugadas, praticadas intencionalmente, de forma a prevenir e controlar, dentro do conhecimento científico, a ocorrência de infecções hospitalares. Além da prevenção, o programa enfatiza a redução máxima possível da gravidade, que é determinada principalmente pela letalidade desses episódios. Ora, para minimizar sua gravidade, ou seja, a probabilidade de morte dos pacientes com infecção pode interagir com a prescrição de antimicrobianos, principalmente no que diz respeito aos episódios adquiridos em decorrência da hospitalização.

Além disso, atendendo às recomendações da Portaria MS 54/96, (Ministério da Saúde - MS, 1996) todo hospital deve instituir um comitê visando à racionalização da prescrição de antimicrobianos, correlacionado com o perfil de sensibilidade das cepas isoladas em casos de infecção hospitalar. Para isso deve ser estudado e divulgado o padrão microbiológico

das infecções hospitalares e o perfil de sensibilidade dos microrganismos isolados. Em conjunto com a farmácia, deve ser estudado o perfil de consumo de antimicrobianos e suas repercussões na micro-ecologia hospitalar, consolidando informações obtidas na vigilância epidemiológica e os dados fornecidos pelos Serviços de Farmácia e Microbiologia Clínica. É fundamental definir em conjunto com a Comissão de Padronização de Medicamentos, com o aval da Direção e da Comissão de Ética Médica, uma política de racionalização do consumo de antimicrobianos e avaliar seus resultados, pela qual é possível exigir a justificativa para prescrição de antibióticos sob controle da CCIH.

A vigilância epidemiológica deve ser entendida como a obtenção de informação para a ação (Fischmann, 1994). Sempre que possível o diagnóstico e a notificação das infecções hospitalares deve ser relacionado aos fatores predisponentes, para orientação das medidas de prevenção e controle. Esta pesquisa deve ser feita de forma contínua, sistemática e o mais abrangente possível, através do método da busca ativa de casos de infecção hospitalar (Perl, 1997). A investigação epidemiológica deve ser acionada imediatamente sempre que for identificado um surto ou outro agravo inusitado à saúde dos pacientes relacionado às infecções hospitalares. Deve-se estimular a participação da equipe multiprofissional na elucidação da cadeia epidemiológica e elaboração das medidas de controle específicas (Checko, 1996). Estas atividades implicam no diagnóstico das infecções e da identificação dos possíveis fatores de risco, muitos

relacionados às condutas e práticas profissionais e principalmente inserem uma auditoria da CCIH avaliando os resultados do atendimento ao paciente, propondo e em surtos até executando as medidas corretivas. Pelo princípio da informação voltada para a ação, os indicadores epidemiológicos obtidos pela CCIH só fazem sentido se compreendidos pela equipe de saúde na sua essência, inseridos em um contexto de reavaliação da prática profissional, pois a CCIH raramente presta assistência ao paciente e os resultados de seu trabalho dependem da aderência dos profissionais de saúde às suas orientações.

Para avaliar a adequação das normas e rotinas técnico-operacionais relacionadas à prevenção e tratamento das infecções hospitalares, a CCIH realiza as visitas técnicas que são atividades que acompanham os bastidores do hospital, avaliando todas as ações desenvolvidas, sob o ponto de vista do controle de infecção. Realizam uma abordagem pró-ativa, pois detectam e corrigem problemas antes mesmo que eles repercutam nos indicadores epidemiológicos das infecções hospitalares. Observam os cuidados prestados direta ou indiretamente aos pacientes, identificando problemas em relação à estrutura física, insumos, equipamentos ou aos próprios procedimentos médicos e de enfermagem. Revisam rotinas e técnicas a partir de sua atualização científica e legal. Pela verificação, avaliação e orientação, definem prioridades visando o aprimoramento da qualidade assistencial (Fernandes *et al.*, 2000). Esta atividade pode ter um alto potencial gerador de conflitos, ao confrontar condutas estabelecidas e

praticadas pela equipe de saúde na assistência ao paciente com as medidas recomendadas pela CCIH, visando minimizar as suas repercussões no ambiente hospitalar. Por exemplo, a utilização de um determinado antimicrobiano pode ser adequada ao paciente, mas podem existir outras opções que ocasionem menor pressão seletiva sobre a flora hospitalar e desta forma, na ótica da CCIH, mais recomendados ao caso.

Outra medida importante para evitar a disseminação de microrganismos no hospital é o isolamento de pacientes portadores de algumas patologias transmissíveis e a instituição das Precauções Padrão, definidas como medidas para serem aplicadas no atendimento de todos os pacientes, independente da presença de infecção detectável, visando prevenir a transmissão de infecções, principalmente por contato com sangue e fluídos corpóreos (Garner, 1996). Os controladores de infecção devem estar atualizados técnico-cientificamente em doenças infecto-contagiosas e suas formas de transmissão para a elaboração de medidas de isolamento e Precauções-Padrão e devem colaborar com a difusão dessas informações, elaborando um manual específico e supervisionando a sua aplicação. A CCIH também deve colaborar com a detecção de casos suspeitos de doenças transmissíveis durante as ações de vigilância epidemiológica das IH, indicando e suspendendo os isolamentos, resolvendo dúvidas do corpo clínico, enfermagem e outros serviços, podendo também haver divergências na indicação desta medida preventiva, principalmente ao suspender os isolamentos indicados pelos profissionais de saúde.

A partir da atualização técnico-científica em controle de riscos biológicos no ambiente hospitalar, o controle de infecção deve interagir com outros setores e propor medidas de prevenção da ocorrência de acidentes com perfuro cortantes, colaborando na elaboração de protocolos de acompanhamento dos profissionais acidentados. Deve também colaborar na determinação das funções que estão sobre risco aumentado de determinados agentes biológicos, para elaboração de campanhas profiláticas e medidas de controle específicas, incluindo imunização dos profissionais que atuam nos hospitais (Sherertz *et al.*, 1993).

1.5 Aderência dos profissionais de saúde x práticas de prevenção e controle da infecção hospitalar

Considerando todas as ações da CCIH, ela é responsável pela atualização científica dos profissionais de saúde no que se refere ao tema, repassando as informações para a equipe de saúde. A comissão pode levantar prioridades educativas a partir das ações de vigilância e cooperar com o setor de desenvolvimento e treinamento de recursos humanos do hospital na identificação das necessidades de treinamento. Também deve auxiliar na elaboração e execução destes projetos, atendendo às solicitações da educação continuada, da administração e demais departamentos do hospital, fornecendo pareceres, subsídios técnicos, legais

e éticos, auxiliando-os na tomada de decisões em assuntos relacionados ao controle das infecções hospitalares. Deve colaborar com a elaboração e revisão de manuais do hospital, no que estiver relacionado às IH, seus fatores de risco e as medidas de controle. Particularmente, o controle de infecção deve difundir e supervisionar entre os profissionais de saúde o hábito da higiene das mãos, medida fundamental para o controle de infecção, mas freqüentemente negligenciada (Hoffmann e Clontz, 2004). Desta forma, a CCIH deve gerar informações científicas e epidemiológicas com a finalidade de integrar a comunidade hospitalar nas ações de prevenção e controle das infecções.

Aprofundando a abordagem relativa ao médico, Schraiber (1993) afirmou que a medicina brasileira sofreu grandes transformações no século XX decorrentes em parte da evolução sócio-econômica do país e em parte de sua própria evolução, onde se destacou a incorporação tecnológica. A medicina era predominantemente realizada em consultórios particulares, onde o médico tinha controle sobre a captação da clientela, detinha os meios para produção do seu trabalho, que era individualizado e até sobre a sua prescrição, uma vez que era mais freqüente o emprego de medicações formuladas individualmente do que os remédios industrializados. Era um trabalho sob vários aspectos artesanal, onde o conhecimento científico garantia este modo de produção. As transformações sócio-econômicas aliadas à socialização da medicina e à intervenção progressiva do Estado fizeram com que o médico não controlasse diretamente a captação da

clientela. O desenvolvimento do conhecimento técnico científico levou à incorporação tecnológica, transferindo o atendimento do consultório e do domicílio para hospitais, unidades de pronto-socorro e unidades especializadas em diagnóstico. Outra consequência desta incorporação foi o desenvolvimento de especialidades médicas, de novas profissões na área da saúde e uma revisão da participação de profissões antigas, neste novo contexto de atendimento. Tudo trouxe o encarecimento progressivo da assistência e o médico foi progressivamente se assalariando nos hospitais, grandes grupos de saúde e mesmo no próprio Estado, locais onde luta para manter sua autonomia.

De acordo com a Schraiber (1993), mesmo incorporando em seu trabalho a especialização e as tecnologias materiais, os médicos procuram manter o caráter liberal do seu exercício profissional, assentado no seu julgamento e poder decisório, buscando independência de ação pela sua autonomia de trabalho. Neste contexto, a individualização do exercício profissional e a liberdade correlata são atributos necessários para sua prática. Assim, pelo esforço pessoal, atinge-se a qualidade da assistência médica, que na sua visão, deriva de uma autonomia preservada. Mas em decorrência direta do desenvolvimento dos domínios da especialização e da tecnologia, na denominada pela autora “medicina tecnológica”, foi realizado um redimensionamento da própria autonomia. A visibilidade profissional e social depende do grau de instrução e auto-suficiência desenvolvidos, vinculados à persistência e capacidade pessoal de superar dificuldades.

Assim, torna-se importante a noção da livre-escolha e do livre-arbítrio, como referencial adequado e qualificador do seu trabalho diferenciado pelo maior adestramento e experiência clínica. Esta liberdade encontrará na severidade e na responsabilidade os limites que confrontarão o livre-arbítrio. Logo, ela implica na contínua vigilância por parte do médico, de caráter pessoal e pessoalmente exercida, no sentido de controlar o resultado, os efeitos da escolha e da ação exercida.

Esta prática liberal faz parte da cultura médica, trazendo uma forte tendência para a “prática solo” do exercício profissional. Vale dizer, um profissional que atua sozinho, ao menos no que tange às suas grandes decisões, e nisto, é dotado de grande autonomia de prática e procedimentos. Entretanto, a “medicina tecnológica” dentro ou mesmo fora dos hospitais leva o médico a perder progressivamente a autonomia mercantil e organizacional de seu trabalho, ao mesmo tempo em que luta para conservar sua autonomia clínico-cirúrgica refletida na prescrição médica (Schraiber, 1995).

Em um hospital existem outros profissionais atuando e o trabalho em equipe pressupõe uma interação cordial entre todos seus integrantes unidos em um projeto assistencial comum, no qual a autonomia pode evoluir para a complementaridade profissional, onde cada vez mais as decisões seriam discutidas e compartilhadas em equipe (Peduzzi, 1998). Entretanto, na grande maioria dos hospitais é observada uma tendência hegemônica do sistema de concepção de saúde, doença e terapêutica da cultura médica,

com a consagração do modelo tecnológico, num certo antagonismo com o modelo de profissionalização integral e de obediência à disciplina de grupo (assistência integral a saúde). Por outro lado, esta complexidade tecnológica e especializada crescente exigiu uma maior diferenciação não só na equipe médica, como também do pessoal administrativo e dirigente. Este crescimento trouxe modificações importantes na estrutura hierárquica, na estrutura de poder e nos sistemas de comunicação, com a expansão do sistema burocrático de administração profissional dos hospitais (Carapinheiro, 1993).

Ocorrerá na prática predominantemente sinergia ou antagonismo entre os vários saberes que participam da estrutura organizacional e de trabalho em um hospital? Na verdade, no hospital existem duas linhas de autoridade. A primeira oriunda do aparato administrativo, que visa normatizar condutas profissionais, estabelecer limites para o atendimento e avaliá-los quanto sua relação custo e resultados. A segunda pode ser atribuída aos profissionais responsáveis pelo tratamento do paciente, que priorizando esta atividade, podem transgredir a autoridade administrativa, alterando prioridades e impondo custos pelas condutas prescritas. Desta forma, coexistem várias lógicas de atuação dos diversos grupos profissionais. Além disso, existem diferenças fundamentais entre as várias especialidades médicas e também entre o campo de atuação dos demais profissionais de saúde. Esta multiplicidade de motivações afeta diretamente a racionalidade econômica. No hospital temos várias lógicas de atuação, potencial para

conflitos, devido à forma de conceber o seu próprio trabalho e o de outrem. Assim, a estrutura da organização é produto da interação dos seus componentes, que perseguem seus interesses próprios no seio da instituição e sua dinâmica está relacionada à capacidade de negociação entre as partes envolvidas. A especialização das funções, aliada a comunicação verticalizada, restringem a difusão da informação e a solução dos problemas onde ocorrem (Moliani, 2000).

Uma questão importante e partícipe desses conflitos é a autonomia profissional em saúde, particularmente do profissional médico e os limites a seu agir mais pessoal, que constituem as regras e normas de grandes instituições, na organização complexa do trabalho como é num hospital. Assim, seja a autonomia praticada, seja aquela idealizada pelos profissionais, este ideal de prática muitas vezes vai de encontro com as recomendações e normas de comportamento para a prevenção das infecções. Carapinheiro (1993) afirmou ser uma característica da profissão médica a auto-regulação profissional, que consagra a autonomia individual, dentro dos limites impostos pela profissão, mais voltados aos conhecimentos técnicos específicos e princípios para sua aplicação, do que à obediência das regras. Estas normas e valores profissionais dos médicos afetam mais a estrutura organizacional do que são afetadas por elas. O médico tem sobre seu trabalho o controle com responsabilidade, sendo por sua vez monitorado. Este monitoramento difere da supervisão em relação à hierarquia, responsabilidade sobre os atos do monitorado e a identificação e

resolução dos problemas. Assim, o monitoramento substitui os conceitos burocráticos de autoridade e supervisão.

Ainda segundo Carapinheiro (1993), de todas as categorias profissionais envolvidas na assistência à saúde, a profissão médica é a única verdadeiramente autônoma e como consequência desta organização da divisão do trabalho, pode dirigir e avaliar todas as demais categorias, sem ser, em contrapartida, objeto de direção e avaliação. Mas em um hospital encontra-se uma diversidade de profissionais, com diferentes tipos de formação e competências, com diversos olhares para a etiologia das doenças e o processo terapêutico, pelo menos teoricamente, todos unidos no objetivo comum de recuperar o doente para o mundo exterior, em condições de saúde física e mental, mas com objetivos específicos potencialmente geradores de conflitos.

Assim, de acordo com Carapinheiro (1993), o hospital é uma unidade de produção de cuidados médicos, congregando profissionais, saberes, tecnologias e infra-estruturas materiais, onde se superpõem três modelos de organização dos cuidados: o modelo de serviço doméstico, relacionado à hotelaria e à produção de serviços; o modelo de intervenção médica; o modelo de interação terapêutica, onde se destaca o trabalho da enfermagem, que desempenha uma função de constante informação sobre o cotidiano do paciente e nas práticas hospitalares, pode até intervir pontualmente no diagnóstico e tratamento médico, pelas informações fornecidas, mas sem efetivamente integrar o processo de enfermagem com

os cuidados médicos, existindo predominantemente uma relação de comando e execução entre médicos e enfermeiros.

Ainda de acordo com Carapinheiro (1993), para gerir um hospital há a necessidade da introdução progressiva de instrumentos racionalizadores na utilização de recursos materiais, técnicos e humanos na produção da saúde, para poder integrar, compatibilizar e coordenar os interesses dos múltiplos grupos profissionais. Assim, ao mesmo tempo em que se possibilita uma maior integração do médico na organização, ocorre um processo de racionalização do ato médico, impulsionada pela introdução dos novos meios de diagnosticar e tratar no ambiente hospitalar.

Neste contexto complexo, cabe pensar a CCIH e suas ações. Pelo conjunto das ações realizadas, o controle de infecção traz em sua fundamentação teórica a importância da padronização de condutas e do controle externo do exercício profissional, realizado por uma equipe multiprofissional, freqüentemente sem a participação direta do médico avaliado ou “orientado” e isto pode gerar resistências importantes às suas recomendações. O êxito das ações do controle das infecções para os pacientes, profissionais e instituição depende em grande parte das relações interpessoais. Dentro da estrutura organizacional, cada profissional deve ter papel definido e cumpri-lo com a máxima competência, procurando agir sempre de acordo com os princípios básicos de sua ação profissional, onde os conceitos de controle de infecção têm um papel importante (Pistono, 1995). Deve haver um canal de comunicação entre a CCIH e os profissionais

de saúde discutindo, padronizando e revisando normas e rotinas relacionadas à prevenção e ao controle das infecções hospitalares (Hoffmann e Clontz, 2004).

O profissional do controle de infecções deve ser uma fonte permanente de consultas para toda a equipe hospitalar, por isso deve estar sempre atualizado tecnicamente e ter um bom relacionamento com todos, procurando agir pela competência e não pelo mero “poder do cargo”. Muitas orientações aparentemente interferem com a autonomia da profissão e só serão aceitas se respeitarem o conhecimento do interlocutor, fornecendo-lhe informações científicas e epidemiológicas que fundamentem uma nova conduta. Estes dados, ao lado do estímulo à integração de todos os profissionais que prestam atendimento direto ou indireto aos pacientes e das orientações à clientela externa, são os principais produtos do controle de infecção (Fernandes e Noca, 2000).

São amplamente difundidas as dificuldades para a completa aderência dos profissionais de saúde às principais recomendações do controle de infecção. Semmelweis *apud* Fernandes *et al.* (2000), pioneiro do controle das infecções hospitalares, comprovou que as altas diferenças de mortalidade observadas entre a unidade obstétrica atendida pelos médicos e a atendida pelas parteiras, era devida a não higiene das mãos dos médicos, que vinham examinar as pacientes depois de realizarem as necropsias. Entretanto, ele sucumbiu diante dos conflitos provocados pelas reações imediatas às medidas preventivas que ele preconizava (higiene das mãos ao

entrar na unidade e entre cada exame clínico), não bastando os resultados positivos de sua ação reduzindo a mortalidade (Fernandes *et al.*, 2000).

Atualmente, os hospitais aumentaram em complexidade, a medicina é bem mais invasiva, as infecções hospitalares devem-se muito mais ao distúrbio do equilíbrio do homem e sua microbiota, relacionados à gravidade dos pacientes ou às medidas de diagnóstico e tratamento, que apresentam riscos intrínsecos à sua natureza. A atenção à saúde evoluiu e as infecções hospitalares continuam a representar um importante efeito adverso da assistência à saúde. As medidas de prevenção e controle das infecções hospitalares continuam a gerar polêmica, cada vez mais interagindo nas complexas interfaces estabelecidas no atendimento à saúde. Muitas vezes tornam-se evidentes os conflitos relacionados aos diferentes paradigmas e expectativas de cada um dos envolvidos nesta complexa cadeia de eventos interdependentes. Para otimizar seus resultados, o controle de infecção necessita de uma equipe harmônica e coesa, tarefa difícil, se não forem compreendidos e respeitados os múltiplos interesses envolvidos, atuando como líder de um processo que deve otimizar recursos e resultados em pró da saúde dos pacientes. Assim, compreender estes paradigmas é o primeiro passo para a elaboração de estratégias adequadas para o controle de infecção assegurar a qualidade assistencial.

Diante destas questões, entende-se que se deveria procurar uma visão mais abrangente, para encontrar as respostas que a prática profissional impõe fugindo da abordagem tradicional das infecções

hospitalares, sua prevenção e controle. É possível encontrar no Departamento de Medicina Preventiva, por suas características intrínsecas, a possibilidade de desenvolver as várias interfaces que estas questões levantam.

A hipótese desta pesquisa foi avaliar a existência de conflitos entre as principais recomendações das Comissões de Controle de Infecção Hospitalar e o agir profissional em saúde no ambiente hospitalar, sendo que os comportamentos derivados das diferentes culturas profissionais, considerando-se os profissionais médicos, enfermeiros e auxiliares/técnicos de enfermagem, por serem também diversos entre si, geram conflitos distintos em relação às referidas recomendações.

REVISÃO DA LITERATURA

2 Revisão da literatura

Inicialmente foi pesquisado o termo “infecção hospitalar” associado à “capacitação em serviço”, em todas as bases de dados cadastradas na Biblioteca Virtual de Saúde, sendo encontrados artigos somente nas seguintes base de dados LILACS (3 publicações), MEDLINE (82 publicações) e BDENF (2 publicações, já citadas no LILACS).

Somente foram encontradas duas publicações nacionais, ambas na área de enfermagem, sendo uma restrita ao treinamento direcionado às dificuldades observadas em funcionários do centro cirúrgico sobre as rotinas de desinfecção (Teshima e Bogado, 1996) e outra apenas com informações históricas sobre a importância do controle das infecções hospitalares (Peraccini e Gouveia, 1988). Na base MEDLINE, foram selecionadas para avaliação 50 publicações a partir de seus respectivos sumários. Estas publicações envolvem principalmente questões relacionadas à higiene das mãos, medidas de precauções padrão e isolamento e prevenção das principais infecções hospitalares, destacando-se pneumonia relacionada à ventilação mecânica, infecções relacionadas ao acesso vascular, uso de

antibióticos e controle de microrganismos multiresistentes. De modo geral estes artigos enfatizam a importância de campanhas educativas, elaboração de guias introduzindo as práticas baseadas em evidências científicas, necessidade de monitorização da aderência às recomendações preconizadas ou dos indicadores de infecção, com “*feedback*” e discussão com os profissionais de saúde envolvidos. A grande maioria dos trabalhos enfatiza melhora significativa dos resultados a curto prazo, relatando dificuldades para manter a adesão ao médio e longo prazo. Verificou-se que tanto o problema do controle das infecções hospitalares como a aderência dos profissionais às medidas essenciais para prevenção destes episódios, persiste como um desafio que exige novas abordagens.

Também foi realizada pesquisa utilizando os termos “infecção hospitalar” e “pesquisa qualitativa” nas mesmas bases de dados e foram encontradas uma referência no LILACS e quatro no MEDLINE. Os estudos envolviam um grupo focal com enfermeiros de UTI com o objetivo de torná-los multiplicados da CCIH (Cucolo *et al.*, 2007); grupo focal para avaliar o tratamento domiciliar de pneumonia (Carusone *et al.*, 2006); outro grupo focal para discutir o uso de roupa privativa fora do centro cirúrgico (Roxburgh *et al.*, 2006); um questionário sobre antibioticoterapia em pacientes com neoplasia (Mirhosseini *et al.*, 2006); mais um questionário para enfermeiros portadores de MRSA (Lines, 2006). Em nenhuma dessas pesquisas foi encontrada literatura que discutisse um tema similar ao proposto no presente

estudo, que já estava sendo realizado no momento da publicação destes artigos.

A relevância do estudo ora apresentado está centrada na importância das infecções hospitalares como um problema de saúde coletiva associada à capacidade comprovada de prevenção de pelo menos parte de seus episódios. Além disto, as estratégias habitualmente empregadas pela CCIH não estão sendo efetivas para mudanças comportamentais necessárias a adesão dos profissionais de saúde as medidas profiláticas. As pesquisas qualitativas podem fornecer elementos para o entendimento destes comportamentos, entretanto ainda foram encontrados poucos estudos nesta área de atuação. Assim, é possível entender que esse estudo, ampliando a discussão da prevenção e controle das infecções hospitalares, poderá trazer novos elementos para reflexão sobre as práticas assistenciais que a equipe de saúde presta no ambiente hospitalar.

OBJETIVOS

3 Objetivos

- Identificar e analisar os diferentes conceitos e conhecimentos dos profissionais de saúde com a prática hospitalar diante das infecções hospitalares e das ações de controle propostas pela CCIH;
- Identificar o significado atribuído, o entendimento objetivo e a intencionalidade das ações dos vários entrevistados com relação às práticas de prevenção e controle da IH, focalizando os produtos da interação social como componentes da realidade profissional;
- Identificar fatores facilitadores e obstaculizadores de caráter objetivo e subjetivo, identificando os principais fatos, valores, ideologias e conhecimentos que afetam a comunicação recíproca e os comportamentos perante as ações de prevenção e controle das infecções hospitalares.

MÉTODO

4 Método

4.1 Caracterização do estudo

O presente estudo se caracteriza como pesquisa qualitativa acerca do tema Percepções de Profissionais de Saúde relativas à Infecção Hospitalar e às práticas do controle de infecção. Inicialmente o delineamento desta pesquisa previa a concentração das entrevistas com profissionais cuja atuação ocorresse em hospitais que tivessem certificação de qualidade. Devido ao pequeno número de instituições que atendem a este pré-requisito, optou-se por ampliar a abrangência da amostra, incluindo profissionais de instituições não certificadas, mas que tivessem CCIH formalmente constituídas de acordo com as recomendações legais vigentes no país. O estudo foi conduzido de acordo com os sujeitos e instrumentos que serão descritos a seguir.

4.2 Sujeitos

Foram entrevistados 24 profissionais da área da saúde que atuam em hospitais, sendo oito médicos com especializações variadas, oito enfermeiros com diversas funções e áreas de atuação e oito técnicos/auxiliares de enfermagem de diferentes instituições e áreas de atuação.

4.2.1 Critérios de inclusão

Foram incluídos na pesquisa profissionais de saúde que tivessem pelo menos um ano de atuação na instituição. Foram selecionadas instituições com CCIH formalmente constituídas e que atendessem as recomendações da legislação brasileira em controle de infecção hospitalar (Lei Federal 9.431 e Portaria do Ministério da Saúde 2.616/98).

4.2.2 Critérios de exclusão

Foram excluídos profissionais que atuam em áreas onde não havia internação, como por exemplo pronto socorro, ambulatório e pronto atendimento. Também foram excluídos profissionais que de alguma maneira tiveram contato profissional anterior ou atual com o pesquisador.

Nas tabelas 1, 2 e 3 é apresentado o perfil dos sujeitos de pesquisa, respectivamente médicos, enfermeiros e auxiliares ou técnicos.

Tabela 1 – Identificação dos médicos pesquisados

Médico	Sexo	Ano/tempo de formado	Especialidade	Hospital	Setor	Cargo	Outros vínculos
1	M	1977	Cirurgião cardíaco / intensivista	Geral Privado Pequeno porte	UTI adulto com 20 leitos	Plantonista	Diretor clínico
2	M	1979	Ginecologista e obstetra	Geral Público Grande porte	Maternidade e clínica ginecológica	Chefe departamento de GO	Consultório particular e procedimentos cirúrgicos em outros hospitais
3	M	1978	Cirurgião geral e vascular e médico do trabalho	Militar geral Médio porte	Clínica cirúrgica	Cirurgião	Consultório particular e procedimentos cirúrgicos em outros hospitais
4	M	1974	Intensivista	Geral Privado Pequeno porte	UTI adulto com 20 leitos	Plantonista	Plantonista em outras UTIs
5	F	1987	Pediatria geral	Geral Público Grande porte	Clínica Pediátrica Geral	Coordenadora Clínica Pediátrica Geral	
6	F	1998	Intensivista Cardiologista Clínica geral	Geral Privado Médio porte	UTI geral com 32 leitos	Diarista	Diarista e plantonista em outras UTIs
7	M	1999	Intensivista Cardiologista Clínica geral	Geral Privado Médio porte	UTI cardiológica 12 leitos	Diarista	Consultório particular
8	F	1978	Neonatalogista	Geral Público Grande porte	Clínica Neonatal	Coordenadora da Neonatologia	Plantonista em outro hospital

Tabela 2 – Identificação das enfermeiras pesquisadas

Enfermeira	Sexo	Ano/tempo de formado	Especialidade	Hospital	Setor	Cargo	Outros vínculos
1	F	1992	Obstetrícia	Geral Privado Médio porte	Centro cirúrgico	Supervisora	
2	F	2000	Neonatologia	Geral Público Grande porte	UTI Neo	Assistencial	Assistencial
3	F	1999	Obstetrícia	Geral Público Grande porte	Obstetrícia	Assistencial	Assistencial Hospital Particular
4	F	1980	Administração Hospitalar	Geral Público Grande porte	Pronto Socorro	Assistencial	
5	F	2004		Geral Privado Médio porte	UTI Pediátrica	Assistencial	
6	F	2005		Geral Privado Médio porte	UTI Adulto	Assistencial	
7	F	1995		Geral Privado Médio porte	UTI Pediátrica	Assistencial	Assistencial Hospital Particular
8	F	1983	UTI Auditoria	Geral Privado Médio porte	UTI Neurológica	Supervisora	

Tabela 3 – Identificação dos técnicos pesquisados

Técnicos	Sexo	Ano/tempo de formado	Especialidade	Hospital	Setor	Cargo	Outros vínculos
1	F	2000	Auxiliar	Geral Público Grande porte	Pronto Socorro	Assistencial	
2	F	1997	Auxiliar	Geral Público Grande porte	UTI Adulto	Assistencial	
3	F	1997	Auxiliar	Geral Público Grande porte	UTI Neo	Assistencial	Assistencial Hospital Público
4	F	1995	Auxiliar	Geral Público Grande porte	UTI Pediátrica	Assistencial	
5	M	1995	Técnico	Geral Privado Médio porte	UTI Cardiológica	Assistencial	Assistencial Hospital Privado
6	F	1998	Técnico	Geral Privado Grande porte	UTI Adulto	Assistencial	
7	F	2004	Auxiliar	Geral Privado Grande porte	Enfermaria Clínica Médica	Assistencial	
8	F	2002	Técnico	Geral Privado Médio Porte	Enfermaria Clínica Médica	Assistencial	

4.3 Local de coleta

As entrevistas foram realizadas na cidade de São Paulo, em hospitais públicos, privados e em consultórios particulares. As mesmas se estenderam pelo período de seis meses, de fevereiro a junho de 2007.

4.4 Instrumentos

O instrumento utilizado foi a entrevista semi-estruturada (Anexo I), com o seguinte roteiro:

- a) Esclarecimento sobre os objetivos da pesquisa;
- b) Termo de Consentimento Livre e Informado (Anexo II);
- c) Dados sociodemográficos: nome, sexo, idade, área de formação, tempo de formado;
- d) Formação e história profissional;
- e) Área de atuação do profissional no hospital;
- f) Conhecimento do profissional sobre infecção hospitalar e as práticas de controle.

Foi utilizado gravador de som com consentimento do entrevistado. As entrevistas foram transcritas pelo entrevistador.

4.4.1 Entrevista semi-estruturada

De acordo com Polit (2004), a pesquisa é definida como uma investigação sistemática que usa métodos para responder dúvidas ou resolver problemas, desenvolvendo, refinando e expandindo o conhecimento, realizando descobertas que apóiam nossa vida diária. A investigação científica pode ser conduzida através de dois paradigmas distintos, ambos com legitimidade: o paradigma positivista e o paradigma naturalista (Polit *et al.*, 2004).

Ainda de acordo com Polit (2004) o paradigma positivista fundamenta a abordagem científica tradicional e predominante que enfoca a metodologia quantitativa. Ele tem suas raízes no século XIX a partir dos filósofos Comte, Newton e Locke. Seu pressuposto fundamental é que a natureza é basicamente ordenada e regular e existe uma realidade objetiva, independentemente da observação humana. Os fenômenos não são eventos casuais, mas tem causas antecedentes, objeto de pesquisa dos cientistas, que focam a compreensão das causas dos fenômenos naturais. Em decorrência da crença fundamental na realidade objetiva eles procuram manter suas crenças e preconceitos pessoais sob controle durante a pesquisa (Polit *et al.*, 2004).

Por outro lado, o paradigma naturalista ou fenomenológico, começou como um movimento contrário ao positivismo, a partir de filósofos como Weber e Kant. Para eles a realidade não é uma entidade fixa, é uma

construção dos indivíduos, existindo sempre interpretações múltiplas na mente das pessoas, não havendo um processo pelo qual a verdade ou a falsidade final possa ser determinada. Assim, o pressuposto básico são as interações subjetivas entre o pesquisador e os participantes do estudo. Este paradigma, empregado em pesquisas qualitativas, lida com o aspecto da complexidade humana, salientando a capacidade de criar suas próprias experiências a partir do que é vivido, coletando e analisando materiais narrativos subjetivos. Ao contrário da abordagem científica tradicional, que é reducionista, os pesquisadores naturalistas tendem a se concentrar em aspectos dinâmicos, holísticos e individuais dos fenômenos, dentro do contexto do que os experimentam. (Polit *et al.*, 2004)

Segundo Pope e Mays (2005) a pesquisa qualitativa está relacionada aos significados que as pessoas atribuem às suas experiências do mundo social e a como as pessoas compreendem este mundo. Tenta interpretar os fenômenos sociais, tais como interações e comportamentos, em termos dos sentidos que as pessoas lhes dão. Ela faz perguntas fundamentais e investiga a natureza dos fenômenos sociais. Estuda as pessoas em seus ambientes naturais e não em ambientes artificiais e experimentais. Depende fundamentalmente da observação das pessoas em seu próprio território e da interação das pessoas em sua própria língua, com seus próprios termos. Observar as pessoas em seu próprio território implica em observar, juntar-se a elas (observação participante), falar com elas (entrevistas, grupos focais e conversas informais) e ler o que elas escrevem. No contexto do campo da

saúde, uma gama de métodos qualitativos de pesquisa tem sido empregada para abordar questões importantes sobre fenômenos sociais, variando desde complexos comportamentos humanos, como a aquiescência dos pacientes ao tratamento e a tomada de decisão por profissionais de saúde. Este tipo de pesquisa está sendo crescentemente usado em estudos sobre organização dos serviços de saúde e políticas de saúde e na avaliação de reformas e mudanças organizacionais, para oferta de serviços de saúde sob o ponto de vista de pacientes, profissionais de saúde e administradores. (Pope e Mays, 2005).

As entrevistas semi-estruturadas têm atraído interesse dos pesquisadores pela possibilidade que os pontos de vista dos entrevistados sejam expressos livremente. É uma característica dessas entrevistas, as questões serem mais ou menos abertas e formuladas a partir de um guia de entrevista, que tem como principais objetivos, centralizá-la nos alvos da pesquisa e a melhor administração do tempo. Sendo as discussões e as observações pouco estruturadas, permitem a expressão de uma grande variedade de crenças, sentimentos e comportamentos que são analisados e interpretados pelos pesquisadores. Nesta análise, o pesquisador começa a identificar os temas e as categorias que são utilizados para construir a teoria descritiva dos fenômenos em estudo. Como se pretende estudar as perspectivas dos profissionais de saúde em relação às práticas do controle de infecção e sua interação, optou-se pela realização deste método de pesquisa.

4.5 Procedimentos

4.5.1 Seleção da amostra

Primeiramente foram selecionadas instituições hospitalares que tivessem CCIH formalmente constituídas, de acordo com as recomendações legais no Brasil. A seguir, foi apresentado o projeto de pesquisa às lideranças do hospital para permissão da realização das entrevistas. Os sujeitos foram indicados por essas lideranças, como também contatados pelo pesquisador.

4.5.2 Duração e seqüência de aplicação do instrumento

As entrevistas foram feitas em ambiente reservado, com duração de aproximadamente duas horas cada. Após o preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), foi realizada a entrevista semi-estruturada de acordo com o roteiro (Anexo I).

4.5.3 Análise dos dados

Os dados coletados na entrevista semi-estruturada foram agrupados em categorias de análises, sendo este o meio muito utilizado na pesquisa qualitativa, principalmente na área da saúde.

As categorias de análises serão descritas a seguir.

1. *Trabalho do profissional na área da saúde nos hospitais:*
 - a. Sistema de trabalho;
 - b. Hospital público x hospital privado;
 - c. Interação profissional;
 - d. Protocolos;
 - e. Sobrecarga de trabalho;
 - f. Acidentes ocupacionais.

2. *A prática do controle de infecção hospitalar*
 - a. Infecção hospitalar;
 - b. Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;
 - c. Diagnóstico das infecções hospitalares;
 - d. Relatórios epidemiológicos;
 - e. Treinamento dos profissionais de saúde.

3. *A prática da prevenção de infecção hospitalar.*
 - a. Formação profissional sobre infecção hospitalar e as medidas de prevenção;
 - b. Higiene das mãos;
 - c. Precauções e isolamento;
 - d. Controle de antimicrobianos;

- e. Controle da resistência microbiana;
- 4. *Ações dos profissionais frente a:*
 - a. Clientela;
 - b. Sua contaminação por infecção hospitalar.

4.6 Cuidados éticos

- a. O parecer sobre o projeto *Percepções de Profissionais de Saúde Relativas à Infecção Hospitalar e às Práticas do Controle de Infecção* foi concedido e dado como aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, no Departamento de Medicina Preventiva. Em conformidade com os critérios da Resolução 196 do Conselho Nacional de Ética e Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que julga pesquisas com seres humanos.
- b. Foi assinado por todos os entrevistados o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

5 Resultados

5.1 Análise

De acordo com a proposta inicial, foram realizadas 24 entrevistas semi-estruturadas tendo como sujeitos da pesquisa oito médicos, oito enfermeiros e oito auxiliares ou técnicos de enfermagem. Optou-se por realizar a análise e interpretação por categoria temática, apresentando a seguir o resultado da interação entre estes profissionais. As categorias que foram analisadas e discutidas foram: Trabalho dos profissionais na área da saúde nos hospitais; A prática do controle de infecção hospitalar; A prática da prevenção de infecção hospitalar; Ação dos profissionais frente à clientela; e Ação dos profissionais frente a sua contaminação por infecção hospitalar.

Embora no método inicial pretendia-se entrevistar as categorias profissionais sequencialmente, ou seja, só começar uma após concluir a anterior, optou-se por realizar as entrevistas simultaneamente. As principais razões dessa alteração estiveram relacionadas à disponibilidade dos

profissionais entrevistados e pela opção do confronto das informações obtidas entre as diferentes categorias profissionais.

A idéia inicial era realizar uma amostra de conveniência dos sujeitos de pesquisa a partir da indicação dos profissionais da CCIH e de acordo com a disponibilidade dos possíveis entrevistados. A duração das entrevistas e a própria temática abordada dificultaram a realização de algumas entrevistas, obrigando alteração de alguns sujeitos. Durante a pesquisa observou-se que o critério de amostragem a partir da indicação da CCIH poderia levar à respostas tendenciosas. A partir desta constatação, optou-se por selecionar os entrevistados dentre as lideranças formais ou informais, que atuam em áreas com maior risco de infecção. Outra alteração em no projeto original estava relacionada com a recusa de alguns profissionais em serem entrevistados, mesmo sendo garantido o anonimato da instituição e do próprio profissional. Estas recusas estiveram relacionadas às seguintes justificativas: falta de tempo, duração excessiva da entrevista, dificuldades para se expor em relação ao conteúdo da entrevista e não querer falar sobre o tema.

As entrevistas semi-estruturadas foram realizadas a partir do guia de entrevista previamente elaborado. E novos temas foram incorporados no decorrer da pesquisa. As principais alterações envolveram uma melhor caracterização do significado do termo “infecção hospitalar”, repercussões das recomendações do controle de infecção sobre a autonomia profissional, significado da resistência microbiana e das práticas para seu controle,

importância dada à higiene das mãos e dos seus fatores obstaculizadores, e reações a um possível acidente perfuro cortante. Foi elaborada uma codificação para classificação das falas dos sujeitos de pesquisa, que foi tomada como base para a apresentação dos resultados.

Optou-se por excluir da análise desta pesquisa, alguns temas que fazem parte do roteiro e foram desenvolvidos durante a entrevista. Estes temas são importantes, mas foram considerados como não essenciais para a compreensão do objeto da pesquisa. Dentre esses podem ser destacados a evolução histórica do controle de infecção, o conceito de prevenção, as auditorias externas e as glosas.

Posteriormente, foram interpretados os depoimentos e realizadas as discussões com a literatura, sempre enfocando por categoria temática e depois a sua interação. Também, apresentaremos nas considerações finais síntese e destaque dos principais achados e caminhos futuros.

5.2 Trabalho dos profissionais na área da saúde nos hospitais

5.2.1 Sistema de trabalho

5.2.1.1 Transformações da organização do trabalho médico

Nas últimas décadas ocorreram várias transformações importantes na organização do trabalho do médico, decorrentes principalmente da incorporação tecnológica, do desenvolvimento das especialidades médicas e da tendência a universalização da cobertura assistencial. A base de trabalho transferiu-se de exercício isolado em consultório para as unidades de serviço localizadas em hospitais e clínicas ambulatoriais. Conseqüentemente, a formulação do diagnóstico e do planejamento terapêutico incorporou novos recursos tecnológicos e profissionais, deixando progressivamente de ser um ato decisório individual do médico. Paralelamente, a difusão de informações médicas expandiu-se, principalmente com o advento da Internet. Todos estes fatores transformaram a organização do trabalho do médico e seu papel na relação com o paciente, trazendo novas concepções para o profissional de saúde. Os depoimentos a seguir apontam para estes reflexos sobre o trabalho médico.

I Médico 2:

“Hoje o médico já não é o soberano? Não, não é. Primeiro que muitos médicos não se deram respeito, então deixaram a peteca cair mesmo e isso é ruim. Então, aquela posição de respeito que o médico tinha, que era coisa meio quase que sacerdotal, não existe hoje”.

II Médico 4:

“O médico se sentia dono absoluto das ações, depois a coisa foi mudando e agora está cada vez mais restrita, tanto por glosa de convênio, como auditoração e como a CCIH”.

III Médico 1:

“Era um exagero, o médico era endeusado, ele era o ser diferente.”

5.2.1.2 Rotina de trabalho dos profissionais de saúde

As transformações que ocorreram na organização do trabalho médico afetaram profundamente a rotina de trabalho dos profissionais de saúde. O médico perdeu sua autonomia profissional, submetendo-se a regras estipuladas por empresas que controlam o acesso de sua clientela, remuneração pelos seus serviços e disponibilidade de recursos diagnósticos e terapêuticos. No hospital o médico realiza o trabalho intelectual do

diagnóstico e da terapêutica do paciente, mas com a incorporação dos novos recursos diagnósticos vem perdendo o monopólio deste procedimento que a partir da tecnologia de radio imagem, torna-se disponível a outros profissionais. O enfermeiro organiza o plano de cuidado assistencial e gerencia a atividade dos auxiliares e técnicos, prestando cuidado aos pacientes. Muitas vezes exerce um controle social sobre os doentes, na manutenção da ordem e disciplina concebida pelos médicos ou pela própria instituição. Desta forma o profissional de enfermagem algumas vezes tem que administrar o conflito entre a autoridade médica, a autoridade administrativa, as necessidades de sua equipe e as dos próprios pacientes. Principalmente nas falas dos auxiliares/técnicos observa-se que muitos problemas relacionados a assistência ao paciente surgem particularmente em situações emergenciais, decorrentes de atitudes improvisadas que privilegiam a intercorrência em detrimento das medidas profiláticas. Outro problema referido nestas falas foi a inadequação da estrutura física obstaculizando a realização das atividades da forma recomendada.

I Médico 1:

“O cara recebe 15 paus uma consulta, tem que atender correndo, sabe aquele negócio tudo a toque de caixa? O que vale é produtividade, o resto que se dane. É pedido um milhão de exames, não encosta nem a mão no paciente. Só da uma conversadinha rapidinha, pede um monte de exame,

manda embora e volta preferencialmente depois de 30 dias, porque ele recebe outra consulta”.

II Enfermeira 1:

“Primeiro eu olho como a pessoa está fazendo e finjo que estou aceitando. Aí depois eu venho com o novo. É assim, olha vem cá, eu vi você limpando da outra vez mas tem um produto que vai facilitar, tento colocar tudo que é novo, como um facilitador e não como alguma coisa impositiva ou que vem para mudar um jeito da pessoa pensar e acha que está certo. Por que ela faz há 10 anos daquele jeito, ela acha que você está trazendo uma coisa que não tem melhoria nenhuma”.

III Enfermeira 1:

“Eu tive um caso há pouco, que o colaborador gerou uma coisa um pouco maior, porque eu mesma comuniquei a diretoria. Ele levou para sala cirúrgica um equipamento sujo de sangue, num procedimento. Existia um procedimento, uma rotina que era feita de final de semana, que deixou de ser feita. Existia uma pessoa que usou e guardou sujo e existia quem lidera, que no caso era um enfermeiro. Então no caso foram quatro pessoas advertidas, cada uma dentro do que era sua responsabilidade. Eu chamei todos, cada um dentro da sua responsabilidade, e a enfermeira porque não viu tudo. Hierarquicamente cada profissional tem um superior e eu tenho que responsabilizar também o profissional que não foi averiguar se a tarefa foi

cumprida. Porque senão, eu não preciso dele aqui não é? Ele tem que estar contribuindo para o bom andamento do departamento”.

IV Técnico/auxiliar 3:

“Aqui no hospital nós temos a enfermeira que distribui as tarefas e eu vejo elas também como um porto seguro. O que eu precisar acho que elas têm que estar lá para poderem me ajudar, tirar minhas dúvidas, para poder me apoiar, e também os colegas, que são auxiliares como eu”.

V Técnico/auxiliar 6:

“Se escapa uma conexão do servo, aparelho respiratório, e com medo do paciente ficar com apnéia, a gente vai lá e conecta de volta, errado. Mas isso acontece, então, às vezes a gente não coloca a luva rápido e vai lá e conecta. Pode ser que com isso se esteja levando algum tipo de microrganismo para o paciente sem saber. Inconsciente, mas acaba fazendo. Então, você quer salvar correndo, então isso acaba acontecendo. Muitas vezes acontece emergência no paciente que está no isolamento, até que todo mundo coloque avental, alguém tem que entrar sem avental, não existe isso. Numa emergência você não vai falar: vamos colocar luva, avental, máscara, enfim, não dá para colocar tudo então você, é custo benefício, acaba fazendo uma coisa que sabe que não é o correto mas que, muitas vezes depende disso a vida do paciente, não tem como”.

VI Técnico/auxiliar 7:

“As dificuldades são inúmeras para o pessoal de enfermagem, não dá! Às vezes você até quer lavar a mão, quer voltar no KARDEX para lavar sua mão. Às vezes não dá, lá por exemplo, o KARDEX é no posto de enfermagem. É um corredor. No corredor eu tenho um quarto, depois outro quarto. Só se entrar dentro do banheiro do paciente, para lavar a mão, mas aí vai lavar a mão com o quê? Com o sabonete dele? Às vezes você até quer voltar no KARDEX para lavar sua mão, só que não tem como voltar lá no KARDEX e depois voltar pro fundo, sendo que já tem outro paciente do outro lado chamando. Tem mais um monte de coisa para fazer, neste vai e vem. Depois que eles colocaram esse álcool-gel dentro do quarto até que facilitou bastante, mas mesmo assim, duas vezes que passou aqui na mão, a mão fica toda gosmenta e tem que lavar. Não tem como ficar só no álcool-gel. Acho que com cinco pacientes para uma pessoa, por mais que queira, não consegue”.

5.2.1.3 Relação do profissional de saúde com o paciente

A incorporação tecnológica aliada a universalização da cobertura assistencial e a demanda de trabalho levaram a um progressivo processo de desumanização da saúde. As falas a seguir demonstram uma preocupação em restabelecer uma melhor relação do profissional de saúde com seu paciente.

I Médico 2

“O médico é um profissional que tem uma formação, e tudo na realidade depende do seu rapport. Pode ser um péssimo médico, mas se tem o rapport bom com o paciente, ele adora e acredita no médico. Mas pode ser o maior professor do mundo, se tratar mal o paciente ele não vai gostar”.

II Médico 6:

“Então, se o médico se envolve, se toca o paciente, se sensibiliza pelos problemas dele, traz o paciente mais para o seu lado, consegue melhor. Isso é uma coisa pessoal”.

5.2.1.4 Trabalho em equipe e interação profissional

Nesta categoria de análise os potenciais conflitos entre as diferentes profissões ficam bastante evidentes, inclusive seus possíveis reflexos sobre a qualidade assistencial. Os médicos exercem o comando do processo assistencial, afirmando-se “gerentes da doença”, aceitando uma “abordagem integrativa” desde que os demais profissionais não interfiram com seu poder de decisão. Chegam até a criticar o diagnóstico de enfermagem. A enfermagem tem sobre seu controle a unidade, o processo assistencial, a supervisão e orientação dos auxiliares/técnicos, ficando assim bastante evidente a divisão de trabalho entre o comando médico e a execução da enfermeira. Os auxiliares/técnicos, embora tenham um contato maior com o

paciente, recebem comandos e no seu trabalho sentem os reflexos de inadequações do processo assistencial.

Observa-se que o atendimento ao cliente é realizado a partir de uma estrutura hierárquica bastante rígida e no caso de conflito de condutas a hierarquia decide mais que as possíveis razões técnicas. Este fato fica evidente quando um profissional hierarquicamente inferior identifica uma conduta inadequada, geralmente ficando constrangido em corrigi-la, mesmo diante de possíveis complicações para o paciente. Outro problema relatado é a situação de plantões noturnos e outras eventualidades nas quais existe um número reduzido de funcionários.

I Médico 2:

“Eu parto do seguinte princípio: hoje em dia não existe mais medicina, nem médico isolado. O médico que quiser trabalhar sozinho, hoje, está crucificado. Sempre trabalho em equipe multiprofissional. É o que chamo de abordagem integrativa. O paciente não é mais abordado só pelo médico dele. Às vezes um médico passa a ser o gerente da doença daquele paciente. Esse é o médico que faz a abordagem integrativa. O que ele faz? Ele é o gerente da doença. Então você tem uma doença, eu sou seu ginecologista eu começo a atender. Mas descubro que você tem uma tosse e tal, pode ser uma tuberculose. Antigamente eu falava pra procurar o pneumologista. Hoje não. Hoje eu procuro o pneumologista, solicito pra ele te atender e quero conversar com ele e vou interpretar o que ele achou para

você também. Então, eu passo a gerenciar o teu problema. E se eu achar que não concordo com o diagnóstico dele, que você não foi bem atendido, eu peço para outro. Então, eu passo a ser o seu gerente e trabalho usando todos os profissionais relacionados ao problema.”

II Médico 4:

“É impossível trabalhar numa UTI se não for em equipe, porque você tem que sair daquele lugar, você vai para outro, outro colega te substitui, então existe uma supervisão disso, que é o diarista, que é outro membro da equipe. Existe coleta de dados, existe o laboratório, existe a enfermagem. O trabalho é equipe mesmo”.

III Médico 4:

“Como eu trabalho em equipe há muito tempo, sou uma pessoa extremamente focada na melhoria do serviço, quanto mais gente tiver trabalhando... Agora veja bem, isso aí é uma coisa delicada... Porque hoje em dia existe um exame da enfermagem. A enfermagem fica fazendo exame físico, fazendo história... ela tem a coisa dela também. É, o diagnóstico de enfermagem, então seria mais um profissional, tem a fisioterapeuta que avalia o doente também e é mais um papel. Então eu acho que isso gera uma confusão muito grande. Eu acho que tudo que vem para benefício do paciente, acho que tem que ser. Agora enfiar mais uma burocracia, mais uma confusão, aí eu acho que não. Então, elas fazem isso com sacrifício,

por que eu vejo a enfermeira hoje em dia muito sobrecarregada. A enfermeira muitas vezes tem que colher o sangue para mandar para o laboratório, tem que fazer o relatório, tem que fazer balanços... e ela acaba cada vez menos ficando com o doente. Até escala de plantão ela faz, e acaba ficando menos com o doente, que teoricamente é a coisa para qual ela foi treinada para exercer a profissão. Então às vezes eu vejo uma enfermeira ficar meia hora, 40 minutos, depois de um plantão cansativo, ficar escrevendo coisas que não deu tempo dela escrever durante o período de trabalho. Vai ficar burocratizando muito, discutindo muito e não vai ficar fazendo, eu acho que invés de ajudar ela atrapalha muito”.

IV Médico 4:

“Lógico, interferem na medida que trazem informações. A enfermeira fala que isso aqui já esteve bem melhor, isso aqui está bem pior. Eu não estou vendo dia a dia. Então eu penso se está piorando, vou ser levado a entrar com alguma medicação porque está piorando”.

V Médico 8:

“O enfermeiro não tem como opinar. Ele pode estar dando uma opinião em termos de como realizar os procedimentos e, de uma forma, nem assim fazer, porque quando o procedimento é médico, é médico que tem que está fazendo. Mas o enfermeiro pode estar ajudando. Mas opinar para modificar, eu acredito que não”.

VI Enfermeira 8:

“Mas na verdade o enfermeiro que controla aquela unidade, é a essência, porque se ele não interagir, se ele não entender, com certeza a equipe não vai entender e não vai fazer nada do que ele manda. Porque no papel cabe tudo, na assistência, é outra coisa, então acho que o papel mesmo é do líder da unidade, esse líder da unidade tem que saber o que as pessoas estão fazendo: Olha, esse paciente está com infecção, trocou de antibiótico, a CCIH que tem que saber? Não, o líder da unidade que tem que saber, em conjunto com a CCIH”.

VII Enfermeira 1:

“Eu tentava orientar primeiro o meu colaborador, porque eu era uma, então se eu fizesse da minha equipe vários olhos, eu talvez abraçaria um contingente maior. Eu acompanhei curativo, mesmo que você esteja com médico, ofereça sempre a luva, o anti-séptico, o material próprio para estar usando num curativo. Eles seriam na minha opinião, os vários olhos e os vários orientadores, os multiplicadores dessa situação dentro de uma UTI.”

VII Enfermeira 5:

“Como é uma instituição que não tem vínculo empregatício com os técnicos e auxiliares, que são cooperados, então eles se desligam facilmente, daí se perde tudo. Quando reinicia, a gente fala aqui é uma UTI, a gente prima muito pela lavagem das mãos, a orientação dos pais”.

VIII Enfermeira 2:

“Eu aceito a opinião de técnicos e auxiliares, sim. Na medida em que eu tiver fazendo alguma coisa que não tenha consciência de que aquilo está errado. Eles são profissionais tanto quanto eu, eles estão a serviço vinte e quatro horas, praticamente com o paciente. Estão mais próximos do paciente que o enfermeiro. O enfermeiro é um só para uma unidade e eles são em vários. Estão ali todos os dias, conhecem o paciente muito mais que qualquer outro profissional. Eles têm uma ligação direta com o paciente”.

IX Enfermeira 1:

“Se ele não está fazendo uma coisa correta eu vou questionar. Não vou impor. Houve um caso que a médica prescreveu curativo com açúcar. Peguei a prescrição e levei para o intensivista para ver se ele conseguia dialogar mas não conseguiu, manteve o açúcar e eu chequei. Registrei que foi conversado e questionado com o médico e mesmo assim ela definiu que seria feito com açúcar. Ficou isso no prontuário”.

X Enfermeira 8:

“Quando tenho problema com uma máscara ou com a limpeza de algum produto, vamos procurar saber como se faz, vamos procurar pelos laboratórios ou empresas que fabricam esse material, na verdade é um contato junto, tanto a CCIH como a educação continuada quanto a

enfermeira do setor, e a gente tem um consenso. Na verdade é um consenso, todo mundo dá opinião”.

XI Enfermeira 2:

“É orientação, orientação e olho. Porque é muita gente. Aí eu dou conta do plantão, mas tem o plantão do colega. Será que ele pensa da mesma forma? Tem o plantão da noite. A deficiência de funcionário a noite é muito maior. O pessoal avisa, tem que mudar o quadro de funcionário X, consegue manter esse quadro de funcionários X durante o dia, mas a noite não consegue. É complicado porque precisa desse controle vinte e quatro horas. Mas não tem vinte e quatro horas, não fica vinte e quatro horas dentro do hospital. Então depende da consciência dos outros profissionais e é essa a parte mais difícil. Que se eu ligo, o outro não liga, e assim vai, porque cada um é cada um”.

XII Enfermeira 8:

“Na verdade, a interação é um ninho de abelha, porque eu acho que tem que interagir com todos, não trabalho sem auxiliar, sem técnico, não conseguiria trabalhar sem as enfermeiras, sem médico, sem fisio... na verdade, faltou um integrante da equipe, não tem trabalho”.

XIII Enfermeira 1:

“Como sou chefe do centro cirúrgico, hierarquicamente eles tão subordinado a seguir aquilo que eu determino. É uma luta pela minha formação ser de

Enfermeira, eles questionam por que é uma enfermeira que é a chefe. Os médicos respondem diretamente para o diretor médico e clínico do hospital. Também tenho que buscar o apoio da direção médica e da direção clínica. Não é confortável, mas existe um respeito, embora não tenha aceitação plena disso, porque eu tenho um cargo aqui dentro e porque eu estou respondendo à diretoria e eles acabam aceitando, mas é lógico que aceitam não pelo conhecimento e sim porque estou no cargo”.

XIV Enfermeira 5:

“Ela chegou e não lavou as mãos. Eu falei: senhora, por gentileza, queira se identificar. Ela nem se identificou. Então, quando é um profissional que vem fazer uma avaliação, eles não procuram saber se há critérios e isso é básico de um médico, de um profissional. Acho o cúmulo que essas coisas aconteçam. É uma falta de compromisso com a profissão”.

XV Enfermeira 5:

“Eles foram passar um cateter, eu abri tudo, a paramentação estava ali, as luvas ali. A doutora achou por bem não vestir o avental e passou o cateter com a roupa dela, lavou a mão, calçou a luva estéril e não se paramentou devidamente. Acionamos a CCIH e vieram as duas enfermeiras, ela terminou o procedimento prontamente e se dirigiu para o lavabo, lavou as mãos e se paramentou. Só a presença da CCIH foi essencial e eu acabei

fazendo uma não conformidade para doutora, pela não paramentação, procedimento invasivo, então foi notificada, a equipe médica foi notificada.”

XVI Técnico/auxiliar 2:

“Acho que somos uma equipe e, a visão de uma terceira pessoa é muito importante. Pode ser a faxineira, ela tendo conhecimento eu acho super importante. É equipe multiprofissional e não inultiprofissional.”

XVII Técnico/auxiliar 6:

“Às vezes vem médico de fora que chega apressado, joga a mala em cima do carrinho e entra direito para ir ver o paciente. Ah senhor, tem gel alcoólico aqui doutor. Ah ta bom, obrigada. Aí eles mesmos usam, mas você tem que ir com jeito, não adianta você falar precisa de lavar a mão, que daí o médico fica te olhando atravessado, não tem jeito”.

5.3 Protocolos

Os protocolos são vistos como um guia para condutas, mas podem restringir a autonomia e são obrigatórios nas instituições que participam de processos de acreditação. Os profissionais de saúde entendem sua importância, afirmam que para serem efetivos todos devem aderir, mas muitos admitem que não lêem seu conteúdo. Os protocolos são um

instrumento para o controle administrativo das atividades profissionais. Idealmente eles devem incorporar os princípios das práticas baseadas em evidências científicas, entretanto nas falas ninguém citou este fato que dá respaldo as melhores práticas. Também foi notado pelas falas que não há participação nos protocolos exceto da CCIH e de profissionais que ocupam cargos de chefia.

I Médico 2:

“E eu como gerente, era chefe de clínica e diretor clínico, se tenho um grupo, que só pensa nisso, porque que vou discutir com eles conduta, vou seguir as normas deles”.

II Médico 4:

“Eu não gosto, eu acho por exemplo essas Escalas de Glasgow, Escala de Hansen, Escala de bom, todas essas escalas isso tudo é um mecanismo de tornar a medicina uma coisa exata. Um protocolo rígido que você tem que seguir para fazer essas coisas todas, era mais ou menos uma lavagem cerebral. Não existem doenças existem doentes. Então existe o protocolo de tratamento das doenças. Muitas vezes os residentes pedem aula e falo: a melhor aula é o paciente. Você tem que passar no leito, discutir, entender muito bem no leito porque o paciente é um monte de aula misturada. Posso dar aula de diabetes, insuficiência renal, insuficiência coronariana, mas o doente tem uma mistura dessas patologias em proporções que só ele tem. E

você vai precisar saber qual é aquela patologia que está piorando mais e intensificar o seu tratamento para aquilo. Num segundo momento pode ser que é outra das insuficiências que ele tem que está agravando o quadro. Então, você vai fazer protocolo do seu José, protocolo do seu Fernando, protocolo do seu Rivette. É o protocolo de quem? Porque como é tratar de um renal crônico que tem diabetes, um renal crônico que não tem diabetes, um renal crônico que é coronariano. É outra coisa. Eles querem objetivar a medicina. Isso não está no protocolo, eles querem tirar da medicina uma subjetividade”.

III Médico 6:

“A gente procura seguir sim, os protocolos. Porque é uma coisa da instituição, como é uma instituição acreditada, que por conta disso tem a obrigatoriedade dos protocolos aí é uma coisa da instituição, e eu acho importante. Uma coisa que padroniza as atitudes, e até aqueles colegas que às vezes não acreditam porque está dentro da instituição acabam seguindo, então não fica uma coisa assim sem controle, deu a louca eu quero isso pronto acabou”.

IV Enfermeira 1:

“Sabe que não é fácil. Não vou dizer que todos aderem, não é 100% que adere”.

V Enfermeira 3:

“Na instituição particular que eu trabalho atualmente, tem-se todos os protocolos. Eu não tive tempo até hoje de ler todos. Existem todos com relação às medidas de prevenção. Quando eu cheguei na instituição eles já tinham todos os protocolos elaborados e implantados”.

VI Enfermeira 5:

“Eu acho que é, é um roteiro, é um caminho, um indicador. Tem que haver para se ter parâmetros das coisas. Até o momento não fui convidada a participar desses protocolos.”

VII Técnico/auxiliar 8:

“Eu tenho um na minha prancheta onde anoto o número dos meus pacientes. Então, como eu não consigo decorar todos, eu mantenho ele ali, porque quando eu tenho alguma dúvida, eu abro e leio, é assim que faço”.

VII Técnico/auxiliar 3:

“Tem gente que fala que saco, meu Deus, tem fazer isso, fazer aquilo, porquê? Tem que chegar a um porquê. Como que eu posso dizer, no final, a resposta tem que ser positiva, mas para ser positiva, todo mundo tem que aderir. Se não seguiu aquele protocolo como tinha que ser, lá no final fica diferente. É como receita de bolo, se desandar numa coisa, não vai dar certo lá no final, vai ficar solado, não vai crescer, vai ficar ruim”.

5.4 Sobrecarga

O estresse na atividade dos profissionais de saúde no hospital leva a situações onde as recomendações para prevenção das infecções hospitalares não são adequadamente seguidas. Os profissionais de saúde sabem que isto está ocorrendo e o relacionam com o excesso de trabalho, falta de funcionários, super lotação, espaço físico inadequado ou urgência clínica. Nas falas criticam a postura da CCIH por não interferir sobre os fatores que provocam essas situações referidas anteriormente, fazendo críticas aos profissionais e propondo medidas que segundo os entrevistados já são conhecidas e que sua concretização é limitada pelos fatores que originam os problemas.

I Médico 4:

“O doente infectado está numa maca, aí chega outra, ou alguém chama para dar uma mão. Lá vai o cara correndo ajudar numa urgência levando a infecção para o outro paciente, muitas vezes o número de funcionários por leito é menor e o sujeito fica sobrecarregado, não adianta aprender, eu acho que adianta é você treinar o indivíduo, mas tem que ter uma estrutura onde ele possa exercer o treinamento a contento”.

II Médico 5:

“Muitas vezes falta de equipamentos, falta de recursos humanos. Nós não temos profissionais suficientes atuando no serviço público, portanto, toda a prevenção fica bem mais complicada de ser efetuada. Por falta de profissionais mesmo, muitas vezes é, o laboratório, que esteja funcionando adequadamente e equipamentos também”.

III Médico 8:

“Área da neonatologia, quando o berçário está muito cheio, ocorre uma sobrecarga de trabalho e um RH muito reduzido. Às vezes eu acho que deixa de ser feita a lavagem das mãos. Apesar de que a gente propôs que se usasse álcool gel nessas ocasiões. Existem falhas mesmo, não porque as pessoas não saibam o que elas têm que fazer, é realmente pelo ritmo de trabalho que se impõe a elas. Temos uma capacidade de dez leitos, nós estávamos trabalhando com treze, catorze. Praticamente ficava um bebê do lado do outro. Não tinha nem como transitar dentro do berçário. A CCIH falava que tem de restringir a internação. Mas não dá. Falar é muito fácil mas na prática era inviável, porque nascia, nascia e nós tínhamos que prestar atendimento. Foi justamente quando nós tivemos nossos dois surtos, pela super lotação do berçário”.

IV Médico 5:

“Hoje, a superpopulação que é atendida principalmente nos hospitais públicos faz com que nós não consigamos realmente seguir a risca as normas propostas pela CCIH, portanto, vários pacientes ocupando o mesmo espaço físico, a falta imensa que existe em termos de isolamento em nossos hospitais públicos, faz com que pacientes fiquem expostos a bactérias e tenhamos um número maior de pacientes com infecção hospitalar”.

V Enfermeira 2:

“Um metro e vinte para cada berço, para cada cama, isso não funciona. Quando está congestionado de paciente, sem querer ou não, o povo descuida, as contaminações ocorrerem. Aí quem cai matando em cima? CCIH. Quer dizer não pode isso, não pode aquilo, você tem que fazer isso, tem que fazer aquilo, mas eles têm que chegar antes da coisa acontecer, entendeu. Antes do surto acontecer”.

VI Técnico/auxiliar 7:

“Eu acho que estão sobrecarregando demais os hospitais e funcionários, e acaba não conseguindo fazer as coisas como devem ser sempre e acho que acarreta isso daí”.

VII Técnico/auxiliar 1:

“Vejo muitos colegas que mexem com paciente, não lavam a mão, mexem com outro, e não descartam os materiais de forma adequada. Eu acho que aqui, muitas vezes é a correria mesmo, falta de tempo. É muito paciente, pouco funcionário e eles acabam correndo, não tendo tempo porque tem dez, tem vinte, tem trinta fichas e dois funcionários para atender aquele monte de paciente, daí chega uma emergência aqui outra ali e eles acabam não tendo essa precaução, muitas vezes nem calçando a luva”.

VIII Técnico/auxiliar 3:

“Uma vez estávamos com a UTI super lotada. O CCIH falou que tinha que ter uma linha imaginária no chão. A gente até brincou, falamos assim, vai falar para os bichos: olha, dessa linha para cá você não passa. Que tem que ter não sei quantos centímetros de diferença de uma incubadora para outra. Mas, vai fazer o que com os nenéns? Não tem beliche de incubadora e não tem também espaço para colocar, vai colocar no teto? Porque fala para gente que tem que ter essa margem de segurança, de uma para outra, mas não para de nascer. E aí você vai por aonde? Você precisa por. Então a gente fica meio perdido, não sabe o que fazer, o que é o certo”.

IX Técnico/auxiliar 2:

“A CCIH não só deveria interferir no meu trabalho, mas deveria interferir no trabalho deles também. Evitando a super lotação, que eu sei que eles

podem. No nosso é fazer atualização. Gostaria tanto que nós tivéssemos um CCIH atuante, que eles tivessem um protocolo. Por exemplo, incubadoras, elas tem que ser mais afastadas, não ficar tão unidas. Mas não, as crianças dão a mão dentro do berço, são muito juntinho. Eu acho que se eles trabalhasse aí, evitaria muito, então eu volto para a super lotação. Que é uma coisa que a CCIH pode intervir, eles têm poder para isso”.

X Técnico/auxiliar 7:

“Queria fazer isso melhor, queria ir lá dar banho naquele paciente agora, mas não consigo porque tenho mais quatro, que algum está com dor, outro quer tomar banho, outro está evacuado, tenho que trocar a fralda dele. E é só você, as pessoas chegam para te pedir uma ajuda, você até quer, mas não consegue porque você não está dando conta do que tem”.

5.5 Acidentes ocupacionais

Foi observado pelas falas e postura dos entrevistados (risos imotivados) um certo descaso com as medidas preventivas dos acidentes ocupacionais, que estão relacionados principalmente a pressa em realizar a atividade, uso inadequado de equipamento de proteção individual ou executar uma ação não recomendada, como por exemplo, re-encape de agulha.

I Médico 1:

“Eu já tive vários acidentes com perfuro cortante. O último que eu tive faz mais ou menos um ano eu não fiz porcaria nenhuma, e os outros eu não fiz nada por que era uma época que não se fazia nada. Sei que está errado mas acabei deixando por isso mesmo (risos)”.

II Médico 2:

“Mas tem uma história muito gozada dentro da obstetrícia que é conhecida por todos, porque um dos papas da obstetrícia no Brasil, foi o professor Briquet, Raul Briquet, que é dono de um livro de obstetrícia fisiológica, foi o livro de obstetrícia mais utilizado no Brasil. E esse professor, Raul Briquet morreu por uma infecção que ele pegou, examinando uma paciente, mas eu não estou bem lembrado se foi uma infecção puerperal ou foi uma mastite, mas eu lembro que ele examinou a paciente e ele tinha alguma lesão na mão, alguma coisa e ele pegou um germe, devia ser um gême tão virulento, fez uma septicemia e morreu. E as pessoas brincam. Acho que foi uma infecção puerperal mesmo, que as pessoas brincam e falam: o professor Briquet morreu de infecção puerperal. Mas como é que pode se ele era homem (risos) Pra morrer de infecção puerperal? Então é muito interessante para gente ver como existe sim, este risco”.

III Médico 5:

“Eu mesma há dezoito anos atrás, ainda na época de residência, contrai tuberculose. Eu trabalhava como médica residente, não usava máscara, examinando pacientes com HIV e portadores de tuberculose e acabei ficando doente com tuberculose também. Então eu senti na própria pele.”

IV Enfermeira 1:

“Eu era enfermeira assistencial e tinha um contingente de pessoas reduzido, tive que assumir um paciente e assumi esse que dava mais trabalho. Era o mais grave e tinha destro de duas em duas horas, um paciente HIV positivo com destro de duas em duas horas e não existia maquininha para fazer o destro. Então eu fazia com agulha de insulina e na pressa de evoluir todo mundo e ainda tinha que cuidar desse, acabei me distraindo e re-encapando a agulha. Nesta eu me perfurei. Sabia, mas na pressa, na correria, eu acabei re-encapando e ela perfurou a embalagem plástica e eu acidentalmente. Lavei, fiz o CAT, fui para o Emílio Ribas, passei consulta com infectologista de lá. Ele me passou toda a parte de medicação, eu tomei anti-globulina e tomei o AZT na época. Senti-me muito mal, primeiro porque foi uma estupidez minha de re-encapar a agulha e segundo porque o AZT tem efeito colateral horrível. Então eu me senti péssima, não consegui tomar os trinta dias, tomei só vinte”.

V Enfermeira 1:

“Tive um colaborador que ficou oito meses afastado porque contraiu a tuberculose. Eu acredito que ele tinha pego no hospital, porque a gente cuidava e na época ainda não usava a N 95, a gente usava máscara comum. Na época a gente usava duas máscaras”.

VI Técnico/auxiliar 8:

“Eu tive uma amiga que se contaminou por erro dela re-encapando uma agulha. E o paciente era portador de HIV e ela teve todo o apoio da CCIH. Essa minha outra colega que se furou aqui, chegou lá embaixo e o médico maltratou, tem que tomar cuidado, não é desse jeito, vocês sempre descem aqui se contaminando.”

VII Técnico/auxiliar 6:

“Como foi uma situação de emergência o paciente não estava respirando adequadamente e ele foi aspirar, só que com a força da tosse do paciente, uma das partes soltou e espirrou secreção nos olhos dele. Se ele tivesse, ao invés de ter ido correndo para aspirar o paciente, colocado os óculos de proteção, somos obrigados a andar com isso, não teria acontecido”.

VIII Técnico/auxiliar 1:

“Ela se contaminou com um jelco que foi deixado na cama do paciente. Ela procurou o médico do trabalho ele colheu e, na verdade ela adquiriu HIV,

mesmo usando aquelas medicações todas, ela adquiriu HIV. Ela se afastou do trabalho, era uma jovem de vinte e três anos, nunca mais eu soube dela”.

5.6 A prática do controle de infecção hospitalar

Neste item foi utilizada como referencial teórico e oficial a Portaria do MS 2.616 / 98.

5.6.1 Infecção hospitalar

De acordo com a Portaria MS 2.616 / 98, no seu Anexo II, infecção hospitalar (IH) é aquela adquirida após a admissão do paciente e que se manifesta durante a internação ou após a alta, quando puder ser relacionada com a internação ou procedimentos hospitalares. A grande maioria das infecções hospitalares é causada por um desequilíbrio da relação existente entre a microbiota humana normal e os mecanismos de defesa do hospedeiro. Isto pode ocorrer devido à própria patologia de base do paciente, procedimentos invasivos e alterações da população microbiana, geralmente induzida pelo uso de antibióticos. Por serem doenças transmissíveis, as infecções hospitalares apresentam uma cadeia epidemiológica que pode ser definida a partir de seus seis elos: agente

infectante; reservatórios ou fontes; vias de eliminação; transmissão; penetração; e hospedeiro susceptível.

Pelo conteúdo das falas foi observado que de uma maneira geral todos os profissionais de saúde têm certo grau de conhecimento sobre o conceito das infecções hospitalares e de sua cadeia epidemiológica. Alguns médicos fizeram colocações inadequadas levando a crer que são mais desatualizados em comparação com os demais profissionais. Isto foi evidenciado em duas falas, uma afirmando que não vê esse problema em seus pacientes e outra colocando cortinas como fonte “fantástica” de infecção hospitalar em UTIs. Embora haja um entendimento da cadeia epidemiológica das infecções hospitalares, muitos colocam que sua ocorrência depende do acaso, sorte ou situações de risco. Também foi enfatizado que em situações emergenciais é priorizada a assistência ao paciente, podendo haver falhas “justificadas”, mas que poderiam ser minimizadas através de posturas pró ativas que previssessem essa possibilidade.

Outro aspecto discutido foi a culpa pelos episódios de infecção hospitalar. Embora como descrito em uma fala, ninguém contamina propositalmente os pacientes há uma tendência a sempre se colocar a culpa no outro. Também de acordo com outra fala existe uma tentativa de diferenciar responsabilidade de culpa, através do conceito de exposição ao risco. Alguns profissionais citaram que a não quebra de protocolos ou o uso de antibiótico após uma possível contaminação podem reduzir o risco de

infecção. Em relação aos auxiliares/técnicos foi enfatizada a importância deles saberem o porquê das medidas preventivas e não simplesmente serem informados das ações profiláticas.

I Médico 7:

“Infecção hospitalar na minha cabeça, é uma infecção adquirida dentro de um hospital. Sem dúvida, é uma infecção mais difícil de ser combatida do que uma infecção de comunidade”.

II Médico 6:

“Números não sei, a gente tem aqui a comissão, eles calculam as nossas taxas”.

III Médico 7:

“Nossos pacientes, graças a Deus, não têm esse problema. Acho que foi 1 ou 2 que tiveram”.

IV Médico 8

“O surto infeccioso maior que nós temos tido no setor é por Gram negativo. E às vezes são bactérias multiresistentes. Mas, no controle dessa infecção, a equipe inteira se envolve, aliada a Comissão de Infecção”.

V Médico 1:

“Hoje em UTI usa muito cortina. Está pegando a moda dessas cortinas, que na UTI são um horror! Isso é um foco fantástico de contaminação”.

VI Médico 1:

“Infecção pulmonar, acho que em qualquer UTI do mundo, tem maior incidência por causa do tipo de paciente, paciente respiratório, intubação. Infecção urinária é outra que a gente tem com uma frequência relativamente alta, por causa de sondagem. Aí você vê muita gente se preocupando em manter a limpeza de via aérea, aspiração e a coitada da sonda vesical está lá largada, entupida, está vazando por fora, tracionada sem uma higienização correta. Acho que esses dois você pega a grande gama de infecção”.

VII Médico 2:

“Quando uma mãe morre de hipertensão arterial? Ela morre, porque o pré-natal foi mal feito. Então é coisa fora do hospital. Quando uma mãe morre de infecção, é que é coisa dentro do hospital. São condições do ambiente em que ela está sendo atendida, funcionários, condição de trânsito de roupas sujas, técnica de quem está fazendo cirurgia, má esterilização de material, qualidade do material que você tem. Então é condição local”.

VIII Médico 6:

“Eu acho que é um conjunto de fatores, por mais que se bata na tecla da precaução, da prevenção, elas são falhas em qualquer hospital. Isto por que muitas vezes as pessoas não acreditam naquilo que elas não vêem. O uso indiscriminado de antibióticos antes de ter o diagnóstico firmado de uma infecção. O uso em alta escala de antibióticos potentes, de amplo espectro de forma, às vezes, indevida. Porque é muita porta de entrada. Os pacientes são muito invadidos, com cateter central, sonda vesical, sonda naso enteral, balão intraórtico, cateter de swan-ganz, cateter de PAM, pressão monitorização intra-craniana... é muita invasão. É muita exposição”.

IX Médico 7:

“Se eu passar um cateter e contaminar o cateter, eu posso desenvolver uma infecção hospitalar grave no paciente. Às vezes o paciente é imunodeprimido, entubado, cateter... não tem como evitar, ele vai adquirir infecções importantes”.

X Médico 8:

“Nenhum bebê deveria ter infecção hospitalar, se a gente tomasse todos os cuidados, da teoria. Se todo mundo fizesse na prática realmente o que estava na teoria, eu acho que seria mínimo. Também, porque a instituição tem que fornecer, a melhor forma para você trabalhar”.

XI Médico 1:

“Você atende um politraumatizado, na porta do pronto socorro, vomitando, aspirando, em franca insuficiência respiratória. Você vai intuba o paciente e sabe que ele vai infectar, por mais que você faça cobertura antibiótica, aspire. Você pode fazer o que você quiser...água benta... ele vai desenvolver uma infecção. Como é que isso é evitável? No meu conhecimento isso não é”.

XII Médico 2:

“Você veja que gozado! há pouco tempo atrás eu atendi uma filha de uma diretora de RH do hospital e queria fazer uma simples laqueadura. E eu falei: faz lá no hospital, faz de manhã e vai embora a tarde, é tranqüilo. Eu vou pegar ainda o chefe da clínica ginecológica para fazer para você, é tranqüilo, rápido, sem problema nenhum. E ela fez, uma mini-laqueadura, uma incizãozinha de quatro centímetros. Tem um protocolo disso. Foi feito tudo dentro do padrão normal. Mas a danada, não fez naquela pequena incisão, um processinho infeccioso? Coisa que a gente faz quinhentos casos e não dá problema e ninguém dá antibiótico para isso. E subestimaram o caso, justamente porque não podia ser, entendeu? Mas a conduta foi a mesma que era para todo mundo, não foi feito diferente. Deu um azar”.

XIII Médico 2:

“Eu lembro bem que teve um caso de uma menina de treze anos que provocou um aborto e entrou em septicemia e foi para a UTI (pausa). Na UTI o pessoal chamou o pessoal da ginecologia do hospital de plantão, pedindo: olha, se não tirar o útero dessa menina vai morrer. O pessoal começou: mas com doze, treze anos, vamos tirar o útero? Tira, não tira, não sei quê. Então vamos fazer uma reunião clínica. Marcaram a reunião para aquele mesmo dia à noite, demoraram não sei o que. E quando foi lá para umas oito a menina teve uma parada, uma complicação cardiológica da infecção e morreu. Talvez, não sei se teria salvado a menina, mas se tivessem tomado a decisão antes. Mas é muito angustiante, às vezes, a gente tomar essas decisões. Não é fácil, entendeu?”

XIV Médico 8:

“Normalmente, são bebês prematuros extremos, abaixo de mil gramas, que nascem com suspeita de uma infecção, pela história materna de um risco infeccioso. A maioria dessas mães que entram em trabalho de parto prematuro, por falta de pré natal ou por uma infecção do trato urinário não tratada, ou então por uma leucorréia não tratada. O bebê nasce prematuro, normalmente são prematuros extremos, com risco infeccioso em que a gente faz um screening, uma triagem para infecção, mas a gente já introduz antibiótico. Com a evolução, longa permanência na UTI neonatal, eles acabam se contaminando, e acabam seguindo um curso de sepse tardia e aí

que a gente faz diagnóstico de uma infecção hospitalar. Os mais graves culminam com o óbito”.

XV Enfermeira 7:

“Eu sabia, deixa ver se me lembro quais as principais infecções? Não, acho que não vou saber falar não.”

XVI Enfermeira 1:

“Muitas vezes eu vi um médico que ia avaliar ou o fisioterapeuta ia trabalhar, ou a nutrição ia acompanhar e encostar num paciente e em outro... às vezes não lava a mão... e isso é básico para mim. Entre um paciente e outro ou você alcooliza ou lava a mão mesmo”.

XVII Enfermeira 2:

“Na situação de emergência, de catástrofe, você num vai pensar numa infecção hospitalar naquela hora? Você vai pensar no risco de morte da paciente que está ocorrendo na hora. Você tem que fazer o seu melhor ali e na medida do possível com as medidas preventivas. Mas muitas vezes ocorre alguma falha e dentro dessa falha é, vai junto um microrganismo, que já vai aproveitar aquela situação e vai deixar o paciente pior. Não deu para por luva, não deu para fazer aquela assepsia como devia fazer em situações de emergência, ou então na passagem daquele cateter está tudo muito confuso. É, o antibiótico conserta isso depois, entendeu? Se dá um

antibiótico, como eles chamam? de largo espectro. Eles pode até consertar, mas dependendo da situação do paciente, se for um paciente, por exemplo, imunodeprimido aquilo ali para ele, aquele microrganismo vai ser um problema”.

XVIII Enfermeira 8:

“Eu acho que a equipe precisa de mais entendimento, orientações eles tem, precisam entender como funciona a coisa. Uma enfermeira, ela fez uma faculdade, vê os microscópios e os microrganismos. Ela sabe como uma bactéria pode transmitir, o auxiliar e o técnico não tiveram isso, eles só têm a orientação: lave as mãos. Então, eu acho que o que falta mesmo nas escolas é mais equipamentos e material, porque as pessoas querem entender como funciona. A partir do momento que se vê, entende como funciona. É diferente de dizer lave as mãos”.

XIX Enfermeira 2:

“Colocar mesmo na cabeça do profissional, ele saber, fazer ele enxergar o que ele não está vendo. São microrganismos que você não está vendo. Você não acredita que um fio de cabelo seu é super contaminado. Você só acredita se colocar uma lupa ou alguma coisa assim, aí vai ver o que tem de contaminação. Aí você vai ver o quanto você tem de contaminação na tua mão. O que sua mão leva”.

XX Enfermeira 6:

“Definição é assim, qualquer infecção que ocorra no paciente estando internado, não sei o período certo, mas tem um período não é? Mesmo após a alta ele pode desenvolver”.

XXI Enfermeira 8:

“O nome já diz: “Infecção hospitalar”, hospitalar porque você está dentro de um hospital para fazer um procedimento. Quando você interna, você sabe que tem os riscos. Quando você interna em qualquer hospital hoje que você assina, que está ciente de todos os riscos que podem te acontecer. Então, os riscos estão aí, é só você ter sorte para ficar fora dele”.

XXII Técnico/auxiliar 8:

“Foi pós-operatório. Então, geralmente o paciente foi para casa e voltou. Aí foi, quando foi olhar era infecção. Só que é aquele negócio, o médico diz que não foi ele que contaminou, diz que foi a enfermagem que não cuidou direito da ferida, e vice-versa. E a enfermagem diz que foi o médico que não fez o procedimento dele correto. As úlceras de decúbito, que algumas ficam infectadas, mas acho que isso a CCIH não acompanha. Eu não sei se é responsabilidade da CCIH. Que ulcera de decúbito eles falam que é culpa da enfermagem. Eu também acho que é culpa da enfermagem. Só que muitos casos você vê que é porque, paciente ficou deitado lá na mesma posição

trocentos mil dias. Então, eu acho que o paciente vai adquirir mesmo, mesmo que você não queira”.

XXIII Médico 1:

“Não, diretamente não me acho responsável pelas infecções hospitalares. Indiretamente sim porque eu operei, alguma caca deu. Se algum dia eu levei uma infecção para o paciente não foi proposital, quer dizer realmente foi alguma coisa que aconteceu. Pode acontecer? Lógico que pode acontecer, quando a enfermeira vem e abre um pacote de luva para mim quem me garante que aquela luva estava realmente hermeticamente fechada e não houve uma falha na selagem, não estava contaminado?”

XXIV Médico 2:

“Informações científicas a gente tem em tudo quanto é congresso, pelo menos na minha área de GO (Ginecologia e Obstetrícia), todos os congressos sempre tem membros de infecção hospitalar. Infecção é uma coisa muito comum em ginecologia e obstetrícia. Se uma pessoa chega num pronto socorro, tomou um tiro, uma facada, tal e morrer de infecção, todo mundo aceita. Agora uma mulher entrar para dar a luz, ganhar uma cesárea e morrer de uma infecção, é inaceitável!”

XXV Médico 6:

“Responsável, porque eu sou responsável pelo doente, mas não culpada. Um paciente que está numa unidade de terapia intensiva totalmente invadido, aí acho que não é questão de falha, é uma coisa assim, que vai acontecer não por falha, mas porque a exposição é muito grande. É uma sensação não é de culpa, mas assim, se eu tivesse tirado ele dessa situação antes, se eu tivesse conseguido tratá-lo antes, se eu tivesse conseguido dar alta para ele antes, isso não teria acontecido com ele.”

XXVI Médico 7:

“Não tem porque o médico pensar que ele fez uma infecção hospitalar por sua causa. Se você seguiu os protocolos direitinho, passagem de cateter, porque a única chance que eu tenho de contaminar o paciente é passar uma sonda nele, passar um cateter, intubar... se foi feito tudo direitinho não me questiono não. É, a enfermagem que passa. Não vou me questionar por isso, se eu passei é porque tinha indicação. Se eu pedi para passar é porque tinha indicação”.

XXVII Enfermeira 1:

“Então, aí quando tem infecção acho empurram para quem está cuidando. Se é uma ferida. Quem está cuidando da ferida? A enfermagem, ah então não lavaram a mão. Às vezes o médico examinou a ferida, tirou às vezes,

até sem luva, o curativo para avaliar a ferida, mas foi a enfermagem que trouxe a infecção. Todo mundo busca um culpado”.

XXVIII Enfermeira 6:

“Acho que a gente acaba se culpando, pensando... será que..... não eu especificamente, mas será que a equipe falhou? Foi falha da equipe? paciente X lá está com tal bactéria, colhe uma hemocultura do paciente Y e ele está com a mesma bactéria. Você vê que foi pela equipe, não tem outro jeito, ela não foi voando lá. Então a gente se culpa sim, realmente”.

XXIX Enfermeira 8:

“É muito triste, porque normalmente a pessoa veio com uma doença, e ela está ali hoje se agravando cada vez mais, e a gente vê que foi por alguma causa. Não, não me sinto culpada não, porque o hospital dá todos os recursos possíveis e imagináveis. Não existe um só culpado, existe uma situação. Precisou fazer uma cirurgia, ela está exposta a microrganismos patogênicos, aconteceu porque o instrumental estava contaminado, porque colocou a mão contaminada, ou porque o equipamento não foi o ideal, são N coisas, esses são os riscos que o paciente tem”.

XXX Técnico/auxiliar 7:

“Fico com dó do paciente, às vezes fico pensando... quando é paciente assim... que você conhece muito tempo, você fica tentando imaginar da

onde veio. Só que não é você que presta assistência 24 horas. Você se garante pelas 8 horas de assistência que você prestou, agora, as outras 16 você não sabe como que foi. Quem tratou do paciente? foi a equipe: médico, enfermeiro, fisioterapeuta, auxiliar de enfermagem, técnica, independente. No paciente e ele veio a óbito por uma infecção hospitalar, acho que é válido pensar em todos que mexeram nele”.

5.7 Comissão de Controle de Infecção Hospitalar

A Portaria MS 2.616 / 98, no seu anexo I, define Programa de Controle de Infecção Hospitalares (PCIH) como um conjunto de ações desenvolvidas deliberada e sistematicamente, com vistas à redução máxima possível da incidência e da gravidade das infecções hospitalares. Para a adequada execução do PCIH, os hospitais deverão constituir Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), órgão de assessoria à autoridade máxima da instituição e de execução das ações de controle de infecção hospitalar.

A CCIH deverá ser composta por profissionais da área de saúde, de nível superior, formalmente designados. Os membros da CCIH serão de dois tipos: consultores e executores. O presidente ou coordenador da CCIH será qualquer um dos membros da mesma, indicado pela direção do hospital. Os membros consultores serão representantes dos serviços: médico,

enfermagem, farmácia, laboratório de microbiologia e administração. Os membros executores da CCIH representam o Serviço de Controle de Infecção hospitalar (SCIH) e, portanto, são encarregados da execução programada de controle de infecção hospitalar. Compete à CCIH: elaborar, implementar, manter e avaliar programa de controle de infecção hospitalar, adequado às características e necessidades da instituição, contemplando no mínimo, ações relativas a: implantação de um Sistema de Vigilância Epidemiológica das Infecções Hospitalares, adequação, implementação e supervisão das normas e rotinas técnico-operacionais, visando a prevenção e controle das infecções hospitalares; capacitação do quadro de funcionários e profissionais da instituição, no que diz respeito à prevenção e controle das infecções hospitalares; uso racional de antimicrobianos, germicidas e materiais médico-hospitalares; avaliar, periódica e sistematicamente, as informações providas pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica das infecções hospitalares e aprovar as medidas de controle propostas pelos membros executores de CCIH; realizar investigação epidemiológica de casos e surtos, sempre que indicado, e implantar medidas imediatas de controle; elaborar e divulgar, regularmente, relatórios e comunicar, periodicamente, à autoridade máxima de instituição e às chefias de todos os setores do hospital, a situação do controle das infecções hospitalares, promovendo seu amplo debate na comunidade hospitalar; elaborar, implantar e supervisionar a aplicação de normas e rotinas técnico-operacionais, visando limitar a disseminação de agentes presentes nas

infecções em curso no hospital, por meio de medidas de precaução e de isolamento; adequar, implementar e supervisionar a aplicação de normas e rotinas técnico-operacionais, visando à prevenção e ao tratamento das infecções hospitalares; definir, em cooperação com a Comissão de Farmácia e Terapêutica, política de utilização de antimicrobianos, germicidas e materiais médico-hospitalares para a instituição; cooperar com o setor de treinamento ou responsabilizar-se pelo treinamento, com vistas a obter capacitação adequada do quadro de funcionários e profissionais, no que diz respeito ao controle das infecções hospitalares; elaborar regimento interno para a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar; cooperar com a ação do órgão de gestão do SUS, bem como fornecer, prontamente, as informações epidemiológicas solicitadas pelas autoridades competentes; notificar, na ausência de um núcleo de epidemiologia, ao organismo de gestão do SUS, os casos diagnosticados ou suspeitos de outras doenças sob vigilância epidemiológica (notificação compulsória), atendidos em qualquer dos serviços ou unidades do hospital, e atuar cooperativamente com os serviços de saúde coletiva; notificar ao Serviço de Vigilância Epidemiológica e Sanitária do organismo de gestão do SUS, os casos e surtos diagnosticados ou suspeitos de infecção associadas à utilização de insumos e/ou produtos industrializados.

Em relação à CCIH optamos por analisar separadamente o discurso dos médicos, enfermeiros e auxiliares ou técnicos, porque suas falas apresentam características peculiares. Os médicos são os que, de maneira

geral, avaliam favoravelmente a CCIH, enfatizando seu papel como consultoria na prescrição de antibióticos, orientação de isolamento e atividades de vigilância para correção dos problemas encontrados. Em casos de surtos, a comissão é considerada parceira na investigação epidemiológica e respalda as condutas. Entretanto, em uma fala os membros da CCIH foram justificadamente considerados rígidos e chatos, porém em situações de superlotação foram considerados os “perfeitos” e que não enfrentam seus superiores hierárquicos para a resolução destes problemas, embora na visão deste entrevistado tenham competência e poder para isso.

Algumas enfermeiras afirmaram que a CCIH apóia e dá assistência as dúvidas, elaboram protocolos e durante suas visitas orientam as questões de isolamento. Porém, são criticadas por não corrigirem posturas inadequadas dos médicos, ao passo que avaliam, fiscalizam, corrigem e interferem com as ações da enfermagem. Em uma das falas foi até enfatizado que a CCIH dá muita bronca e pouco treinamento.

A postura mais crítica em relação à CCIH veio dos auxiliares ou técnicos, afirmando que ela não vê o paciente, interrompendo seu trabalho para pedir informações. Faz algumas anotações e vai embora, sem dar retorno direto das informações. Só aparece quando tem casos de isolamento. Aponta os erros, mas não ensina o que é correto. Tem uma postura submissa com a direção, porém responsabiliza a enfermagem. Uma

das falas enfatizou que a presença da CCIH pressiona para que não se cometa erros durante o trabalho.

Em relação à tecnologia apenas os médicos e enfermeiros deram sua opinião. De uma maneira geral houve concordância a respeito de sua importância, mas que ela não substitui um bom exame clínico e nem a realização correta de um procedimento assistencial. Duas falas se destacaram. Um médico enfatizou o aspecto de a tecnologia estar relacionada principalmente a lucratividade e uma enfermeira colocou como essencial a utilização de tecnologia de ponta.

I Médico 1:

“A CCIH tem duas importâncias: saber manusear antimicrobianos, mas cada hospital tem uma característica própria, sua colonização, característica por tipo de paciente e ajudar a identificar a origem, se realmente você tem outros pacientes com a mesma contaminação, o tipo de sensibilidade, que droga é melhor”.

II Médico 2:

“O Centro de Controle de Infecção Hospitalar é um serviço que coordena e supervisiona o hospital, verifica se as normas estão sendo seguidas e o Serviço de Controle de Infecção Hospitalar é o agente que vai ao campo, verificando se as normas propostas pelo grupo que faz o Centro de Controle

de Infecção Hospitalar estão sendo utilizadas. O SCIH não normatiza, ele verifica se as normas estão sendo seguidas. Eles são consultores também”.

III Médico 2:

“Eu sempre orientei a minha equipe que na dúvida, chama a CCIH. A CCIH não é para assumir pacientes. É para servir de consultor, normatizador e educador. Dar recomendações sobre isolamento, uso de antibióticos, já que são especialistas. Não que eles chegam determinando o que prescrever, porque se não prescrever isso vocês vão ser punidos. Não, não existe nada disso”.

IV Médico 4:

“Existe a médica da CCIH, eu acho que ela deixa para a médica. Agora a médica também pergunta os casos que a gente quer discutir, a gente informa e relata, ela não é uma médica que levanta o lençol do paciente para ver se a sonda está com grumo, não examina o doente. Ela se nutre de informações fornecidas”.

V Médico 5:

“Eles vasculham o hospital em busca de possíveis situações que possam levar ao aumento significativo de infecção. Eles procuram estipular medidas preventivas para diminuir o número de infecções”.

VI Médico 6:

“No meu setor eles avaliam como está a utilização de antibióticos, a taxa de infecção, eles tem a liberdade de estar discutindo a conduta, de achar que o antibiótico, que a conduta não está adequada, eles avaliam a instituição dos isolamentos”.

VII Médico 8:

“Discutimos algumas condutas, quando vem o resultado de laboratório questionável, conversamos e isso é feito de uma forma constante. Eles não interferem. Eles primeiro discutem e entramos em comum acordo e praticamos o que foi acatado por todos”.

VIII Médico 2:

“Toda pessoa que trabalha com controle, todos coordenadores de Centros de Controle de Infecção Hospitalar, são considerados chatos porque eles são rígidos. E eles estão certos. Existem conflitos do tipo: não pode por três pacientes nesse quarto. Eu falo: Tudo bem, mas eu não tenho onde por, então aonde é que ponho? Ele fala: isso não é problema meu, porque eu sei que você não pode por e acabou. E a paciente está lá, e você não tem onde por. Então esse tipo de conflito, não é com relação à conduta. Era que o CCIH tinha que ver e denunciar. Não é que ele denunciava. Ele registrava o fato. A clínica ginecológica tinha três pacientes num espaço que só podia ter dois. Eles estão fazendo a parte deles, agora pra isso era ruim, por que?

Porque essa denúncia, se amanhã ou depois desse um problema e uma paciente daquelas morresse ia falar; bem que o CCIH avisou. Sim, mas se o CCIH não avisou antes da paciente internar, eles tinham que avisar antes da paciente internar. Eles tinham que dizer: isso não é função nossa. É exatamente, a mesma coisa da superpopulação. Se chegar o CCIH hoje numa porta de pronto socorro, eles vão ficar desesperados, eles vão dizer: nada disso pode. Você fala: Então que eu devo fazer? Eles vão: Fecha o pronto socorro. Fecha aí, e politicamente, quem é que vai vir, que é que vai atender a população? O próprio CCIH deveria ter, vir e avisar o que? os Centros Controladores mais altos deles, pra eles pressionarem, da mesma maneira que eles pressionam a gente dentro do hospital, e que está certo. É o trabalho deles, mas eles podiam mandar pra cima, pro pessoal pressionar os nossos. Pressionar o prefeito. Eles seguem a mesma hierarquia. Mas acontece que a hierarquia muitas vezes entrava naquele conflito: eu te digo que o que você não pode fazer. Mas você, se fizer, vai ser responsabilidade sua. E isso era muito ruim porque eles são médicos. Eles deviam é assumir as responsabilidades junto com a gente. Porque o cara quer ser perfeito. Eu também gostaria de ser perfeito. Só que eles trabalham sempre pelo paciente. A responsabilidade de internar ou não é de outras pessoas. E é complicado você não internar. Hoje, por exemplo, no hospital nós temos um berçário que tem condição de ter dez crianças, nós estávamos com quatorze. Se o CCIH fosse no hospital, com certeza ele iria dizer vocês estão errados. Eu ia falar, tudo bem, quais crianças nós vamos matar para

tirar daqui do berçário, não tem sala. Não tem aparelho, não tem outro lugar para por. Eu tenho que decidir qual eu vou deixar morrer para não ferir os princípios do CCIH. É obvio que o CCIH vai dizer: Isso é um problema da diretoria. E é mesmo. Tem que ir pra cima. Mas é difícil porque às vezes vai dizer: E é aonde? Quem está com o problema, já está com o estado emocional em frangalhos. Além de tudo, ele ainda recebe uma orientação: você não pode fazer isso! A gente sabe que não pode. E esse tipo de orientação, eles não precisam dizer. Eles podem dizer aquilo que eles vêem que está errado e podia estar certo. Agora o que está errado e não tem jeito eles não precisam dizer. Nos já sabemos”.

IX Médico 4:

“Eu já tive experiência que atrapalhou muito. O colega que fazia a visita da CCIH levava um papel mais ou menos desses que eu estava sugerindo para colocar, aliás acho que era um boliviano, e fazia as anotações que só ele entendia e fazia isso na hora da visita, quando a gente estava vendo os doentes, de manhã e era uma coisa arrastada que ele queria muitos detalhes, se tinha sonda, se tinha isso, se tinha aquilo... se tinha raio X. Ele perguntava pra gente, e era uma visita arrastada, numa UTI de manhã, que é a hora mais problemática e se tem que tomar pé de todos os casos, tem que ter as condutas, ver os exames. A gente ficava constrangido porque não podia dar atenção que ele exigia que se desse e atrapalhava todo andamento”.

X Médico 5:

“As reuniões são restritas aos membros da CCIH, mas nós somos chamados por muitas vezes, os coordenadores das clínicas para discutirmos casos ou eventuais mudanças que a CCIH esteja propondo”.

XI Médico 8:

“Nós tivemos um surto infeccioso, documentamos tudo, colocamos o que poderia ter levado, a superlotação que batia com o relatório da SCIH. A SCIH sempre respaldou as nossas decisões e não tivemos nenhuma denúncia assim”.

X Enfermeira 1:

“Tento buscar também alguém que me apóie, ajude e que dê essa assistência, no caso é o departamento de infecção.”

XI Enfermeira 1:

“A CCIH já questionou conduta sob minha responsabilidade. Como eu procedia com as lâminas de laringo, por causa de um surto de infecção respiratória. Na investigação foram vendo todos os setores e descobriram que alguns não faziam a higiene adequada do material. Fui questionada e respondi e viram que estava fazendo certo, enviando para CME, mas tinha departamento que não mandava pra CME, pois a lâmina não era suficiente”.

XII Enfermeira 2:

“Na medida do possível, se for para o benefício do paciente a gente procura executar e orientar os nossos colaboradores, mas o que eu vejo que a enfermagem realmente fica muito decepcionada, principalmente aqui nós tivemos um episódio há pouco tempo de que eu estava lá no meu setor, num procedimento e escutando a parte o que um pessoal da CCIH estava conversando com o médico: nós precisamos orientar a enfermagem, que nós estávamos com surto de infecção nesse setor. Os auxiliares escutaram e ficaram chateados com isso. Por que nós é que temos que ser orientados? Não somos só nós da enfermagem que temos que ser orientados, principalmente os médicos, porque eles ainda têm um chavão, eles se sentem assim, eles se sentem médicos, se sentem estéreis. Porque eles manipulam o paciente, de um paciente para o outro, e não têm os mesmos cuidados que a enfermagem. Tem que lavar as mãos antes e após um procedimento com o paciente, mesmo colocando a luva, não importa, precisa sempre lavar. De um paciente para o outro antes e após, dependendo do tipo de isolamento, vai se paramentar de acordo com aquele isolamento. E não é o que ocorre com relação a eles. A gente vê procedimentos, coisas absurdas que acontece entre eles médicos e sempre quando acontece um surto, nós precisamos orientar a enfermagem, e não é bem assim. As orientações têm que partir deles”.

XIII Enfermeira 1:

“Acaba avaliando. Quando a gente está fazendo alguma coisa errada, que a gente se cobra: porque não pensei nisso antes? São coisas que às vezes numa visita ela detecta e é verdade eu não pensei nisso antes. Encaro com naturalidade. Penso se estou trabalhando errado e alguém vê melhor, eu vou corrigir. Mas nem todo mundo pensa assim. A fiscalização, vai ver o que estou fazendo de errado, e não como se fosse para contribuir. Depende muito da postura de quem está fazendo a visita e percebe-se que a pessoa vem pra achar o problema e precisa levar alguma coisa para mostrar serviço. Elabora um relatório e, tanto a diretoria quanto o responsável pelo departamento, recebem. Isso já vi aqui e em outras instituições também. Você tem que planejar o que vai fazer para mudar. Vai seguir aquilo porque foi determinado. Já em outras a gente se reúne para pode discutir pra ver como vai resolver o problema”.

XIV Enfermeira 2:

“Se eu disser para você a CCIH fez um curso, reuniu o pessoal, deu orientação e correu atrás disso eu vou estar mentindo. Eles não investem em fazer palestras e em pegar o pessoal, principalmente o pessoal novo que está chegando, eles não enxergaram isso. Eles investem muito na bronca, a coisa já aconteceu e dão bronca”.

XV Enfermeira 6:

“Os integrantes da CCIH passam visita, para verificar os pacientes que estão internados, o diagnóstico, se tem culturas em andamento, quais são, se chegou cultura, o que deu, o antibiótico que o paciente está recebendo, verificam questão de dosagem, verificam os isolamentos, têm participação ativa. Se eu tiver fazendo alguma coisa errada, eles me passam o que é certo, eu vou começar a fazer”.

XVI Enfermeira 8:

“Ela controla toda a parte de antibióticos, treinamento, orientação, fiscaliza, faz protocolo, verifica se está dentro dos decretos, das normas, a parte de equipamento, material, medicação e dá estrutura e apoio para o trabalho acontecer. É diariamente, tanto para avaliação de alguma lesão, de medicamento a ser usado, por exemplo, limpeza de máscaras inalatórias, limpeza em modo geral, os POPS, procedimentos técnicos e operacionais, todos são passados para a CCIH. Todos os equipamentos que são padronizados, todos os materiais, tudo tem avaliação da CCIH”.

XVII Enfermeira 1:

“Mais como um fiscal. Acaba tendo que cobrar certas posturas, certas execuções dentro do protocolo e o profissional acaba pensando que está ali mesmo pra fiscalizar. Porque tem que exigir a prática correta”.

XVIII Enfermeira 2:

“A gente sabe que a CCIH tem uma autonomia muito grande dentro do hospital, quando o período está crítico, eles são solicitados. Eles vão atrás do que está ocorrendo e o porquê, mas infelizmente isso só ocorre quando a coisa está acontecendo. Eles têm que chegar antes, têm que ser preventivo. Da área da enfermagem eles não chamam para discutir conduta. Eu até estranhei esta semana a pessoa da CCIH tava lá e começamos a falar com relação às infecções e porque isso ocorre, que não é só enfermagem a responsável por esse controle, que é uma equipe multiprofissional, todos têm que ter essa consciência. Essa pessoa até falou da CCIH que queria que todo procedimento que a gente visse, que a pessoa tivesse fazendo de forma não devida, que era para relatar, horário que tava fazendo e o nome do profissional. Que agora eles iriam chamar esse profissional para conversar, orientar. Só que quase quatro anos que estou aqui é a primeira vez que vejo isso ter acontecido”.

XIX Enfermeira 2:

“Todo dia vai um profissional da CCIH e fica trinta minutos lá na UTI. Ele não conversa, não aborda, não faz nada. Só fica lá observando os procedimentos que estamos fazendo e a forma. A CCIH é muito importante, desde que, atue diretamente nas unidades, não só quando a coisa já aconteceu. Todo mundo sabe tecnicamente o que precisa ser feito. Mas o dia-a-dia, cada dinâmica do hospital, é periferia, população muito grande,

muito carente, acaba superlotando e aí só aparecem quando aconteceu, depois já não adianta mais. Ele avalia a distancia, só através de números, de dados, de forma positiva, mas, eu acho que seria mais positivo se ele conhecesse melhor o trabalho, principalmente da enfermagem, que é muito mais criticado em relação ao CCIH, porque, todas as vezes que acontece alguma infecção, a culpada é a enfermagem. Com todos os profissionais que for conversar, vai ver que eles falam a mesma coisa”.

XX Enfermeira 2:

“É em relação à CCIH mesmo. Ela deveria investir mais na enfermagem e não trabalhar só com críticas”.

XXI Enfermeira 4:

“Eu acho que a visão da CCIH é melhorar e nunca prejudicar”.

XXII Enfermeira 5:

“Tem até o receio por parte dos profissionais: olha a CCIH gente! Então, vamos agora fazer tudo certo porque a CCIH está presente. Exatamente. O bicho papão. O bicho, os microrganismos que estão a sua volta, a gente pula essa parte, e a CCIH está chegando agora sim, vamos lavar a mão, usar luva, vamos usar avental. Infelizmente eu acho que é uma coisa de cultura mesmo, então você tem que trabalhar sob pressão”.

XXIII Enfermeira 5:

“Eu acho que é a função dela mesmo, interferir. Se ela está interferindo é porque alguma coisa não está adequada. Geralmente, essa é a conduta da CCIH. Quando ela tem resultados positivos, não deixa de estar presente, mas não vai discutir, entrando em confronto ou até mesmo reorientando, frisando, reafirmando, as condutas. Eu acho que, tem que haver algum problema, algum indicador que as coisas não estão indo bem pra que haja essa aproximação, afirmação da CCIH junto à unidade”.

XXIV Enfermeira 6:

“Muito importante, principalmente aqui na UTI, porque a gente lida com diversas patologias, pacientes com bactérias multiresistentes. Então a gente está sempre precisando de alguma informação, alguma orientação. Enfermeira de CCIH daqui sempre vem quando a gente solicita, quando surge alguma dúvida com questão de isolamento, com questão de uso de antibiótico”.

XXV Enfermeira 7:

“Eu aprendi muito aqui, muita coisa que eu não sabia de CCIH. Muita coisa que eu não sabia que estava fazendo errado. A CCIH ajudou bastante para orientar”.

XXVI Enfermeira 1:

“As reuniões da CCIH são a cada trimestre. Para todo mundo. Já participei sim. Não sou membro efetiva da comissão. Só participo como ouvinte, como convidada. A enfermeira da CCIH junto, com a infectologista, expõe a parte de infecção como é que está em cada departamento. Se tem algum problema específico, quais ações foram feitas junto da CCIH e com o chefe do departamento, o que isso contribuiu e qual que foi o resultado e o que era o esperado, se atingiu ou não. Isso, para todo o hospital. Porque a gente recebe o cronograma anual. Participação Pequena. Poucas pessoas que vão. Poucas pessoas discutem e emitem algum parecer”.

XXVII Técnico/auxiliar 4:

“O serviço delas é um pouco incompleto, porque elas perguntam tudo para gente: que antibiótico que está usando, quem é essa criança, está com sonda, está com cateter, com intracath. Então, elas teriam que lavar as mãos e, olhar a criança, examinar, pegar o prontuário, ver o tipo de antibiótico que a criança está recebendo e não ficar perguntando. Fazem umas anotações e depois vão embora. Ela pergunta e a gente responde e fica nisso”.

XXVIII Técnico/auxiliar 6:

“Eles fazem pesquisa, eles fazem os estudos e implantam os protocolos para gente estar seguindo”.

XXIX Técnico/auxiliar 8:

“Um hospital é obrigado a ter médico e enfermeiro do CCIH e talvez um auxiliar de enfermagem. Acho que isso é pouco para um hospital, porque, como é que ela consegue ver tudo, como é que um médico consegue ver todas as infecções? Ele está lá presente toda hora pra ver? Eu acho que a lei e a ordem deveria ser o médico de CCIH e o enfermeiro deveriam visitar todos os pacientes diariamente, tanto os contaminados como os não contaminados. Deveria ser obrigação dele ver o paciente todos os dias, porque ele saberia em que ponto ou até quando ele adquiriu. Não uma pessoa contar para ele: eu acho que o médico da CCIH deveria passar em todos os leitos”.

XXX Técnico/auxiliar 2:

“Quando fiz a graduação aprendi que o CCIH é lado a lado com a diretoria. Infelizmente isso não acontece. Acho que pelo menos o CCIH da minha instituição, eles são muito submissos. A única coisa é que eles sabem é entrar e falar que pra enfermagem lavar a mão, só isso. E o índice de infecção aumentando cada vez mais”.

XXXI Técnico/auxiliar 2:

“Sinto muito, mas aqui a CCIH não toma conduta nenhuma”.

XXXII Técnico/auxiliar 3:

“Só quando tem isolamento, quando tem bastante isolamento a CCIH aparece”.

XXXIII Técnico/auxiliar 3:

“Se a CCIH pode interferir? Para o bem? Sim, acho que deveria ter mais palestras, mais orientações. Não chegar já dizendo que está tudo errado no setor. Diz que está errado, mas não vem orientar o que é certo, como deve ser. Eu acho que se chegar e falar a gente vai tentar se adequar”.

XXXIV Técnico/auxiliar 8:

“Eu acredito que sempre vai melhorando com as coisas que vão colocando que você está errada. Eu chamo sempre isso de check list. A gente não consegue fazer check list da gente mesmo. Outras pessoas que conseguem ver o que você está fazendo de errado. Porque chega certo limite de trabalho, que você acha que tudo em você está perfeito. E não é bem assim. É só o costume de você achar que faz certo”.

XXXV Técnico/auxiliar 5:

“Tem a enfermeira que é da comissão de infecção hospitalar aqui do hospital, eu acho ela bem influente e acessível, eu sou uma pessoa que conversa, às vezes se tenho alguma dificuldade, ou se tem alguma curiosidade eu pergunto o que é isso, que bicho é esse, o que ela pode dizer

ela diz. Eu acho que ela é professora também então ela sabe bastante, ela é uma pessoa acessível. Está sempre pelo meu setor, fazendo essas aulinhas, sobre lavagem de mãos”.

XXXVI Médico 1:

“A tecnologia é fantástica, não dá mais para viver sem tecnologia, não se pode pensar no traumatismo de crânio sem uma tomografia na mão, hoje sem uma tomografia, mas quando eu me formei não tinha tomografia. O paciente aparecia na minha mão com uma pancada na cabeça tinha que utilizar exames clínicos, só tinha o raio X para ver se não tinha quebrado osso ponto. Se ele tinha lesão interna do cérebro tinha que tentar adivinhar pelos sinais externos, exame físico, testes de pares cranianos, aqueles testezinhos que a gente fazia e hoje ninguém mais sabe fazer e obviamente a coisa complicava. Tinha que deixar o paciente 24 horas em observação. Confiança demais na tecnologia. Tecnologia está aí para ajudar a gente, tentar ajudar. Eu aprendi que exame é subsidiário”.

XXXVII Médico 6:

“Na maioria das vezes ela ajuda, dá um auxílio, mas muitas vezes cega o médico. Se o médico está vendo, se está examinando, se está pondo a mão no doente, está vendo uma coisa, o exame está dizendo outra, ele prefere acreditar na tecnologia. Às vezes ela atrapalha? Não sempre, acho que se souber usar a tecnologia a seu favor ela só te ajuda. Antes de qualquer

coisa, tocar, conversar, ouvir o doente, antes de levar em conta a propedêutica armada de tecnologia. Fundamental? se fosse assim ninguém conseguiria fazer medicina em hospital de periferia, em hospital público”.

XXXVIII Médico 1:

“Lembra de um torcedor de um clube aí um rapaz que levou uma pancada na cabeça, isso tem um ano mais ou menos, passou no pronto socorro, uma briga de fim de jogo, palmeiras e coríntias uma coisa o cara tomou umas pancadas na cabeça passou lá no pronto socorro fez uma tomografia não tinha nada e foi embora, voltou depois de 24 horas morto. Fizeram a tomografia depois da pancada na cabeça do cara, não deu tempo de aparecer sangramento dentro da cabeça e ele sangrou depois e morreu. Culpa do médico? Em parte foi, não estou acusando o cara, ele é um coitado, é vítima de uma situação toda. Tem tomografia normal então tudo bem! Tecnologia não é assim”.

XXXIX Médico 4:

“Para introduzir uma tecnologia em qualquer lugar o que se leva em conta é uma coisa só: vai dar lucro ou prejuízo. Se a tecnologia vai dar lucro? É lógico, todo mundo vive em função de ganhar mais dinheiro, então eles aplica, agora esse lucro é econômico, vai causar um desarranjo social violento na população, um monte de desemprego, aumenta violência, aumenta não sei o quê, aumenta não sei o que lá... ninguém se lixa para

isso. Está dando mais lucro. É nisso que eu vejo que a humanidade fica vítima dessa tecnologia que ela mesma cria é uma relação de Frankstein. Não que eu seja contra a tecnologia, pelo amor de Deus! Muito pelo contrário, eu acho maravilhoso, eu acho Internet uma coisa fantástica, acho tudo muito bonito. A única coisa que eu acho é que invés de privilegiar lucro na aplicação eles deveriam privilegiar mais bem estar da coletividade. E isso ninguém leva em conta”.

XL Enfermeira 5:

“Aliás, tecido lá se usa muito pouco. Já é tudo descartável, tudo impermeável. E eles têm uma paramentação que parece astronauta. A tecnologia de ponta é essencial, tudo que há de ponta eu acho que é importantíssimo, deveria ser trazido cada vez mais”.

XLI Enfermeira 7:

“Tem uns cateteres bons hoje, que antigamente não tinha, que se a pessoa que for passar não se paramentar corretamente, não fazer a higiene correta, assepsia... tudinho... não vai adiantar nada ter uma boa tecnologia. A tecnologia vai furar, porque a pessoa também tem que saber o que está fazendo, tudo bonitinho. Só a tecnologia eu acho que não previne muito, tem que ser todo o conjunto. Só a tecnologia com profissional que não segue as normas, que não lava as mãos... não vai adiantar nada, vai haver a contaminação da mesma forma. E hoje em dia tem bastante, tipo os

laboratórios estão bem mais equipados, melhora o resultado de exame muito mais rápido que antigamente. Tudo isso, se eu colher o exame de maneira inadequada, se contaminar a amostra, vem um resultado errado, que não foi da criança... foi contaminação da coleta. Então não adiantou a tecnologia. Tem que ter um conjunto dos dois para ter um bom resultado”.

5.8 Diagnóstico das infecções hospitalares

O diagnóstico das infecções hospitalares deverá valorizar informações oriundas de: evidência clínica, derivada da observação direta do paciente ou da análise de seu prontuário; resultados de exames de laboratório, ressaltando-se os exames microbiológicos, a pesquisa de antígenos, anticorpos e métodos de visualização realizados; evidências de estudos com métodos de imagem; endoscopia; biópsia e outros.

A Portaria define os seguintes critérios gerais para definição de IH: quando, na mesma topografia em que foi diagnosticada infecção comunitária, foi isolado um germe diferente, seguido do agravamento das condições clínicas do paciente, o caso deverá ser considerado como infecção hospitalar; quando se desconhecer o período de incubação do microrganismo e não houver evidência clínica e/ou dado laboratorial de infecção no momento da internação, convencionou-se infecção hospitalar toda manifestação clínica de infecção que se apresentar a partir de 72

(setenta e duas) horas após a admissão; são também convencionadas infecções hospitalares aquelas manifestadas antes de 72 (setenta e duas) horas da internação, quando associadas a procedimentos diagnósticos e/ou terapêuticos, realizados durante este período; as infecções recém-nascido são hospitalares, com exceção das transmitidas de forma transplacentária e aquelas associadas a bolsa rota superior a 24 (vinte e quatro) horas; os pacientes provenientes de outro hospital que se internam com infecção, são considerados portadores de infecção hospitalar do hospital de origem infecção hospitalar. Os pacientes que estiverem incubando uma doença infecciosa durante a admissão, esta infecção é considerada comunitária.

O diagnóstico das infecções hospitalares pode ser feito pelo médico, equipe de enfermagem ou pela própria CCIH. Nas entrevistas foi observado um interesse da equipe assistencial em identificar as infecções hospitalares, utilizando como pista diagnóstica principalmente os exames microbiológicos.

I Médico 1:

“Acho que 90% das vezes pegamos o que é. Às vezes precisa até de confirmação, fazer cultura, dar uma checada, e a CCIH vem com comparativo de outros bichos semelhantes”.

II Médico 3:

“Sempre que percebemos casos de infecção nos pacientes notificamos a CCIH”.

III Médico 4:

“Suspeita da infecção pelo hemograma, pela febre e daí investiga, pede culturas dos focos mais prováveis. Se o quadro clínico do doente permite, aguardamos o resultado, se não, entramos com antibioticoterapia. Quem diagnostica pode ser eu, o diarista, pode ser até o médico do paciente, os diagnósticos são vários, várias pessoas envolvidas, qualquer membro da equipe eventualmente pode fazer o diagnóstico. Quando existe uma cultura positiva ficamos sabendo, a CCIH ou então o laboratório avisam”.

IV Médico 5:

“Temos os infectologistas, podem diagnosticar, são os médicos. A equipe da CCIH é multidisciplinar, não são apenas médicos ou enfermeiros que fazem parte dessa equipe, então não é praxe que eles façam o diagnóstico. Eles estão presentes mais para prevenção e orientação, e não para fazer o diagnóstico”.

V Médico 6:

“Eu como diarista e a própria CCIH que tem um controle das culturas que são coletadas. Eles têm acesso direto às culturas que são coletadas. Então, muitas vezes trazem o resultado antes de eu ter recebido do laboratório”.

VI Médico 7:

“Vai para o laboratório e a CCIH tem acesso ao laboratório. Eles ficam sabendo das culturas que estão rolando. As vezes diagnostico antes da CCIH, ou depois, depende do interesse do próprio médico. Vou atrás das culturas dos meus pacientes. Tem médico que aguarda a cultura chegar”.

VII Médico 8:

“Normalmente é o médico que segue o paciente, que diagnostica e comunica a infecção hospitalar para o SCIH. Sempre é o médico neonatologista que diagnostica”.

VIII Enfermeira 1:

“Tem infectologista, acho que o dono do doente também. Se for o especialista, o laboratório manda resultado de exame já com infecção. As vezes o laboratório, as vezes o especialista, tudo acaba parando sempre na CCIH e passando por lá”.

IX Enfermeira 6:

“São os médicos intensivistas e aí eles entram em contato com o infectologista, e o infectologista passa a acompanhar”.

X Enfermeira 7:

“A CCIH normalmente”.

XI Enfermeira 8:

“Normalmente tem a cultura e começa a suspeitar de infecção. Então o médico entra com antibiótico, começamos a investigar. Na verdade existe a precaução padrão que é para todos os pacientes, mas quem define a precaução de contato é a médica da CCIH. Ela tem o controle de todas as culturas daqui”.

5.9 Relatórios epidemiológicos

A CCIH deverá elaborar periodicamente um relatório com os indicadores epidemiológicos interpretados e analisados. Esse relatório deverá ser divulgado a todos os serviços e à direção, promovendo-se seu debate na comunidade hospitalar. O relatório deverá conter informações sobre o nível endêmico das infecções hospitalares sob vigilância e as alterações de comportamento epidemiológico detectadas, bem como as medidas de controle adotadas e os resultados obtidos. É desejável que cada cirurgião receba, anualmente, relatório com as taxas de infecção em cirurgias limpas referentes às suas atividades, e a taxa média de infecção de cirurgias limpas entre pacientes de outras cirurgias de mesma especialidade ou equivalente. O relatório de vigilância epidemiológica e os relatórios de investigações epidemiológicas deverão ser enviados às Coordenações Estaduais / Distritais / Municipais e à Coordenação de

Controle de Infecção Hospitalar do Ministério da Saúde, conforme as normas específicas das referidas Coordenações.

De uma maneira geral os profissionais de saúde relatam interesse em receber os relatórios epidemiológicos da CCIH. Entretanto, estes relatórios são divulgados para as lideranças e de acordo com algumas falas, mesmo entre os profissionais que lêem, eles não se recordam dos índices de infecção. Um médico sugeriu que os relatórios deveriam ser fixados no quadro de aviso interno, com acesso restrito aos profissionais de saúde.

I Médico 2:

“É interessante a gente receber os relatórios dos casos de infecções nos hospitais. No hospital atual que eu trabalho, não tenho recebido formalmente, mas talvez porque eu também não tenha cobrado. Sei que esses relatórios são realizados, mas geralmente vão para a diretoria. Talvez a diretoria devesse distribuir para as várias clínicas e termina não fazendo”.

II Médico 4:

“Eu recebo, leio na hora, mas não guardo para dizer por exemplo quais que são as principais infecções”.

III Médico 5:

“Recebo informações da própria equipe do nosso hospital. Nós temos a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, de onde recebo memorandos,

informes e mantenho contato direto com o Serviço de Controle de Infecção Hospitalar, porque coordeno a clínica pediátrica e nós temos uma intersecção muito grande em relação às infecções da nossa clínica. Sou informada mensalmente, através de memorandos, documentos que a CCIH envia pros coordenadores das clínicas”.

IV Médico 8:

“Elas trazem um relatório praticamente mensal. Então a gente pode ver e em cima desse relatório ela discute conosco o que aconteceu, o que precisa ver, e sugere o que deve ser feito através desses relatórios. E eu estou de acordo com esses relatórios. É o que acontece na unidade”.

V Médico 2:

“Mas eu acho que o relatório de infecção hospitalar deveria ficar sempre grudado em quadros de avisos, quadros internos, não quadro de aviso externo que os pacientes vão ver. Naqueles quadros que é só pra médico, enfermeiro e tal, só pro pessoal interno”.

VI Enfermeira 1:

“Pelo que eu sei recebe pelo CCIH, o médico recebe uma carta mensal de todos os pacientes que infectaram. A enfermagem não recebe. Só se tiver um surto a gente é imediatamente acionado”.

VII Enfermeira 1:

“Eu não sei de cabeça, eu tenho a taxa aqui. A minha eu sei que por exemplo no mês de fevereiro foi de 1,2. Eu recebo mensalmente um relatório do hospital inteiro e o meu. Eu ponho para as enfermeiras lêem. Às vezes eu faço uma sabatina (risos, risos de ambos) dou uma perguntada... viu o que aconteceu? Às vezes as pessoas respondem que sim; eu li mas eu não lembro. Então eu tento forçar a pessoa (risos de ambos) que ela leia principalmente e se estimule a conhecer o que diz respeito pelo menos onde ela trabalha”.

VIII Técnico/auxiliar 4:

“Não, nesse hospital não”.

IX Técnico/auxiliar 6:

“Todo mês eles fazem um resumo de tudo o que está acontecendo, se aumentou a infecção, se teve menos, se teve infecção por cateter, se aumentou o índice, se abaixou a infecção por sondagem vesical. Eles colocam até por e-mail para gente ficar sabendo. Quantos pacientes que tiveram infecção urinária. Daí a gente sabe se baixou, se aumentou. Então procuram saber o porquê, se a gente está fazendo a passagem de sonda errada, se a gente está deixando de colocar um campo estéril. Se a gente está deixando de lavar a mão, ou se está fazendo a assepsia errada. Então, tudo isso eles colocam sim. Isso tem todo mês, até às vezes a gente fala,

não estou com tempo e tem que estar lendo isso? Mas tem que ler porque se a gente não lê, também sai quando a gente não lê (risos)”.

5.10 Treinamento dos profissionais de saúde

A Portaria MS 2.616 / 98 estabelece como competência da CCIH cooperar com o setor de treinamento ou responsabilizar-se pelo treinamento, com vistas a obter capacitação adequada do quadro de funcionários e profissionais, no que diz respeito ao controle das infecções hospitalares.

A maioria dos entrevistados enfatizou a importância de treinamento em prevenção das infecções hospitalares.

I Médico 2:

“E outra coisa que eu acho fundamental hoje, é que o Serviço de Controle de Infecção Hospitalar faça treinamento e re-treinamento para segurança, que não estão fazendo, pra auxiliares da limpeza que são terceirizados, eles não são treinados. O pessoal de serviço terceirizado, que o funcionário já vem da firma pronto, começa a trabalhar no hospital, eles não têm o mínimo de treinamento. Eu acho que talvez o Centro de Controle de Infecção Hospitalar tenha hoje que colocar normas para a diretoria e para as firmas terceirizadas. E talvez até multas, para que as firmas aprendessem a levar a sério essas normas. Firma terceirizada, que fizer algum procedimento

diferente do que tem a normatização do CCIH devia ser multada, receber menos dinheiro da terceirização. Tem que ser assim, senão não vai conseguir funcionar”.

II Médico 7:

“O hospital aqui tem negócio de ajuda a pacientes deficientes, e um deles trabalha aqui na UTI com a gente. No primeiro dia foi falado que ele tinha que lavar a mão, é a pessoa que mais lava a mão nessa UTI. Depende da pessoa, da vontade que ela tem de fazer aquele negócio, eu vou ser sincero, eu não fico lavando a mão 2 minutos. Eu dou uma passada de sabão assim e pronto. Eu tenho um monte de coisa para fazer, não posso ficar lavando, mas que eu lavo a mão, eu lavo. Mas muitos colegas não lavam, que a gente vê, muitos auxiliares não lavam a mão”.

III Médico 8:

“A CCIH fez uma atividade educativa com a equipe de enfermagem sobre lavagem das mãos. Foram várias coisas, que eu sei. Agora, para médico também teve a parte educativa, que realmente eles convidaram a parte médica pra lavagem das mãos e outras medidas preventivas, já que tivemos aqueles casos de infecção. Mas os médicos, eles realmente eles não foram. Até porque não dava pra abandonar a unidade para poder estar fazendo essa, vamos dizer, educação continuada. Então, na verdade, quem foi mais que participou mais mesmo, foi a equipe de enfermagem”.

IV Enfermeira 1:

“Existe resistência daqueles que acham que sabem tudo, daqueles que estão há mais tempo na prática, na execução do cargo, de achar que sempre foi assim. Precisa mudar alguma coisa? Existe resistência daqueles que também não querem aprender, quer fazer do jeito que acha que está certo. Existe resistência para mudança, que então nem se fala! Vem com uma coisa nova, existe uma resistência um pouquinho maior, tem que saber colocar muito bem para não vir impositivo”.

V Enfermeira 1:

“Acho que o profissional está cobrando treinamento. Primeiro o responsável por cada departamento dentro da sua realidade está levando para CCIH, porque eu acho que vai facilitar. Quem vai embasar para gente poder divulgar? Mas eu acho que a gente tem que cobrar, não pode deixar só a CCIH que ter que disseminar isso. Eu acho que tem que partir da gente, para que daí a gente mesmo dissemine mais por orientação embasada cientificamente”.

VI Enfermeira 8:

“Nada é feito por acaso, então se discute muito, estabelece regras, normas. A minha equipe, por exemplo, são 60 funcionários, então para transmitir a mesma coisa para 60 pessoas e essas 60 pessoas fazerem exatamente

aquilo que você está querendo é muito difícil, aí sim que vem a educação, então a educação é no ato, é no fazer, é ali, lado a lado, o assistencial”.

VII Técnico/auxiliar 7:

“Tem paciente que observa muito. As vezes, o paciente mesmo observou que você fez, foi e reclamou de você. Você foi punido pelo que ele falou e quando você foi ver, ah, não lavou a mão, mexeu no sei no quê, e veio mexeu em mim, mexeu no meu acesso, mexeu no cateter. Já foi dado curso, já foi feito orientação, não adianta, nada adianta, a gente tenta...Mas na medida do possível, eu não sei o que deveria ser feito mais não”.

VIII Técnico/auxiliar 2:

“Eu fui em uma palestra. Eles fizeram uma palestra que talvez eu não sei que era realmente do CCIH. Mas não tinha fundamento, tudo que eles falavam, nada batia”.

IX Técnico/auxiliar 4:

“Treinamento, sim. Numa sala, com pessoas especializadas, depois do expediente e, essas horas de curso depois eram transformadas em horas em haver, que a gente tirava em folga. Mas eles se empenhavam, em sempre estar dando cursos, reciclando a equipe de enfermagem”.

X Técnico/auxiliar 5:

“Você sabe que tem funcionário. Ele foi contratado para cuidar de material e tem um retardo mental. O hospital está contratando esse pessoal que tem deficiência física. Contrataram ele só pra cuidar de material, e eu ensinei ele a lavar as mãos, 1, 2, 3, 4, 5, ele é o cara que mais lava as mãos. Eu até falei que a hora que a enfermeira da CCIH vier aqui para dar mais umas aulas de lavagens de mãos, eu acho que não vou deixar ela fazer, e quem vai fazer é esse funcionário, que tem dificuldade mental, tem limitações e faz. Ele não cuida de pacientes e faz, porque quem cuida não pode fazer?”

5.11 A prática da prevenção de infecção hospitalar**5.11.1 Formação profissional sobre infecção hospitalar e as medidas de prevenção**

Não foi relatado o ensino específico de prevenção e controle da infecção hospitalar durante a formação universitária de médicos e enfermeiros. Foram descritas aulas ou orientações fornecidas em disciplinas como microbiologia e estágios em UTI, Centro Cirúrgico ou Central de Material. Segundo os entrevistados essas informações foram insuficientes para prepará-los para a prática profissional. Os auxiliares ou técnicos, embora tenham tido aulas específicas sobre o tema relatam que não foi

dada a devida importância e que a base científica para as recomendações foi deficiente.

I Médico 1:

“Eu aprendi muito mais prevenção fora da medicina do que dentro dela. Foi exatamente o período que eu fiquei vivendo em ONG, indo para Amazônia, pensar em malária, doenças tropicais, desnutrição, mortalidade infantil, doença sexualmente transmissível. Toda essa parte que é muito mais ação social do que ação médica única e exclusiva”.

II Médico 4:

“Na microbiologia a gente aprendia resistência, e a infecção hospitalar é muito germe multiresistentes. Mas não existia no hospital uma estrutura que vigiasse somente isso”.

III Médico 3:

“Na própria graduação, eu já tive contato com a infectologia, com a CCIH, mas foi depois na pós-graduação, de uns cinco anos pra cá, ficou muito mais profissional”.

IV Médico 5:

“Pelo gerenciamento da clínica pediátrica, nós temos contato com todas as comissões que interagem e atuam no nosso hospital. Uma das mais

importantes é a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar. E nesse momento eu não tive como, eu tive que interagir e aprender e estar junto”.

V Médico 5:

“Só depois que nós vamos ver a importância de alguns itens que foram apenas pincelados na nossa formação, mas que no futuro profissional é uma coisa extremamente importante. Vamos ter dificuldade no futuro pela falta de formação que tivemos no passado, na formação acadêmica”.

VI Médico 6:

“Na residência começou com umas pinceladas, mas o conhecimento mesmo da comissão, do papel dela, a partir do momento que eu comecei na vida profissional. Na faculdade tem alguma noção quando entra nos blocos cirúrgicos, a escovação das mãos, a esterilização dos meios, tem algum contato com prevenção, com conceito de prevenção, de infecção, de contaminação, mas é uma coisa muito específica da área cirúrgica”.

VII Médico 7:

“Eu fiz faculdade, lá não lembro nada disso”.

VIII Médico 8:

“Na graduação a gente tem uma idéia, não foi nem dado como matéria”.

IX Enfermeira 1:

“A gente estuda quatro anos na enfermagem e depois vai correr atrás do que julga ser mais importante em algumas situações. Infecção hospitalar, então na faculdade foi uma pincelada”.

X Enfermeira 6:

“Na faculdade eu tive. Disciplina própria não. Foi dentro de terapia intensiva que eu tive essa parte de prevenção de infecção hospitalar. E aqui no hospital a gente sempre tem cursinhos de prevenção de infecção”.

XI Enfermeira 4:

“Quando eu estava em UTI, comecei a prestar atenção também no que a colega fazia, o que ela observava, o que orientava, para eu poder melhorar o setor”.

XII Enfermeira 7:

“Não me recordo de falar de isolamento, disso e daquilo, não me recordo mesmo. Eu acho que aprendi mais trabalhando no dia a dia”.

XIII Enfermeira 8:

“Dentro do hospital, no trabalho, no dia a dia, nas normas que temos sempre que estar usando, eu acho que pela própria comissão de infecção hospitalar. Na faculdade não”.

XIV Enfermeira 5:

“Na graduação tem muito quando tem o centro cirúrgico, mas a matéria em si, Controle de Infecção Hospitalar não é abordada. Tem doenças transmissíveis, tem a prática, envolve-se muito com essas questões da CCIH, de critério de isolamento, de toda questão realmente de proteção, mas, foi mais na prática mesmo. Em toda minha vida profissional”.

XV Técnico/auxiliar 7:

“Foi bem no início do curso de auxiliar. Basicamente foi uso de técnica, o material que é usado e o que não é, produtos de limpeza”.

XVI Técnico/auxiliar 8:

“Tanto no auxiliar como no técnico de enfermagem, foi meio resumido, eles insistem na parte de CCIH, mas tem outras prioridades no curso. Então CCIH é apenas uma matéria que vem incluída no curso. Mas tem outras coisas para enfermagem que é mais importante, por exemplo, cálculo de medicação. Isso é mais importante que se conheça profundamente. CCIH vai aprendendo no decorrer de sua função. Tanto é que, se fizer um teste para admissão no hospital, se cair uma pergunta da CCIH é muito. O resto que vai cair é cálculo de medicação e drogas”.

XVII Técnico/auxiliar 6:

“Aprende-se alguma coisa na escola, mas lá no hospital, eles pedem para que fique depois do horário de serviço, e eles dão uma aula mesmo, depois fazemos uma prova para ver aprendemos”.

5.12 Higiene das mãos

Nesta categoria, utilizamos publicação de orientações da ANVISA sobre Higienização das Mãos em Serviços de Saúde como referencial teórico e oficial.

A higiene das mãos é a medida individual mais simples e menos dispendiosa para prevenir a propagação das infecções relacionadas à assistência à saúde. Recentemente, o termo lavagem das mãos foi substituído por higienização das mãos devido à maior abrangência deste procedimento. O termo engloba a higienização simples, a higienização anti-séptica, a fricção anti-séptica e a anti-sepsia cirúrgica das mãos.

Nas falas dos profissionais observou-se que reconhecem a importância da higienização das mãos como medida fundamental para prevenção das infecções hospitalares. De forma geral, a enfermagem critica o descaso dos médicos nesta ação, bem como a postura da CCIH em abordar somente a enfermagem sobre a higiene das mãos e não cobrar a mesma postura dos médicos. Outros fatores como, falta de tempo e

situações de emergência foram apontados nas falas e abordados anteriormente.

I Médico 8:

“Toda equipe é treinada, passada informação da importância da lavagem das mãos, toda equipe aceita bem. Só que existem falhas. Quando tem um surto infeccioso a primeira coisa que se fala é: lavou as mãos? Então sempre batemos nessa tecla, que sabemos que a melhor forma de evitar infecção, um surto infeccioso, é a lavagem das mãos”.

II Médico 8:

“A nossa unidade é aberta. Quando teve o surto de infecção nós restringimos a visita, porque antes do surto, entrava também a vovó, os irmãos, liberávamos algumas visitas. Depois desse surto nós restringimos a entrada, atualmente só pai e mãe do paciente. Instituímos quando tivemos esse surto, a pia de lavagem das mãos, os aventais, os pertences serem guardados em um local. Mudou muita coisa com a ajuda da SCIH. Isso foi aceito por todos, porque era importante para o controle do surto de infecção hospitalar. depois que eu assumi o berçário, a primeira providência foi colocar na entrada uma pia para lavagem das mãos. E todos que entrem na unidade tem roupa privativa”.

III Médico 5:

“Talvez displicência dos funcionários, falta de tempo. Muitas vezes nós não temos onde lavar as mãos. Estamos atendendo ao paciente grave, repentinamente chega outro paciente, e a última coisa que nós vamos lembrar é de lavar as mãos”.

IV Médico 7:

“É da natureza, o profissional que é desleixado vai ser desleixado, não adianta ficar botando na cabeça dele que ele precisa lavar mão, que ele não vai lavar”.

V Enfermeira 5:

“A gente percebe que com aquele profissional pode ir um pouquinho mais, vai passando a informação. Se sabe que aquele profissional não está capacitado pra ouvir aquilo, tem que saber o momento certo dele. Desde que ele esteja fazendo o certo, mesmo que seja mecanicamente, ele não tem conhecimento científico. Na enfermagem, a lavagem das mãos chegou a um consenso de tanto se bater em cima disso, uma coisa compulsória mesmo, a gente sabe, já absorveu isso. Mas, se a gente lava certo ou se lava errado, aí é uma questão de cada um ter a consciência, porque na hora de fazer uma técnica certa, de ter que sair e fazer uma brincadeirinha, se a técnica está certa ou está errada, quase sempre a gente vê que cinquenta por cento da equipe não está participando certo”.

VI Enfermeira 7:

“Alguns médicos sentem resistência, eles não gostam, principalmente quando chegam e nem lavam a mão. Aí a gente fala: - Dr. lava a mão! Uns lavam, outros ignoram, fazem de conta que não foi com eles e vão embora, e ainda fazem reclamação que foram abordados pela enfermeira, não gostam. Normalmente isso acontece com os especialistas, os diaristas e plantonistas não, eles seguem direitinho os isolamentos. Mais os visitantes. Então, a dificuldade maior é sempre essa, as pessoas não estarem respeitando os isolamentos”.

VII Técnico/auxiliar 5:

“Eu não chamo atenção de médico, mesmo sabendo que eu posso fazer, eu acho que uma enfermeira deve falar que ele não lavou a mão, ela deve chegar nele e conversar”.

VIII Técnico/auxiliar 4:

“No curso de auxiliar de enfermagem eles enfatizavam muito a lavagem das mãos. Não adianta nada você ter todo um controle rigoroso, saber o que é a infecção hospitalar, se você não lava as mãos”.

IX Técnico/auxiliar 2:

“Acho que a gente precisa não só falar para lavar as mãos. A gente precisa dizer o porquê. Estou conseguindo até fazer um trabalho legal. Como eu

tenho mais conhecimento, eu falo pra elas o porquê. É difícil, uma coisa que não está vendo, e o microrganismo a gente não enxerga, então é difícil. Se está vendo sua mão suja, vai e lava. Se não está enxergando a bactéria, então acha que a mão continua limpa, mas não está. Então tem que explicar a importância e falar que o microrganismo é invisível aos olhos, e que nós damos asas a eles”.

X Técnico/auxiliar 6:

“Tem que lavar a mão, tem cartaz em tudo quanto é lugar. Lava a mão antes de ir ao banheiro, depois que vem do banheiro, quando entra na unidade, quando vai se dirigir ao box do paciente e quando sai do box. Já é automático. Houve até uma época que quase todo mundo tinha dermatite nas mãos. Quase todos os técnicos, os auxiliares, até os enfermeiros tinham dermatite. O sabão cortava a mão. Se não estiver fazendo uma coisa que mexa muito, que venha sujeira na sua mão, então passa o gel alcoólico. Ao lado do box do paciente tem o respirador no meio, aí tem dois frasquinhos de gel alcoólico, um de cada lado. Todo mundo já faz isso. Porque a infecção caiu bastante. Teve uma época que teve que fechar uma unidade para higienizar direito, tinha tanta bactéria que teve que fechar mesmo aquele pedacinho da UTI. Fizeram cultura de algumas coisas e tinha bichinhos em vários lugares”.

XI Técnico/auxiliar 8:

“As pessoas não lavam as mãos, por isso a insistência em lavar as mãos. Toda vez que a gente faz teste para lavagem das mãos, se fizer um teste atrás do outro, vai ver que as suas mãos estão extremamente contaminadas. Então, as mãos são os meios mais fáceis de contaminação. Uma das situações nas quais eu acho que é inevitável a infecção hospitalar é que as empresas insistem que nós, auxiliares de enfermagem, enfermeiros, lavem as mãos sempre que sair de um quarto para o outro, de um paciente para o outro, e eles não fazem isso com os médicos. A gente cansa de ver médico que entra em um quarto, sai e entra no outro e sem fazer esse tipo de procedimento”.

5.13 Precauções e isolamento

Nesta categoria, foi utilizado o Curso Básico de Controle de Infecção Hospitalar, Caderno C2, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária como referencial teórico e oficial.

A partir da epidemia de HIV/AIDS, do aparecimento de cepas de bactérias multiresistentes como o *Staphylococcus aureus* resistente à meticilina, bacilos Gram negativos não fermentadores, *Enterococcus* sp. resistente à vancomicina e do ressurgimento da tuberculose na população mundial e do risco aumentado para a aquisição de microrganismos de

transmissão sangüínea (hepatite viral B e C, por exemplo) entre os profissionais de saúde, as normas de biossegurança e isolamento ganharam atenção especial.

O Centro de Controle e Prevenção de Doenças de Atlanta, EUA (*Center for Disease Control and Prevention* - CDC) sintetizou os conceitos até então utilizados, Precauções Universais e Isolamento de Substâncias Corporais, em um novo modelo denominado de CDC Guidelines for Isolation Practices. Este guia aborda dois tipos de precauções: padrão e específicas ou de isolamento.

Precauções Padrão: são um conjunto de medidas utilizadas para diminuir os riscos de transmissão de microrganismos nos hospitais e constituem-se basicamente em: higiene das mãos, uso adequado de equipamentos de proteção individual (luvas, máscara, protetor de face, protetor de olhos e avental), higiene dos equipamentos de cuidados aos pacientes, medidas de controle ambiental e manuseio adequado das roupas.

Precauções de Isolamento: se destinam a prevenir a propagação de patógenos em hospitais, fundamentadas em seu modo de transmissão.

Transmissão aérea por gotículas: ocorre pela disseminação por gotículas maiores do que 5 mm. Podem ser geradas durante tosse,

espiro, conversação ou realização de diversos procedimentos (broncoscopia, inalação, etc.). Por serem partículas pesadas e não permanecerem suspensas no ar, não são necessários sistemas especiais de circulação e purificação do ar. As precauções devem ser tomadas por aqueles que se aproximam a menos de 1 metro da fonte.

Transmissão aérea por aerossol: quando ocorre pela disseminação de partículas, cujo tamanho é de 5mm ou menos. Tais partículas permanecem suspensas no ar por longos períodos e podem ser dispersas a longas distâncias. Medidas especiais para se impedir a recirculação do ar contaminado e para se alcançar a sua descontaminação são desejáveis. Consistem em exemplos os agentes de varicela, sarampo e tuberculose.

Transmissão por contato: é o modo mais comum de transmissão de infecções hospitalares. Envolve o contato direto (pessoa-pessoa) ou indireto (objetos contaminados, superfícies ambientais, itens de uso do paciente, roupas, etc.) promovendo a transferência física de microrganismos epidemiologicamente importantes para um hospedeiro susceptível.

Em relação às medidas de precaução e isolamento é interessante observar que os médicos e enfermeiros aparentemente acreditam que a

indicação pode ser realizada indistintamente por médicos, enfermeiros e a própria CCIH, que segundo alguns tem informações privilegiadas a partir de sua interação com o laboratório de microbiologia. Existe alguma discordância no que diz respeito a indicação de isolamento em pacientes suspeitos de terem germes multiresistentes e também quanto ao isolamento protetor. Entretanto, este aparente consenso perde sua consistência quando ouvimos os auxiliares ou técnicos, que relatam as constantes informações discordantes entre médicos, enfermeiros e CCIH quanto à indicação e manutenção das medidas de precauções e isolamento, confundindo-os nas suas ações assistenciais.

I Médico 1:

“Eu acho que não tem uma regra muito fixa, depende de quem acha primeiro a necessidade. Aqui, tanto eu como pessoal da enfermagem, já pediu isolamento do paciente, viu que chegou lá o resultado de cultura, então, antes de virem falar comigo já sabe que ia ter que isolar mesmo, então já estão providenciando o isolamento, e a própria CCIH também já fez isolamento. Acho que o isolamento fica mais multidisciplinar, qualquer um pode fazer.”

II Médico 5:

“Várias vezes, crianças portadoras de diarreia, que nós não tivemos chance de mantê-las em isolamento, por falta de espaço físico. Essas crianças

tiveram contato com crianças que não tinham sido internadas por essa patologia, e crianças com outros quadros, por exemplo, quadros pulmonares, acabaram saindo do hospital com diarreia, pegaram infecção dentro do hospital”.

II Médico 4:

“A CCIH ultimamente andou dizendo há casos que isolava anteriormente que nem precisa isolar. Eu até estranhei, isolamento que previne, eu levar infecção para o paciente, eu uso. Que me custa botar uma máscara? Ou colocar uma luva quando for examinar? Então casos que acho que precisa, eu uso. Principalmente em casos de imunodeprimido”.

III Médico 7:

“Eu vou seguir a orientação da CCIH ou infectologia. Se eu tiver algum paciente com precaução de contato eu vou seguir a orientação que está no manual do hospital. Ou vou ligar para eles, não vou tomar a iniciativa sozinho”.

IV Médico 8:

“Toda a equipe médica discute com a SCIH e a gente faz o isolamento do paciente. Mas tudo isso é discutido. A gente já faz um isolamento preventivo, todo médico sabe como funciona a infecção hospitalar. Então, já pede para isolar e a gente pede um parecer da SCIH, ela discute conosco e mantém

normalmente o isolamento. Quando não há necessidade, ela mesma suspende. Mas por prevenção a gente já isola. A enfermagem é orientada pelo médico quando ela acha que deve ficar, quando tem um diagnóstico, ela já se mobiliza também para fazer o isolamento. Mas isolamento, quem dá a palavra é o médico”.

V Enfermeira 7:

“A gente tem o protocolo, não vou precisar esperar ele vir para examinar para poder prescrever isolamento. A gente já sabe, já tem o protocolo. Porque normalmente quando é seguido o protocolo há necessidade, eu sei que aquela criança precisa, então é minha autonomia, acho que me dá autonomia. Não tira, acho que aumenta. Eu conheço o protocolo, eu tenho toda certeza da indicação do isolamento, para quem perguntar, eu justifico. O protocolo já vem da CCIH e a gente normalmente não participa”.

VI Enfermeira 3:

“Eu tento fazer o possível, desde que tenha os recursos disponíveis. Muitas vezes tem um paciente de isolamento, mas não tenho área, um local livre para esse paciente ficar no isolamento. Eu sei que ele é um paciente que pode transmitir uma infecção, mas como que eu vou fazer se eu não tenho uma área física disponível? A falta de recursos muitas vezes impede da gente fazer um trabalho com qualidade, obedecendo todas as técnicas e a legislação”.

VII Enfermeira 5:

“Às vezes falta avental, por exemplo. A gente vê a falta de atenção do funcionário nessa hora. Hoje ninguém pediu um avental para minha unidade. Existem duas crianças no isolamento de contato. Aí já é uma falha técnica a pessoa sabe que a criança precisa dessa proteção e na solicitação não se preocupou em pedir. Só que não vai deixar de tocar uma criança para fazer o procedimento de emergência, de urgência porque não está com o avental.”

VIII Enfermeira 2:

“Médico pode chegar e falar que tal paciente não está mais no isolamento, a partir de hoje pode abrir a porta e o fluxo pode ser normal. Nós lá não podemos acatar essa decisão sem antes ter por escrito do médico da CCIH”.

IX Enfermeira 1:

“Recebia um diagnóstico, que sabe que vai evoluir para um possível risco de infecção para outro paciente, isola esse paciente no leito, e eu sempre avisei para a CCIH que tal paciente está internado com diarreia e eu não vou misturar ele com outro, estou colocando em um quarto sozinho”.

X Enfermeira 2:

“O enfermeiro pode indicar isolamento também. Às vezes, ele não tem essa autonomia, mas muitas vezes não tem médico vinte e quatro horas dentro daquele ambiente, por exemplo, chegou um resultado de exame, consta ali

uma Pseudomonas multiresistente, e sabemos que aquele paciente tem que ser mantido em isolamento, podemos fazer isso a princípio e depois a segunda conduta pode vir do médico, de manter ou não”.

XI Enfermeira 5:

“Nós temos autonomia para isso e retiramos também. Por conta dessa ligação direta que temos com a CCIH, a cultura chegou, nós tiramos, informamos a equipe para tirar da prescrição médica”.

XII Enfermeira 6:

“É a comissão de CCIH. O exame chega do laboratório e vem no próprio impresso que deve ser instituído as precauções, depois para sair só com avaliação do infectologista”.

XIII Enfermeira 7:

“Temos uns protocolos. Às vezes acontece, está no isolamento, chegou tal bactéria, ninguém viu ainda, daí vamos ver que o paciente está tomando isso mas é resistente a isso. As vezes a própria CCIH pega antes e liga comunicando que chegou a cultura com tal bactéria e que precisa isolar. Aqui a enfermeira indica, o médico indica, quem tiver primeiro o resultado do exame. Eu indico, eu mesma posso suspender, e comunico que suspendi o isolamento por tal motivo. Temos um protocolo”.

XIV Enfermeira 8:

“A CCIH, sempre indica e retira também”.

XV Enfermeira 7:

“A coisa é meio complicada. Isola até chegar o resultado, que eu acho que é correto, depois chega o resultado negativo, aí o médico comenta que não precisava ter isolado, e pergunta quem vai pagar a conta. Vai parar mais tempo ali, porque vai ter que botar avental, máscara, luva e daí entra, faz o que tem que fazer, sai, tira tudo, coloca lá, lava a mão e aí a mãe chama para ver alguma coisa. Aí precisa por tudo de novo, às vezes não é nada, mas às vezes é. Francamente, é ruim, o isolamento é ruim, mas é necessário”.

XVI Técnico/auxiliar 3:

“Muitos não sabem lavar, ou até sabem, mas lavar a mão toda hora, que saco! A maioria acha que não tem que ter as precauções universais, médico principalmente. Usar avental, que saco! lavar a mão toda hora, que saco! A gente tem a plaquinha, normalmente a enfermagem toma cuidado extremo, em excesso e vai lá o médico e não põe o avental, e não lava a mão, não põe a luva, usa o estetoscópio em um paciente aí vai para o outro”.

XVII Técnico/auxiliar 2:

“Aprendi o seguinte, quando isola a criança, isola tudo, até prontuário, nada pode sair da sala, principalmente isolamento de contato. Os médicos pegam os prontuários, misturam tudo. Teve uma médica que eu questionei, falei que no isolamento, isola tudo. Ela me ouviu, atendeu a criança dentro da sala, o prontuário dentro da sala, depois ela corrigiu a outra, a própria colega dela, e pediu para eu falar como é que funcionava, que elas realmente eram leigas. É uma confusão grande. Porque eles não se entendem. Nem médico, nem enfermeira, ninguém se entende. Quando tem que isolar eles fazem o seguinte: isolam, falam que é sala de isolamento, e no dia seguinte tem um monte de bebês novos que vem do C.O, tudo misturado com o isolamento. Ninguém fala a mesma língua, é igual à torre de babel”.

XVIII Técnico/auxiliar 4:

“Se esse paciente vinha de outro hospital, o controle era mais rigoroso. Se ele viesse com sonda vesical, intracath ou algum acesso venoso, tudo isso era trocado e era realizado novamente, a gente se paramentava, colocava luva, máscara e avental. Eram colhidos todos os exames, e até que saísse o resultado era mantido a precaução de contato. A criança interna no PS Infantil, sobe para UTI, e colhe-se os exames, depois a gente descobre que a criança tem uma meningite, tem uma varicela. Até chegar o resultado do exame, se eu tiver que pegar eu já peguei e já transmiti. Eu acho que o

controle de infecção deveria ser mais rigoroso, mais criterioso, para evitar que isso acontecesse”.

5.14 Controle de antimicrobianos

Nesta categoria, foi utilizado o Curso Básico de Controle de Infecção Hospitalar, Caderno D1, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária como referencial teórico e oficial.

Com o início do uso clínico dos antimicrobianos, no final da década de 40, estes agentes têm uma participação cada vez maior na prescrição médica. É inegável a importância do desenvolvimento de drogas antimicrobianas na melhoria da qualidade de assistência à saúde na humanidade. Entretanto, os recursos utilizados com antibióticos em todo o mundo atingem proporções vultosas e sua parcela nos custos da assistência à saúde tende a aumentar. Somente nos Estados Unidos, estima-se que mais de 2 bilhões de dólares sejam gastos atualmente com pacientes internados. O custo dos antimicrobianos representa de 30 a 50% do total gasto pelos hospitais com medicamentos.

Como resultado dos mecanismos de resistência desenvolvidos por praticamente todos os germes, muitos antibióticos, que facilmente inibiam microrganismos, estão perdendo sua eficácia. O reconhecimento de que microrganismos são capazes de resistir a agentes físicos e químicos, data

do início da era antimicrobiana. Inicialmente o problema da resistência foi parcialmente resolvido com a descoberta e lançamento de novas drogas e modificação das já existentes, porém a capacidade de adquirir resistência e transmiti-la é superior à velocidade de lançamento de novas formulações. Também é preocupante a quase ausência de antibióticos com novos mecanismos de ação, que poderiam dificultar o surgimento de resistência, sendo que os novos lançamentos quase que exclusivamente compreendem pequenas modificações em grupos de antibióticos já amplamente utilizados.

O alto custo para o desenvolvimento e comercialização de um único produto, calculado nos EUA ser de US\$100 a US\$ 350 milhões é um fator limitante fundamental para o desenvolvimento de novas drogas. O entendimento de como a bactéria desenvolve resistência e sua epidemiologia é da maior importância para a síntese de novas drogas e para o desenvolvimento de outras formas de combate aos agentes infecciosos. Existem seis mecanismos descritos para aparecimento e disseminação de bactérias resistentes: através da introdução, por pacientes, por profissionais ou por produtos comerciais contaminados, de alguns organismos resistentes, procedentes da comunidade ou de outra instituição; através da aquisição de resistência por mutação genética por cepas previamente susceptíveis; através da aquisição de resistência por material genético transferível; através da emergência de resistência induzível já presente em algumas cepas na população; através da seleção de subpopulações

resistentes; através da disseminação de organismos inerentemente resistentes.

Estratégias preventivas na disseminação de resistência são fundamentais e devem ser aplicadas em todos os hospitais. Entre elas, destacam-se: medidas de vigilância e isolamento de pacientes com cepas multiresistentes, medidas para diminuir a mutação e a transferência genética e medidas para diminuir a pressão seletiva através do uso correto de antimicrobianos.

O Programa de Controle de Infecção Hospitalar obrigatório prevê que a CCIH deve reduzir ao máximo possível a gravidade das IHS e isto só pode ser alcançado reduzindo sua letalidade orientando a correta antibioticoterapia. Dentro deste conceito os hospitais devem instituir padronização de antimicrobianos, e estratégias para o controle de seu uso que pode incluir justificativa para o emprego de antibióticos específicos.

A CCIH é vista pelos médicos como um aliado para orientações em antibioticoterapia de casos de infecção, particularmente provocados por microrganismos multiresistentes ou quando é observado falha terapêutica do esquema previamente instituído. Em algumas falas é defendida a opção empírica por antibióticos de amplo espectro em pacientes graves, embora a maioria dos médicos acredite que o uso indiscriminado de antibióticos gera pressão seletiva. Para os médicos a consultoria em antibioticoterapia é o principal ponto de apoio do infectologista da CCIH às suas atividades clínicas dentro do hospital, desde que a decisão final continue em seu poder.

Em relação a esta atividade foi relatado que se evoluiu de uma postura autoritária, chegando até a riscar prescrições, passando por uma postura fiscalizatória, chegando a uma consultoria especializada.

Há um consenso sobre a necessidade da instituição desenvolver políticas para a prescrição de antimicrobianos, porém existem divergências quanto a melhor estratégia a ser empregada. Mesmo os médicos que atuam em instituições que não tem um programa formal de controle de antimicrobianos sentem esta necessidade e procuram o apoio da CCIH/Infecologia para orientações.

I Médico 2:

“A clínica é minha. Obvio que eu não sou nenhum bobinho, se tem alguém que sabe mais, que é especializado nisso eu vou pedir consultoria para eles, desde que isso não seja uma coisa muito absurda, eu termino acatando. Porque eu já tenho um aliado a mais, se houver alguma complicação maior”.

II Médico 3:

“O médico tem que estar aberto para interferência em conduta, a partir do momento que a pessoa mostra que você está fazendo alguma coisa que não está adequada. Por isso que é um trabalho em equipe, várias pessoas trabalham melhor do que uma, eu acho que equipe é fundamental”.

III Médico 6:

“A gente pode não concordar com algumas condutas deles, mas como eles são os detentores de algumas liberações a gente acaba tendo que acatar. Se a gente não concorda, se acha que tem que ser outro tipo de conduta a CCIH dá essa liberdade para gente, não tem aquela coisa imposta. Aceito que outros colegas interfiram em minha conduta, desde que seja discutida. Coisa imposta, acho que em hipótese alguma, em situação nenhuma, mas aceito. É uma coisa chata, porque foi passado por cima, não veio uma explicação antes. Não veio um porquê. Em um primeiro momento eu vi como uma coisa antiética, não vieram me dar uma explicação, não é adequado por causa do perfil do hospital, não é adequado por conta disso, por conta daquilo. Mudaram e depois veio a explicação. Achei uma coisa antiética”.

IV Médico 7:

“Dependendo da coisa, tem que entrar com o antibiótico antes da cultura. Eu trato, eu tenho essa visão de tratar o paciente com antibiótico de largo espectro antes do resultado da cultura. Principalmente quando o paciente é meu, faço tranquilamente, porque eu sou médico intensivista e cardiologista, vou perguntar para o médico titular, aqui quem determina tudo é o médico titular. Médico titular que é autonomia, eu quero que dê ceftriaxona, o médico da infectologia chega, porque tem que chamar e ele diz que é melhor dar cefipima, quem manda é o médico titular. Se ele quer dar ceftriaxona, vai dar ceftriaxona”.

V Médico 1:

“Garanto que se eu chegar aqui e vamos usar tal droga, eles já usaram e viram que não funcionou que tem um alto índice de resistência essa droga, por que eu vou inventar a roda? Esse tipo de estratégia quem faz não é o médico, é a CCIH. Então eu não vejo problema nenhum, não precisa nem ser formada pode até não ser formada, se está dentro de uma equipe e desde que não venha falar bobagem, eu não tenho esse tipo de pudor, mas muita gente tem. Você sabe disso! (sorrindo)”.

VI Médico 4:

“Na UTI são casos muito complexos, infecções de repetição, aquelas “cacas” cirúrgicas, o sujeito toma todos os antibióticos possíveis, então geralmente chamamos a CCIH para tomar parte daquilo porque dá uma continuidade na história. Como tem gráfico de temperatura, pelo menos os doentes que vão entrar naquele círculo de trocar antibiótico toda hora, seria interessante ele ter um gráfico como uma linha de tempo de utilização de antibióticos. Isso poderia ser padronizado por uma CCIH. Às vezes o doente fica meses internado na UTI, quando precisa ver o que esse cara já tomou de antibiótico é muito complicado, porque às vezes é dada alta administrativa por causa do convênio, fecham a conta a cada 10 dias o prontuário não está na UTI. Tem que levantar o prontuário, então fica praticamente impossível, vai pela memória de diarista. Seria interessante, pelo menos para esses doentes que têm possibilidade de re-infecção importante, ter um controle disso para as

culturas isoladas com o microrganismo, o antibiótico que foi dado, o efeito que causou, aí o impresso seria interessante”.

VII Médico 6:

“No uso indiscriminado de antibióticos, antes de ter o diagnóstico firmado de uma infecção, o uso em alta escala de antibióticos potentes, de amplo espectro, de forma indevida às vezes, aí eu acho que entra o papel importante da CCIH, eles acabam orientando a gente quanto a isso, de não estar expondo tanto o meio a tanto antibiótico potente, para não selecionar flora”.

VII Médico 2:

“Quando assumi a gerência no Hospital, fiz questão de chamar toda minha equipe e falar que, com relação às normatizações do uso de antibiótico, sabemos que existem muitas condutas acadêmicas, mas não existe a melhor do mundo. Deixei bem claro que nada melhor do que se adaptar ao que a nossa CCIH está propondo. Eles são especialistas, são infectologistas, trabalham todo dia com isso, eles têm muito mais condições de dizer para mim o que está sendo feito”.

VIII Médico 3:

“Tenho notado de uns anos pra cá, que a CCIH melhorou muito. O intercambio com os médicos vem melhorando a cada dia. Existe um contato

muito maior, o pessoal da CCIH conversa com a gente, para as diferentes cirurgias temos padronização do tipo de antibiótico, tanto profilático quanto terapêutico, tudo isso é baseado em cultura, no que eles identificam no próprio hospital, estão fazendo um trabalho realmente direcionado para atingir microrganismos predominantes no hospital. Aqueles pacientes que já vem com infecção, com essa integração da CCIH, com esses antibióticos seletivos, específicos, o período de internação caiu. Eu acho que esses cuidados estão fazendo o nosso trabalho melhorar, está evoluindo de uma forma positiva”.

IX Médico 4:

“Houve certo mal estar, o médico até então era livre para indicar o antibiótico, não existia fiscalização. Depois se entendeu melhor a CCIH, não é no sentido de fiscalizar, mas procurar orientar melhor o uso de antibióticos para prevenir resistência, para ser uma coisa mais racional. Eu acho importante aquele negócio de flora hospitalar, de saber quais são os germes mais prevalentes, isso é muito importante ser veiculado na prática”.

X Médico 8:

“Discutimos os casos com o pessoal do SCIH, vamos atrás das hemoculturas, discute as hemoculturas com o pessoal. Estamos trabalhando em equipe mesmo, para poder dar um bom andamento à unidade. Isso tem ajudado muito a equipe a não prescrever antibióticos desnecessariamente”.

XI Médico 3:

“Faço questão de ter contato com a CCIH. Me comunico com eles, ligo várias vezes por dia, sempre que tenho dúvidas em um antibiograma, em um antibiótico, entro em contato para saber o tipo, qual que eu poderia escolher. Eu acho que isso é muito positivo, e eles me atendem muito bem, há um retorno muito bom, e isso deixa a gente bastante tranquilo”.

XII Médico 1:

“Se é uma primeira infecção, o paciente está sem antibiótico ou está com uma droga muito básica, entro agora com uma coisa um pouquinho mais pesada, eu não vou ter que ligar para discutir. Normalmente essa primeira etapa a gente mesmo entra e depois comunica que ampliei o espectro dele, porque o exame físico não tem nada, mas o raio X eu achei que tem uma manchinha ali, a urina está meio turva”.

XIII Médico 2:

“Hoje em dia, eu nem conheço mais tanto antibiótico como eu conhecia antigamente! Conheço os antibióticos feijão com arroz, qualquer dúvida que tenho, chamo o pessoal da infecção”.

XIV Médico 3:

“As condutas terapêuticas são padronizadas, em conjunto com a CCIH. Seguimos uma padronização. Não só na parte profilática quanto na parte terapêutica”.

XV Médico 4:

“Eu procuro usar bom senso. Vou uma vez por semana, se eu vejo que o sujeito está escapando daquele projeto terapêutico inicial, por que está escapando? Procuro orientar, porque talvez esteja na hora de mudar o antibiótico, faz uma janela, começa a colher cultura. Não acho que eu, que vou lá uma vez por semana, tenho que simplesmente rabiscar tudo, trocar e acabou. Vai que o médico do dia seguinte não gosta, e risca de novo e põe outro, então vira uma palhaçada. Agora é lógico, se você pega um quadro de choque séptico, uma coisa assim você tem que agir, tem que introduzir um antibiótico. Se eu puder somente tratar as intercorrências, as coisas que são urgentes, eu me ateno a isso, e quando eu vejo outras coisas eu procuro orientar ou então escrevo na evolução o que eu acho, para ser tomado uma atitude por quem de direito e na hora oportuna”.

XVI Médico 6:

“É mais fácil pensar numa grande bomba para tratar, do que pensar especificamente na infecção que está acontecendo. É mais fácil dar um tiro de bazuca para tentar acertar, do que tentar mirar o alvo. E aqui como não

tem restrição, às vezes você se pega sendo leviano, você pega o mais fácil e prescreve, é uma coisa que a gente tem que se policiar bastante. Aí eu trago a informação cruzada de outro hospital, no outro hospital temos uma restrição de antimicrobianos, trago esse exercício para cá. Será que antes de entrar com esse antibiótico que lá tem restrição, não seria melhor eu tentar uma coisa antes? Outra linhagem de antibiótico que vai selecionar menos, que ainda terei o que usar lá na frente caso venha acontecer uma seleção”.

XVII Médico 7:

“Consigo resolver muito bem um caso de infecção hospitalar, tem antibiograma, tratar com antibiograma é muito fácil. A dúvida nossa não é tratar antibiograma, é antes de ter a cultura. No choque séptico o paciente está dependendo de droga vasoativa, chumbo grosso. Gram positivo, Gram negativo, anaeróbio, tudo coberto com largo espectro. Depois vejo o que vai acontecer. Paciente instável não fico dando vitamina para as bactérias não, eu entro com droga pesada. Quem determina aqui o antibiótico são os médicos titulares, quando há dúvida eles chamam os infectologistas para orientar os antibióticos”.

XVIII Médico 2:

“Às vezes existem algumas discussões sobre o uso de alguns antibióticos, isto passou a ser sanado quando a gente resolveu a assumir a conduta de

solicitar uma orientação do setor, tanto do serviço de infectologia, quando tem, quanto da CCIH. Na realidade, a CCIH deve fazer a recomendação, mas não deve assumir paciente. Quem assume somos nós. Então eu peço uma consulta para eles, uma inter consulta, uma orientação, e eles sempre se prestam a isso. A CCIH não deve tomar conduta com relação aos pacientes. Eles podem e devem participar”.

XIX Médico 3:

“Quando existe resistência microbiana a gente segue a orientação da CCIH, a gente passa a coisa para o comando deles. Quando a gente percebe que está tratando, mas coisa não está melhorando, apesar da nossa padronização, a gente realmente solicita mais a participação deles”.

XX Médico 6:

“Temos muito doente de longa permanência, muitas vezes temos uma seleção de flora, de bactérias multiresistentes, eles nos ajudaram, e nos ajudam com frequência. Ajudaram várias vezes na definição do sinergismo dos antibióticos, nos ajudam às vezes com colegas, que precisam debridar uma escara, a gente sabe que se não debridar, não fazer uma limpeza cirúrgica, o antibiótico não vai agir de maneira eficiente. Ajudam-nos a intervir junto aos colegas para fazer esse tipo de intervenção, por que às vezes você fala que precisa que drene aquela cavidade. O colega quer

esperar. A CCIH entra e fala que se não drenar não tem como mais liberar antibiótico. Eles têm esse poder de atuação”.

XXI Médico 7:

“A partir do momento que você solicitou uma orientação, quero ouvir, dividir responsabilidades. Não sei se soma nos meus conhecimentos, mas para ajudar o paciente eu acho que é o principal. Chama uma vez, a segunda, a terceira, na quarta a gente já fez o que poderiam fazer. Você acaba tomando as iniciativas, aprendendo”.

XXII Médico 1:

“Isso é um pau com médico de UTI, porque médico de UTI também se julga conhecedor do manuseio de antimicrobianos, e de certa forma o é. O cirurgião um pouquinho menos, o clínico, o médico sabe manusear antimicrobianos, a não ser que seja dermatologista”.

XXIII Médico 4:

“Acho válido o controle de antibióticos pela CCIH, porque normalmente são os antibióticos que a gente deixa como última escolha”.

XXIV Médico 4:

“É uma fichinha que tem que preencher e encaminhar para a farmácia dizendo quantos dias está previsto usar o antibiótico, geralmente peço 7

dias, mas freqüentemente tem que mudar o antibiótico. Geralmente eles não liberam se não tiver a ficha. Às vezes, quando é à noite por exemplo, como é que vai liberar? Então, usa-se de outro doente, de manhã faz o pedido. Tem que ter um esquema para liberação a todo o momento”.

XXV Médico 4:

“Uma ficha que tem que preencher se está tratando profilaticamente, se está tratando uma infecção, se foi isolado o foco, se tem cultura positiva, se o tratamento é empírico ou se é orientado por cultura, tem toda essa ficha para preencher”.

XXVI Médico 4:

“Riscar prescrição? Isso é uma falta de respeito muito grande, não é por aí. No mínimo tem que falar com o colega, se ele não acha melhor mudar o antibiótico por causa disso e disso? Acho até antiético riscar a prescrição. Para quê que vai riscando a prescrição do colega se pode conversar com ele e fazer ele entender, a final o sujeito racional, que estudou, fazer ele entender que, para aquele doente é melhor ele mudar o antibiótico, ele mesmo vai mudar. Então na realidade você pega a mãozinha dele e ele pega e muda, não precisa ir lá e riscar”.

XXVII Enfermeira 1:

“Tem casos, por exemplo, que o antibiótico já está no dia limite, a evolução do paciente não foi a esperada, então a gente discute com a equipe médica está tomando há dez dias, será que está funcionando? Será que a gente não pode tentar mudar? Em UTI principalmente, porque a gente acaba vendo a evolução diária do paciente, as vezes vê que não está evoluindo nada. Será que não vale a pena conversar com o infectologista, vê se não muda o antibiótico? Várias vezes já fiz isso. Nunca tive problema de aceitação não, principalmente na UTI, quando trabalha junto diariamente é muito mais tranqüilo isso”.

XXVIII Enfermeira 2:

“É discutido junto com a CCIH. A princípio eles entram com antibiótico terapia que eles já conhecem, que acham que vai surtir algum efeito. Em seguida chamam a CCIH para ver se aquela conduta está correta, ou se precisa entrar com antibiótico de maior espectro”.

XXIX Enfermeira 3:

“Fui verificar a prescrição, havia um antibiótico prescrito, a família informou que o antibiótico não tinha sido administrado, que a enfermeira havia informado que não tinha o antibiótico na casa, que não era padronizado. Então, fiz contato com a farmácia central e fui informada pela farmacêutica que havia o antibiótico na casa, passei o caso para ela, que explicou não ter

fornecido o antibiótico, porque foi suspenso pela CCIH, quem suspendeu foi médico da CCIH. Tinham dado outra informação para família. Falei com a família que ia tentar resolver o problema. Fiz contato com a médica da CCIH por telefone, ela informou que estava estudando outro antibiótico, aquele não era o mais adequado para combater aquela infecção. Fez a troca do antibiótico, em poucos dias a paciente recebeu alta, fez exames laboratoriais e não constava mais infecção, foi combatida”.

XXX Enfermeira 7:

“A CCIH acha que não precisa, mas eu acho que precisa (médico), quem manda no doente sou eu, não é ela. Fica aquele conflito, mas a CCIH acaba provando que não era para por antibiótico e pronto”.

XXXI Enfermeira 7:

“Dependendo do antibiótico é necessário a senha, então precisa falar com a CCIH primeiro, porque quem vai dar a senha é a CCIH. No final de semana às vezes tem que ficar bipando, esperar responder. Já aconteceu de um médico falsificar uma senha e mandar para a farmácia, mas no dia seguinte ele foi pego no ato. Ele foi chamado atenção pelo chefe da equipe. A farmácia deu porque ele tinha senha. A farmácia não libera se não tiver a cartinha com a senha”.

XXXII Técnico/auxiliar 7:

“Tinha um esquema que era fazer um laudo para estes antibióticos, o laudo ia para a CCIH e o médico de lá avaliava. Tinha validade de 7 dias, depois de 7 dias, se o paciente continuasse, o médico tinha que fazer outro laudo explicando porque mais 7 dias, para o médico da CCIH, então a gente nem conseguia pedir a medicação pelo sistema, a farmácia não liberava”.

XXXIII Médico 4:

“O paciente que está infectado vai tomar os seus antibióticos e tal, talvez os antibióticos da casa vão funcionar, mas essa bactéria desse sujeito pode criar um círculo de resistência futuramente ou desse paciente ou de outros que foram bombardeados por antibióticos. Quer dizer, eu acho que por mais cuidado que se tenha como os casos internados, muitos já vem contaminados, às vezes transferidos de outros hospitais. Aqui nós recebemos doentes de outros hospitais, freqüentemente infectados. Então vai criando uma população de germes resistentes. Pelo menos eu não conheço hospital nenhum no mundo que não tenha seus bichinhos malignos”.

XXXIV Médico 5:

“Eu tenho muito medo das bactérias multiresistentes porque nós temos infecções importantíssimas e muitas vezes letais e que nós sabemos que a

grande causa do aparecimento dessas cepas seja a falta de controle de infecção no nosso hospital”.

XXXV Médico 7:

“Uso abusivo de antibióticos pode causar resistências importantes, isso a gente sabe”.

XXXVI Médico 5:

“Normalmente nós precisamos utilizar antibióticos cada vez de maior espectro. Isso é uma coisa ruim, mas não tem jeito, nós vamos colhendo as culturas dos pacientes conforme as resistências, as bactérias vão aparecendo, nós vamos ter que tratar, não tem outra maneira”.

XXXVII Médico 6:

“Ontem estava discutindo isso com o infectologista aqui. Estamos ficando num beco sem saída. Até brincamos que chegou na letra Z do alfabeto dos antibióticos e daqui a pouco vamos ter que voltar para a letra A, a letra D, para os antibióticos linha de base, porque está selecionando e sabemos que é uma coisa induzida pela bioquímica de tudo, do agente, da medicação. Acho que estamos chegando numa sinuca, como dizem, numa sinuca de bico. Ou vamos começar perder muitos doentes até que se restabeleça uma ordem, ou até voltar a usar penicilina cristalina”.

XXXVIII Enfermeira 4:

“Acontece que existem muitos médicos que se preocupam em dar o remédio mais forte. A gente sabe que aquele paciente vai adquirir resistência, ou mesmo as pessoas que se auto administram medicamento. Então, essa pessoa esquece, não tem conhecimento, de que está adquirindo resistência. Na hora que ela precisar mesmo daquele remédio, ela não vai ter condição, que o remédio não vai fazer efeito nenhum”.

XXXIX Enfermeira 7:

“Isso aí é o problema. Depois vai ter que sair caçando o que vai dar para tratar o que aparecer. Às vezes aparecem esses resistentes a vancomicina, que é um problema muito sério e a gente tem algumas crianças que vem de “homecare” já com essa resistência a vancomicina”.

XL Técnico/auxiliar 4:

“Os auxiliares de enfermagem, não têm tempo, nem conhecimento científico pra analisar os exames e comparar, pra saber se aquele antibiótico está surtindo o efeito desejado ou não. Essa parte cabe aos médicos. Eles que nos comunicam que estão trocando o antibiótico. Mas essa parte é os médicos que vêem, eles que decidem em conjunto com o Controle de Infecção Hospitalar. Eles também não tomam iniciativas por eles mesmos. É em conjunto com o Controle de Infecção que eles mudam o antibiótico.”

XLI Técnico/auxiliar 4:

“Bactérias multiresistentes são aquelas que com o passar do tempo, vão ficando mutantes e cada vez mais resistentes aos antibióticos normais. Então, quando ela é multiresistente, tem que usar o antibiótico de largo espectro e, que é um antibiótico mais caro, mais forte, mas tem que antes fazer um antibiograma pra saber o tipo de antibiótico que vai utilizar pra combater aquela bactéria. Eu acredito que seja isso”.

5.15 Ação dos profissionais frente à clientela

É praticamente um consenso entre todos os profissionais de saúde que a clientela hospitalar está mais orientada e consciente quanto aos seus direitos, e isto leva a necessidade da humanização da relação médico paciente, embora questões de hotelaria também sejam importantes para a satisfação da clientela. Um aspecto interessante observado foi que dois médicos entrevistados evitam utilizar o termo infecção hospitalar, julgando que a clientela reage negativamente questionando sempre erro médico ou má qualidade da instituição.

I Médico 3:

“Eu acho que é mais fácil orientar, a orientação é muito importante. Hoje em dia tem uma coisa que é o chamado termo de consentimento. Todo o

paciente que vai propor um tratamento clínico ou cirúrgico, recebe no hospital um termo de consentimento, onde ele é conscientizado do nome do profissional, do CRM do profissional que está atendendo. Ele é conscientizado da doença, porque que ele está internando, e dos antecedentes pessoais dele que poderiam trazer agravos pra essa pra essa internação”.

II Médico 7:

“Os pacientes mal orientados por outros médicos, são os mais difíceis de tratar aqui. O paciente que tem noção da sua doença, o que vai ser feito, quais são os riscos que ele vai ter, e a família também bem orientada, não causa perturbação nenhuma. Mas os pacientes e famílias mal orientadas por outros médicos são difíceis, porque não sabem dos riscos do procedimento, ai tendem a culpar quem fez o procedimento”.

III Médico 8:

“Os recém nascidos não tem imunidade amadurecida, vamos por assim dizer. Ainda mais o recém nascido prematuro, esse então, não tem nenhuma imunidade. A questão de infecção nesses bebês é muito mais evidente. Passamos essa informação para os pais e eles acabam entendendo e aceitando. Então, não tem muito questionamento quando falamos que o bebê está com infecção. Explicamos o porquê e eles acabam aceitando”.

IV Médico 1:

“Quase todo mundo tem acesso a internet, tem acesso alguma forma de comunicação, aí vem com muita informação. Isso tem sido problemático, ou ele tem uma informação muito técnica, o que não é o nosso dia-a-dia normalmente, ou ele vem com informação errada, que é pior ainda. Informação de jornal, de revista leiga. Vem com cada absurdo, que aí provar para o cara e tentar convencer de que o que você sabe é diferente do que ele viu na telinha do computador, que é o todo poderoso que tudo sabe! Às vezes a gente sofre um pouquinho com esse relacionamento. Mas melhorou, de uma forma geral melhorou o conhecimento. Da mais trabalho para gente. Antigamente o médico precisava criar uma coisa que era vínculo médico-paciente, a gente aprendia isso na faculdade, isso fazia parte do tratamento, tem que criar vínculo, tem que ter confiança entre o paciente e o médico. A partir daí, vai fazer seu tratamento, isso hoje em dia não se ensina mais, não se pratica mais, não se valoriza mais, até porque o médico não tem tempo para isso, não dá”.

V Médico 2:

“Uma vez fui perito judicial de um caso de infecção hospitalar. Fui convidado pelo juiz para dar o parecer de um processo que houve entre um hospital particular de São Paulo contra um médico de “muito nome” por causa de uma infecção hospitalar, que culminou com a morte da mulher, em um parto. E foi muito interessante, porque naquele caso especificamente, era uma

infecção hospitalar que a evolução foi totalmente anormal. Ela teve um desenlace muito rápido, muito agudo, e que terminou culminando com a morte da paciente, mas a conduta que o médico tomou, apesar dos Centros de Infecção de Controle Hospitalar, de infectologista, de todo mundo presente, o paciente terminou morrendo. Mas a conduta foi toda perfeita, inclusive compartilhada com outras pessoas, e foi isso que ajudou o médico a se livrar do processo. Ele não assumiu sozinho”.

VI Médico 5:

“A população hoje é mais instruída, mais reivindicadora, menos passiva do que antigamente e, hoje nós temos internet, globalização, a mídia e isso faz com que os pacientes não sejam mais leigos nesse sentido e saibam exatamente os seus direitos. Eles conhecem a infecção hospitalar e, portanto eles reivindicam e questionam muito a equipe médica nesse sentido”.

VII Médico 6:

“Se existe uma relação, um vínculo, e até mesmo uma exposição sincera com o doente e com a família dele, a chance de ter um problema de ordem jurídica, eu acho menor. O que está acontecendo, os riscos, costumamos falar muito em riscos desses pacientes, que inicialmente não são infectados e que sabemos que vai ter uma longa permanência, alta exposição, alta invasão, a equipe aqui tem essa característica, de explicar que existe um

risco de infecção hospitalar. Quanto mais tempo o paciente ficar exposto, maio o risco de complicar com uma infecção. E isso, essa sinceridade, o fato de você não se eximir dessa condição, eu acho que ajuda a prevenir os problemas jurídicos”.

VIII Médico 7:

“Quais os fatores que facilitam isso? O que você fala para a família? Eu não uso o termo infecção hospitalar. Eu acho que esse termo assusta muito e perturba a família. Posso até falar infecção adquirida dentro do hospital, mas esse termo infecção hospitalar eu não uso. Vai causar discórdia e outras perguntas por que, como um hospital desse nível fazer isso. Uma infecção adquirida no hospital, eu acho que é mais tranquilo. Não, de jeito nenhum, é muito difícil. Esse termo infecção hospitalar é muito pesado e está na mídia. Eu não uso. O familiar bem orientado não vai te causar problema nenhum”.

IX Médico 2:

“Medo de infecção hospitalar os pacientes tem. Hoje em dia eles têm mais noção, desde a escola, até de lavar a mão. Uma paciente quando deitou na cama dela, viu que tinha uma mancha de sangue no lençol, antiga. Que foi lavada, mas foi mal lavada. Isso deu uma grande repercussão. A reclamação dela foi tão importante, que ela poderia pegar uma infecção hospitalar. Ela estava preocupada com a infecção hospitalar, as pacientes hoje têm medo e cuidam disso também. Do jeito delas, mas cuidam. Mas a repercussão foi

tão grande, que nós fomos fazer uma sindicância. A Secretaria teve que assumir trocando e comprando um outro sabão recomendado pelo Serviço de Controle de Infecção, pela lavanderia, quer dizer, onde entra a equipe multiprofissional para discutir o caso e trocaram o sabão da Secretaria inteirinha, por causa de uma queixa de uma paciente que tava tomando conta da caminha dela”.

X Médico 4:

“Geralmente o termo infecção hospitalar assusta. Mesmo nos hospitais particulares, que lidamos com pessoal teoricamente mais diferenciado, porque é só teoricamente. O pessoal fala em infecção hospitalar já pensando em processo com aquela conotação de erro médico. Então, o meu contato com a família a menos que eles exijam informações detalhadas, é o contato de um médico com um leigo, então eu digo se o doente está grave, se não está grave, qual é o prognóstico. Inclusive se me perguntam de pressão arterial, de um monte de coisa, eu falo olha esse é um item do tratamento dele, existem quinhentos outros itens, não é a pressão arterial, ou isso ou aquilo ou, mas é todo o conjunto dele que é grave. Eu mudo de conversa para não ficar com informações técnicas que ele não vai saber digerir e entender a importância do caso. Dá a impressão que o indivíduo está sendo mal cuidado, dá a impressão que o pessoal está errando, que a coisa não está bem, que o hospital não presta”.

XI Médico 3

“O paciente bem orientado, com certeza procura hospitais que tenham o menor índice de infecção hospitalar”.

XII Enfermeira 2:

“Fica péssima. Nós já tivemos casos assim, porque estamos cuidando, a conversa está surgindo, muitas vezes os pais estão com os bebês, mas estão de ouvido em pé, escutando. Eles perguntam porque que meu filho está assim? Eu não podia falar. Podemos até passar alguma coisa para os pais, se a criança está bem, estável, não teve febre, mamou legal, recebeu a dieta, mas não pode passar o estado clínico. Eu não posso falar que ele está assim porque está em isolamento, porque pegou uma bactéria. Eu tinha que deixar isso para o médico. Então eles me perguntam por que meu filho está aqui? Seu filho está aqui porque a UTI está muito lotada, e as crianças não podem ficar umas próximas da outra. Então precisamos aumentar um pouquinho, para não ficar todo mundo próximo um do outro, para evitar de pegar alguma infecção. Colocamos os bebês aqui, mas eles já estavam lá, porque estavam infectados. Mas eu não poderia falar isso para ele, porque tem que saber como falar. Às vezes pega pessoas com difícil entendimento e tem que falar de um jeito que elas entendam, mas que não te culpe. Muitas te culpam, se ele está assim é porque o hospital não presta, porque demorou o atendimento, não está sendo bem atendido. Tem muitas cobranças de família”.

XIII Enfermeira 6:

“Vemos, principalmente no horário da visita, que os familiares estão sempre atentos com isso. É um box do lado do outro, eles estão sempre atentos para ver como o funcionário está. Se está lavando as mãos”.

XIV Enfermeira 8:

“A única pessoa que pode ajudar o tratamento, se você está internado no hospital você quer sarar, se você tiver a compreensão de tudo que está acontecendo com você, claro que vai ajudar. Você vai estar dentro do hospital, se propondo a um tratamento, uma situação, então eu concordo sempre que o paciente é o primeiro saber. Na verdade o paciente não é nosso, ele é da sua família, ele é um ser independente, só veio no hospital para ser cuidado. Ele é o papel principal, um paciente adulto, ele tem discernimento, mas a criança, a mãe e o pai, todos têm que estar orientado, inclusive as crianças, dentro do certo limite. Eu acho que até a criança ajuda, quando ela sabe a doença que ela tem, ela vai com certeza ajudar no tratamento”.

XV Enfermeira 1:

“Hoje o paciente não é paciente, ele é cliente. E como cliente acaba por conta de divulgação de exigir seus direitos. Na televisão, no rádio, ele acaba exigindo muito mais, acho até que a própria visão perante o médico mudou muito. Médico era um deus antigamente. Ele tinha um status muito maior do

que tem hoje. Hoje todo mundo questiona mesmo. O que o médico falava antigamente era lei. Todo mundo acreditava, e não sabia mesmo, não tinha conhecimento, acabava acatando e aceitando. Já vi familiar inclusive colocar o dedo para discutir com o médico. Eu acho que é mais influência da mídia”.

XVI Enfermeira 5:

“Eu acho que essa influência americana, com essas denúncias, as próprias instituições abrem mais a orientação para os pacientes, hoje as coisas são muito mais abertas, e a tecnologia também é muito mais exposta. As pessoas se interessam, os familiares se interessam, buscam mais conhecimento sobre a problemática, sobre a terapêutica. Eu acho que vai crescer muito, quem sabe com isso as coisas se tornem ponto de reflexão. Onde a gente erra? A gente precisa melhorar a cada dia, acho que sempre a pressão, infelizmente, para o ser humano está intrínseco, só que ninguém aprende e guarda isso na memória para sempre. Sempre tem que ter alguém ali martelando para ele não se deixar levar por algum fato, porque aqui é mais fácil, eu vou pelo caminho mais fácil”.

XVII Enfermeira 7:

“Eles sempre questionam a gente, acham que fazemos sempre tudo errado, questionam, falam, a fulana da noite mexeu no soro e não passou o álcool direito para fazer a medicação. Vai ver que foi por isso que contaminou. Eles sempre acham uma desculpa. Tentamos conversar, normalmente

chamamos aqui na sala. Porque ele não vai falar só para você, vai falar para todos os outros pais que estão ali e para os que estão lá fora. Então a gente conversa e explica o que aconteceu. Normalmente eles acham um culpado”.

XVIII Enfermeira 7:

“Os pais por exemplo, vêm no pronto socorro e não saem sem uma inalação. É morte na certa, o hospital não presta, nem inalação dão para as crianças. As vezes a criança não tem nada, mas o colega é obrigado a prescrever a inalação para deixar o homem feliz e ir embora satisfeito”.

XIX Enfermeira 8:

“Tem pessoas que são questionadoras e pessoas que não são. Independe se são engenheiros, médicos, advogados, tem pessoas que não são nada e questionam tudo, acho que indpende. Eu acho que nós estamos muito pouco treinados para tudo isso, e esse é o diferencial da enfermeira, é o treinamento, tentar reverter uma situação de conflito para uma situação sem conflito, esse é um dos papéis mais difíceis de uma enfermeira dentro de uma UTI”.

XX Enfermeira 7:

“Ele vai mais pela hotelaria do local, na minha opinião. Ele tem o convenio, o convenio oferece esse e esse hospital, se ele está acostumado a ir naquele ele vai voltar naquele. Se foi e gostou, ele vai voltar, mas por infecção eu

acho que não. Eu acho que não é nem pela competência do pessoal. Escolhe o hospital onde ele possa ficar com o filho dele, mas que também consiga descansar, que tenha refeição, eu acho que é mais por aí que eles procuram”.

XXI Técnico/auxiliar 5:

“Tem computador, tem o tal do Google. Se bater lá no Google e perguntar qualquer coisa ele dá matérias que às vezes o cliente chega com argumentos melhores do que o médico tem na mão, mais moderno, e até lançam algumas coisas que o médico fica embaraçado em responder, e às vezes nem sabe dizer o argumento que as pessoas têm. Eu acho que as pessoas estão mais cientes e mais informadas. Hoje o cliente é mais consciente, ele cobra mais. Então, ele está vendo ali, o filho dele com uma infecção, e o do lado também com a mesma infecção. Tem essa fofquinha que acaba gerando denúncias”.

XXII Técnico/auxiliar 7:

“Eu acho que independente de ser da área de saúde, sempre tem informação em relação a isto em tudo, a televisão, revista, sai notícia de infecção hospitalar, problemas que acontecem, médico que não é médico sendo preso. Então eles estão bem de olho. Um paciente transplantando de fígado há muito tempo, sabe muito mais sobre o problema dele. Eu já tive paciente que me deu aula”.

XXIII Técnico/auxiliar 3:

“É difícil. A gente não sabe o que falar, até porque não temos autonomia para poder estar falando muito, porque é assim ou é a enfermeira, que é a responsável pelo plantão ou a enfermeira encarregada, ou é o médico. Geralmente é o médico quem dá a informação para família, porque se falar eles caem matando em cima”.

XXIV Técnico/auxiliar 5:

“Eu estava cuidando de uma paciente ontem e ela me perguntou por que morria muita gente aqui. Ela fez uma cirurgia cardíaca, uma correção de CIA. Olhe o medo! Então os pacientes perguntam se aqui tem muita infecção, aqui tem isso, aqui tem aquilo e vê os panfletos no hospital, lave as mãos, a família é orientada. Hoje ao entra no quarto para falar com o paciente, ele é tão esclarecido, que ele mesmo cobra se não vai lavar a mão. Sentimos uma obrigação. Numa ação da enfermagem, dependendo do jeito que se faz e trata o paciente, ele cobra do outro porque ele fez melhor. Não é que tratou melhor, é que ele simpatizou mais”.

5.16 Hospital público x hospital privado: comparação

Embora esta não tenha sido uma categoria original da nossa pesquisa, algumas falas trouxeram informações interessantes para maior

reflexão sobre as práticas de controle de infecção. Os médicos focaram sua atenção nas deficiências do hospital público enfatizando os recursos materiais, medicamentos, humanos e infra-estrutura deficientes, aliados a impossibilidade da recusa de pacientes, o que leva a improvisações, superlotação e sobrecarga de trabalho. Também os médicos enfatizaram que os pacientes já vão para as instituições públicas desconfiados. Por outro lado um técnico citou que em hospital particular tem dificuldade para abordar médicos e pacientes, pois são considerados diferenciados e portanto imunes a críticas ou sugestões.

I Médico 4:

“Eu acho que todo mundo que se serve de hospital público já vai com o pé atrás. Vai achando que tem erro, e se você fala em infecção hospitalar se você pode usar outros termos”.

II Médico 2:

“Se a paciente que chega a hospital privado, precisando internar e não tem vaga, se vira e vai procurar outro lugar. Na prefeitura municipal, a ordem é que a paciente deve ficar internada, nem que seja no chão, pois ela está sob supervisão médica. Então, às vezes a gente põe a paciente para dentro, mesmo sem ter maca adequada, sem ter leito pra ela, isso é conflito, é completamente contrário as normas da CCIH. Mas também não tenho onde por a paciente. Se não por a paciente ela vai morrer lá fora do hospital”.

III Médico 4:

“No hospital público às vezes falta sabão, faltam outras coisas... mas o pessoal trás de casa, é impressionante ver, é comovente... que às vezes o pessoal tenta suprir a falta de estrutura que eles dão para trabalhar”.

IV Médico 2:

“É gozado, porque eu operava, tinha uma clinica grande, operava bastante paciente de clínica privada e tinha um caso ou outro de infecção também. Mas, naquela época eu operava na clínica no serviço público e tinha muito mais infecções. Porque isso acontecia? Porque eu operava diferente? Não, eu nunca operei diferente, nenhum médico opera diferente. O que acontece é que, as condições técnicas da sala, do material, da esterilização, da circulante de sala, as enfermeiras que te ajudam e o material, é completamente diferente do serviço público do que do serviço privado”.

V Enfermeira 3:

“Nós já sabemos como andam as condições da saúde pública no Brasil. E os recursos são escassos, são mal gerenciados, nós sabemos como fazer, mas nós não temos recursos necessários disponíveis. Isso dificulta muito o trabalho da CCIH, muitas vezes eles podem identificar o problema, mas nós não podemos seguir o que é determinado pela CCIH por falta de recursos”.

VI Técnico/auxiliar 5:

“É complicado trabalhar em hospital particular, chegar no médico que não lava as mãos. Se eu chego em um médico, aqui é um hospital diferenciado, então acaba sendo todo mundo diferenciado, e chegar em um médico e abordar pode acabar sendo punido, cada um na sua onda.”

5.17 Sua contaminação por infecção hospitalar

Nesta categoria foi perguntado como o profissional de saúde reagiria se ele ou sua família fossem vítimas de infecção hospitalar. Os médicos afirmaram que confiariam na instituição ou na própria CCIH, porém se caso identificassem um erro grosseiro se revoltariam e poderiam processar a instituição. Os enfermeiros entrariam com ação judicial contra o hospital principalmente se fosse constatado um erro. Já os auxiliares e técnicos procurariam seus direitos, alguns independente de culpa e processariam os médicos ou a direção do hospital. É interessante notar que os profissionais reagem de forma diferente quando são vítimas de infecção.

I Médico 3:

“Acho que se eu ou algum familiar contraíssemos uma infecção hospitalar, primeiro eu teria confiança na equipe de CCIH, procuraria seguir a orientação deles e, procuraria ficar tranquilo, porque pelo menos na minha

experiência de casos de infecção hospitalar que aconteceram, foram muito bem resolvidos. Então acho que a minha tendência seria ficar tranquilo”.

II Médico 5:

“Sim, eu tive muito medo, eu tive grande temor. Eu questionei num determinado momento, durante uma coleta de um exame de urina, que eu achei que o enfermeiro não estava usando luvas adequadamente e eu questionei, realmente ele se desculpou e calçou as luvas”.

III Médico 6:

“Primeiro ia depender da instituição onde ele estiver. Se for uma instituição que eu confio que conheço que é onde procuro levar quem eu gosto, e sabendo, é difícil. A gente tem conhecimento técnico e consegue perceber, eu acho que se for uma coisa grosseira, você vai ficar revoltado, você vai querer brigar, vai querer dar na cara de alguém. Mas se você conhece, se você acompanha, ainda mais a gente que é da área médica, só tem que lamentar, essa é a minha opinião. Nem todo mundo da minha família tem acesso aos hospitais que eu trabalho, estando numa instituição que eu não conheço, eu vou procurar conhecer a instituição antes de fazer algum julgamento, antes de tentar averiguar o que aconteceu se ficar constatado se houver a percepção de uma falha muito grande na prevenção ou até na indução da infecção, eu acho que a instituição tem que ser acionada. Mas se

foi uma coisa como uma possível evolução de um quadro grave, só tem que lamentar”.

IV Médico 8:

“Acho que tem que ver como é a dinâmica local onde a pessoa vai ficar. Se funciona bem, se são box separados, se é tudo individualizado. Essa é a idéia que a gente tem que ter para poder controlar, para poder prevenir. Então, se não for assim, acho que eu tiraria desse hospital e passaria pra um outro de minha confiança”.

V Enfermeira 3:

“Acho que eu iria. Se fosse comprovada, eu moveria uma ação judicial contra o hospital”.

VI Enfermeira 6:

“Eu ia querer investigar o tempo que a pessoa ficou internada, qual era a doença de base, quais os procedimentos que foram feitos durante a internação. Porque algumas coisas podem ser até justificadas. Num paciente que acabou de internar, que estava tudo bem, de repente pegou uma infecção hospitalar, deve ter alguma coisa de errado nisso. Primeiro eu ia querer investigar para ver realmente o que tinha acontecido, mas pode ser que processasse a instituição”.

VII Técnico/auxiliar 4:

“Eu procuraria meus direitos, porque acho que poderia ser evitado, na maioria dos casos. Primeiro ia procurar o médico que atendeu e fazer um protesto, alguma coisa, procurar chamar atenção pra que isso não se repetisse”.

VII Técnico/auxiliar 5:

“Eu acho que como família, iria querer saber porque pegou, como pegou, detectar a causa. Alguém foi culpado, tem que ter uma explicação lógica. Por mais que não tenha, a gente procura. Quer saber por que. Eu queria saber o porque pelo menos. Esse negócio de vou querer dinheiro, nada vai trazer de volta. Vou querer saber o porque, querer denunciar, querer uma lógica, querer punir os culpados. Nessa hora procura-se o culpado”.

VIII Técnico/auxiliar 6:

“Quando eu tive a minha filha mais velha, tive uma passagem de sonda inadequada, com muita gente mexendo em mim, pós-parto e eu me lembro como se fosse hoje. Quem calçava a luva, punha a mão na cama, depois punha a mão na sonda de novo. Enfim, eu peguei uma infecção urinária e, como consequência uma infecção no rim direito, quase perdi o rim. Fiquei internada oito dias e depois seis ou sete dias, na segunda vez, sei que eu fiquei internada um bom tempo. Tanto que da segunda vez eu que pedi alta,

porque eu não agüentava ficar internada e a minha criança recém-nascida em casa”.

IX Técnico/auxiliar 8:

“Com o conhecimento que tenho, acho que eu brigaria com o hospital inteiro. Eu acho que eu ia brigar com a equipe médica, com a diretoria do hospital (risos), com todo mundo, porque eu ia saber por que eu peguei a infecção, então”.

CONCLUSÕES

6 Conclusões

A motivação inicial da presente pesquisa, foi a não aderência dos profissionais de saúde às principais recomendações da CCIH para prevenção e controle das infecções hospitalares, aliada a sua ineficácia em alterar os comportamentos dos profissionais de saúde em relação a estas medidas. Assim, nos direcionamos para a pesquisa qualitativa, utilizando entrevistas semi-estruturadas, para responder a respeito das concepções e conhecimentos destes profissionais. Procuramos identificar o entendimento objetivo, significado atribuído, intencionalidade, fatores facilitadores e obstaculizadores, objetivos e subjetivos, além de fatos, valores, ideologias e conhecimentos que afetam a comunicação recíproca e os comportamentos.

Foi observado que os profissionais de saúde adquiriram na sua prática conhecimentos sobre as infecções hospitalares e sua prevenção, mas sentem dificuldades para incorporar estas medidas no atendimento aos pacientes. Tendem a atribuir sua ocorrência ao acaso, condições inadequadas de trabalho ou buscam culpado. Nos hospitais existe uma divisão hierárquica rígida do trabalho. Os médicos exercem o comando das

ações diagnósticas e terapêuticas, e com isto tendem a atribuir as infecções hospitalares ao acaso, associado à gravidade do paciente. Quando ocorre um episódio de infecção procuram compreender a partir de uma relação de confiança com as instituições, CCIH e os profissionais de saúde, e quando constatado algum erro buscam ações corretivas ou punitivas. Os enfermeiros gerenciam os cuidados prestados aos pacientes. Atribuem as infecções hospitalares aos procedimentos invasivos e falhas na atenção prestada aos pacientes, particularmente medidas de isolamento e precauções, e ao identificar um caso buscam investigar sua causa focando no processo de trabalho. Os auxiliares prestam diretamente o cuidado assistencial e relacionam os casos de infecção a algum culpado, procurando identificar o profissional ou a ação que levou a contaminação.

Em relação às medidas de prevenção e controle das infecções hospitalares, os profissionais de saúde reconhecem que a CCIH pode ser uma fonte de informações epidemiológicas e científicas, que os auxilia na prática profissional, porém os papéis não estão claramente delimitados e isto gera conflitos ou omissões. Os médicos enfatizam a consultoria para prescrição de antibióticos. Os enfermeiros destacam o respaldo científico que é dado para suas dúvidas e padronizações. Os auxiliares relatam as aulas que são ministradas. Os principais problemas referidos em relação às medidas de prevenção e controle destacam a deficiência de formação acadêmica em relação ao tema, dificuldade para o trabalho em equipe, as situações de emergência, quadro funcional deficiente e superpopulação de

pacientes. A CCIH é percebida como um órgão de assessoria a direção e por conta disto não exhibe o mesmo rigor para propor medidas corretivas que envolvam a direção, tal como faz com os auxiliares e técnicos, principalmente em situações de aumento da incidência de infecção. A CCIH também é vista como um órgão fiscalizador e de punição.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

7 Considerações finais

Na busca do entendimento da relação da CCIH com os profissionais de saúde, percebe-se que os papéis não estão claramente definidos, gerando tumulto ou omissão. Os profissionais, principalmente enfermeiros e auxiliares ou técnicos, necessitam de maior interação com a CCIH, e não de alguém que venha eventualmente coletar informações. Por outro lado, os médicos precisam ser incluídos nas atividades de educação em serviço, mesmo aqueles que não possuem vínculo empregatício com as instituições. Estas ações poderiam alterar uma visão corrente que a CCIH é burocrática e fiscalizadora, exigindo perfeição em condições adversas de trabalho, que ela pouco atua para mudar.

É possível também observar o potencial da pesquisa qualitativa para o aprimoramento das ações de prevenção e controle das infecções hospitalares. Foi com grande surpresa que foi verificada a escassa literatura a respeito do tema. Sugere-se que outras pesquisas sejam realizadas, aprofundando os vários temas que incluímos neste estudo e trazendo outros tópicos para discussão. Como consequência, entende-se a importância da

contribuição de profissionais de ciências humanas e sociais para entender a complexa interação existente entre administração, profissionais de saúde e clientela no ambiente hospitalar.

Outro ponto a destacar, é a necessidade de incorporação da assistência integral a saúde na formação dos profissionais da área da saúde, particularmente dos médicos, e aplicar progressivamente seus princípios em saúde coletiva, não se esquecendo de incluir o atendimento hospitalar. Neste sentido acredita-se ser importante uma revisão do papel da CCIH, do modelo predominante assistencial de incorporação tecnológica, incluindo progressivamente os princípios de saúde coletiva, dentro de um planejamento global da assistência a saúde no país. Também sugerimos uma flexibilização da hierarquia hospitalar, enfatizando o trabalho em equipe e a interdependência profissional.

ANEXOS

ANEXO I

Roteiro de entrevista

1. Explicar os principais objetivos do projeto

- Como os profissionais de saúde enfrentam os desafios das infecções hospitalares? (não é uma pesquisa avaliativa das práticas profissionais dele)
- Como eles vêem a atuação da equipe de saúde e particularmente a CCIH na prevenção e controle desses episódios?

2. Importância do registro do depoimento do entrevistado

- Explicar por que ele foi convidado a participar (profissional importante na instituição)
- Fazer com que ele sinta a importância de seu depoimento (suas informações podem ser úteis para uma análise do problema, para seu melhor entendimento e conseqüente formulação de propostas para aprimoramento das medidas de prevenção e controle)

3. Identificação do entrevistado

- Nome, sexo, idade, área de formação, anos de formado, por que escolheu essa área, se prefere o anonimato ou não (se um preferir tem que dar para todos)

4. Contar sua história de vida profissional, com ênfase na sua atuação no hospital. Ele e a instituição hospitalar

- Contar sua história de atuação profissional em hospitais (há quanto tempo está no hospital; se já esteve em hospitais anteriores ou está em outros concomitantes; comparar esses hospitais em termos de ter CCIH ou programas de qualidade e seu impacto no exercício profissional; explorar como ele avalia as diferentes instituições que trabalha e se o que aprende em uma vale para outra ou elas são muito diferentes; explorar se mantém vínculos universitários e se isso contribui para uma melhor prevenção e controle das infecções hospitalares);
- Abordar também como é sua vida profissional e pessoal atual. Quantos empregos tem, como é seu dia a dia, como está sua qualidade de vida, acha que está atualizado profissionalmente e se tem tempo e como se atualiza profissionalmente (participa de congressos, lê revistas científicas – quais, recebe propagandistas ou vendedores e qual sua relação com

eles, se já recebeu algum patrocínio para eventos, etc), recebe apoio financeiro ou didático (aulas, jornadas, etc) da instituição para isso. Qual o papel da CCIH que imagina e recebe efetivamente para sua atualização profissional.

5. As práticas do controle de infecção

- O que você acha que é prevenção (genérica, não de infecção hospitalar) e se habitualmente incorpora estas ações na sua prática profissional diária? Você faz algo para prevenir que as doenças ocorram em você ou na sua família? Que valor dá a isso entre seus pacientes e nas atividades profissionais? Trás resultados práticos? É mais efetivo e fácil orientar o paciente quanto às medidas preventivas ou tratar os pacientes que adoecem?
- O que é infecção hospitalar? Por que as infecções hospitalares ocorrem? Quais as principais medidas para o controle das infecções hospitalares? O que elas representam na sua prática profissional?
- Em que momento ele teve orientação a respeito das medidas de prevenção e controle das infecções hospitalares, graduação? Depois, durante seu trabalho?
- Você acha importante? (ele tem essa intenção em seu trabalho? Em que momento ele passou a achar isso importante na sua prática profissional,

se teve ou não relação com o aprendizado? Por que ele achou isso importante?)

- Você acha que os profissionais de saúde vêem essa importância?
- O que você sente como dificuldade para fazer a prevenção e controle das infecções hospitalares? (explorar o que ele acha que obstaculiza)
- Existem situações clínicas em que as infecções são praticamente inevitáveis, não adiantando os esforços para sua prevenção?
- Você acha que os profissionais de saúde estão preocupados com isso e atuam para prevenir sua ocorrência? (explorar o que conflitante nas falas, principalmente nos outros profissionais)
- Sabe quais são as principais infecções hospitalares?
- Sabe a frequência com que elas aparecem?
- Explorar o que você sabe e o que você faz para preveni-las? (explorar cada uma das infecções citadas pelo entrevistado, isso vale para todas as infecções informadas pelo entrevistado, em todas pode perguntar genericamente, naquele hospital e até na sua seção de trabalho ou seus pacientes, questionando que informações ele tem a respeito disso e na percepção dele se as pessoas daquele lugar estão mais envolvidas com o problema recebendo as informações necessárias)

6. A prática profissional no hospital

- Trabalhou em outros hospitais antes?
- O conhecimento dele sobre o hospital
- O conhecimento dele sobre os demais da equipe (trabalha em equipe?
Como é composta sua equipe? O que você acha que eles sabem sobre
CIH e o que eles fazem?
- Você sabe se no seu hospital tem uma CCIH? Conhece seus membros?
O que ela faz usualmente? Você já precisou dela para resolver um
problema? Ela já o ajudou em alguma coisa? Explique qual foi o
problema ou situação e qual solução foi dada pela CCIH? Você acatou
essa conduta? A CCIH aceitou sua autonomia em resolver o problema ou
você acha que interferiu com sua autonomia? Ela já te acionou para
discutir alguma conduta? Já participou da Comissão ou de uma de suas
reuniões ou atividades educativas?
- Você aceita que outros colegas interfiram com suas condutas? E os
profissionais com outra formação (explorando o trio: médico, enfermeiro,
auxiliar) Exemplifique situações em que essa interferência ocorreu?
Tanto você interferindo, seus colegas sobre seu trabalho e a própria
CCIH interferindo?
- Você conhece melhor o seu paciente e portanto vê melhor a prática de
prevenção e tratamento?

- Você acha que a CCIH pode interferir com seu trabalho? Como? De que jeito?
- Que valor você atribui a estas interferências da CCIH?
- Quando ela interfere, mais ajuda ou mais atrapalha?
- Quem diagnostica os casos de infecção hospitalar nos seus pacientes? (se ele responde, eu a gente pergunta de nunca aconteceu de outro profissional ter diagnosticado antes? Quem determina as condutas terapêuticas nos casos de infecção hospitalar? Você costuma refletir por que acontecem os casos de infecção hospitalar em seus pacientes? Em caso positivo, o que pensa a respeito e em caso negativo, por que não faz reflexões sobre isso?)
- Você notificou a CCIH algum caso de infecção nos seus pacientes?
- O que você pensa sobre o fato da CCIH diagnosticar casos de infecção em seus pacientes? Você é informado sobre estes casos? Questiona estes diagnósticos? (aqui abordar a onipotência —, soberania e a autonomia, não aceitando a opinião de outros) (nos anos 70 o médico se achava o máximo, agora com a tecnologia diagnóstica será que ele ainda pensa a mesma coisa?) (crença no seu próprio juízo)
- Você acha que a CCIH avalia o seu trabalho profissional a partir da notificação dos casos de IH? (Auditoria x autonomia profissional)

7. Sua experiência com casos de infecções hospitalares (podem ser discutidos mais de um caso)

- Foi informado pela CCIH de um caso de infecção ou de seus próprios índices?
- Você já viu ou acompanhou um caso de infecção hospitalar?
- Você já teve casos de infecção hospitalar entre seus pacientes?
- Conte um pouco sobre esse caso: o que levou ele acontecer?
- Qual foi sua sensação diante dele (paciente, familiares e equipe de saúde, se possível relatando a reação e participação de cada membro no caso)
- Você notificou esse caso à CCIH?
- O que você fez para resolver o caso? (ver se o profissional enfatiza e acha mais fácil lidar com a terapêutica ou a prevenção, vale também para as questões seguintes. Ver se ele fica mais a vontade com o tratamento ou a prevenção)
- Se pelo fato de ter resolvido bem o caso (terapêutica eficaz) isso implica que não tem tanto problema se ele voltar a se repetir? (não importa fazer, o que importa é tratar). (negligencia a prevenção, por que tem terapêutica) (é mais difícil fazer medidas restritivas e disciplinares na saúde, do que ter que tratar um doente).
- Você chegou a refletir sobre o que poderia ser feito para esse caso ser evitado?

- Alguma vez algum caso fez você questionar as suas práticas de saúde, as de sua equipe ou da instituição em que atua, incluindo a CCIH?
- Você já esteve envolvido direta ou indiretamente em um caso de infecção hospitalar que teve problemas de ordem legal ou ética?
- Na sua opinião quais os fatores que podem estar relacionados a um aumento de denúncias contra hospitais e profissionais de saúde por casos de infecção hospitalar?
- O que você faz para reduzir o risco de estar envolvido nessas causas?

8. Exploração das práticas de intervenção do profissional

- Contar a parte histórica da “asepsia interna”, abusando de antibióticos e negligenciando nas medidas preventivas e seus reflexos sobre a resistência microbiana. E as resistências que vão aparecendo, como você age?
- Existe alguma restrição para prescrever antibióticos nos seus pacientes? O que você acha disso?
- A CCIH já tomou alguma conduta a respeito do tratamento de seus pacientes? Teve sua concordância ou foi à sua revelia?
- Você acha importante a existência de protocolos para diagnóstico, prevenção e tratamento das infecções hospitalares? Conhece estes protocolos? Costuma empregá-los? Admite que eles interfiram em suas

condutas? (autonomia) Você é convidado a participar desse protocolos ou só é informado de suas conclusões?

- Você acha que a equipe de saúde lavas as mãos todas as vezes que é necessário? Por que isto acontece? E você lava as mãos sempre que necessário? Por que ? O que poderia ser feito para melhorar a aderência das pessoas a essa recomendação básica?
- O que vem na sua cabeça quando falamos em resistência microbiana?
- Quem indica ou suspende o isolamento de seus pacientes?
- Tem conhecimento de algum colega que tenha se contaminado durante o exercício profissional? Se sim, o que ele estava fazendo e existiria a possibilidade de reduzir o risco dele se acidentar e se contaminar? Você já sofreu algum acidente enquanto trabalhava? Como foi o acidente? teve receio de se contaminar ? o que você fez depois do acidente? Mudou alguma conduta para evitar outro acidente?
- Você acha que sua clientela está mais atenta à ocorrência de casos de infecção hospitalar? Ela procura profissionais de saúde e instituições que apresentam menores riscos de infecção?
- Qual o papel da tecnologia médica na ocorrência e na prevenção das infecções hospitalares? (tecnologia facilita a vida e a prevenção me dificulta a vida?)

9. Você e a IH

- Perguntar se ele ou algum familiar próximo estiveram internados recentemente e como ele vivenciou esta situação de estar do outro lado
- Como paciente, o que você acha das medidas preconizadas para o CIH? (entre médicos, engenheiros e advogados o médico é o mais relapso em relação aos cuidados com a saúde e o que mais vai contra as regras do hospital quando internado. Médicos são pacientes difíceis, diferentes. Pode começar esta pergunta citando este estudo)
- Você questionaria mais as condutas profiláticas ou as condutas terapêuticas de um hospital?
- Quando você está doente segue as medidas do hospital?
- O que está achando das recomendações?
- Comente se você se internaria com segurança no hospital onde você exerce sua profissão?
- Que hospital você teria mais segurança como paciente? Por que vc acha ou sabe que este hospital é mais seguro quanto ao risco de IH? Você atende lá seus pacientes? Por que não? O que ele tem de diferente do hospital onde você atua?
- Como reagiria se pegasse Ih ou tivesse um caso entre seus familiares?
- Você acha que a infecção é inerente é inevitável em algumas situações?

ANEXO II

HOSPITAL DAS CLÍNICAS

DA FACULDADE DE MEDICINA DA

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Caixa Postal, 8091 – São Paulo - Brasil

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Instruções para preenchimento no verso)

I - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL LEGAL

1. NOME DO PACIENTE :.....
- DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº : SEXO : .M F
- DATA NASCIMENTO:/...../.....
- ENDEREÇO Nº APTO:
- BAIRRO:..... IDADE
CEP:..... TELEFONE: DDD (.....)
2. RESPONSÁVEL LEGAL
- NATUREZA (grau de parentesco, tutor, curador etc.)
-
- DOCUMENTO DE IDENTIDADE :..... SEXO: M F
- DATA NASCIMENTO.:/...../.....
- ENDEREÇO: Nº APTO:
- BAIRRO: CIDADE:
- CEP: TELEFONE: DDD (.....).....

II - DADOS SOBRE A PESQUISA CIENTÍFICA

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA

Percepções de profissionais de saúde relativas à infecção hospitalar e às práticas de controle de infecção.

PESQUISADOR:

Líli Blima Schraiber

CARGO/FUNÇÃO: Professor associado INSCRIÇÃO CONSELHO REGIONAL Nº.

Antonio Tadeu Fernandes

UNIDADE DO HCFMUSP: .A pesquisa não será realizada no HC e o pesquisador não pertence ao quadro deste hospital

3. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:

SEM RISCO **X** RISCO MÍNIMO RISCO MÉDIO

RISCO BAIXO RISCO MAIOR

(probabilidade de que o indivíduo sofra algum dano como consequência imediata ou tardia do estudo)

4.DURAÇÃO DA PESQUISA : um ano.

III - REGISTRO DAS EXPLICAÇÕES DO PESQUISADOR AO PACIENTE OU SEU REPRESENTANTE LEGAL SOBRE A PESQUISA CONSIGNANDO:

:

1. Justificativa e os objetivos da pesquisa:

O objetivo deste projeto é identificar e analisar as diferentes concepções e conhecimentos dos profissionais de saúde com prática hospitalar diante das infecções hospitalares e das ações de controle propostas pela CCIH. Buscaremos identificar o significado atribuído, o entendimento objetivo e a intencionalidade das ações dos vários entrevistados relativamente às práticas de prevenção e controle da IH. Procuraremos identificar fatores facilitadores e obstaculizadores de caráter objetivo e subjetivo, identificando os principais fatos, valores, ideologias e conhecimentos que afetam a comunicação recíproca e os comportamentos perante as ações de prevenção e controle das infecções hospitalares.

2. Procedimentos que serão utilizados e propósitos, incluindo a identificação dos procedimentos que são experimentais

Pretendemos realizar uma pesquisa qualitativa exploratória a partir de entrevistas semi-estruturadas gravadas com 24 profissionais de saúde, sendo oito médicos, oito enfermeiros e oito auxiliares ou técnicos de enfermagem. As entrevistas focarão o conhecimento e a importância atribuída a infecção hospitalar e às práticas de controle de infecção e como elas são interpretadas ou compreendidas pelos distintos profissionais quanto à autonomia de trabalho de cada entrevistado e quanto a sua integração na equipe de saúde.

3. desconfortos e riscos esperados

Não identificamos desconfortos ou riscos, uma vez que será garantido o anonimato dos participantes e da própria instituição

4. Benefícios que poderão ser obtidos

Esperamos com esta pesquisa fornecer elementos para uma melhor reflexão sobre as práticas de prevenção e controle de infecção e desta forma subsidiar ações mais efetivas que repercutam na qualidade assistencial.

5. Procedimentos alternativos que possam ser vantajosos para o indivíduo

Reflexão sobre suas práticas profissionais e aprimoramentos das ações de prevenção e controle das infecções hospitalares

IV - ESCLARECIMENTOS DADOS PELO PESQUISADOR SOBRE GARANTIAS DO SUJEITO DA PESQUISA CONSIGNANDO:

1. Acesso, a qualquer tempo, às informações sobre procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive para dirimir eventuais dúvidas.

Os entrevistados terão acesso franqueado aos resultados e será realizada uma devolutiva individualmente a cada participante

2. Liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e de deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo à continuidade da assistência.

Durante a entrevista serão fornecidas aos entrevistados todas as instruções pertinentes, sendo dada a liberdade para retirada de seu consentimento a qualquer momento. Este projeto não envolve assistência ao paciente.

3. Salvaguarda da confidencialidade, sigilo e privacidade.

Será salvaguardada a confidencialidade, sigilo e privacidade dos profissionais e instituições participantes.

4. Disponibilidade de assistência no HCFMUSP, por eventuais danos à saúde, decorrentes da pesquisa.

Não se aplica

5. Viabilidade de indenização por eventuais danos à saúde decorrentes da pesquisa.

Não se aplica

V. INFORMAÇÕES DE NOMES, ENDEREÇOS E TELEFONES DOS RESPONSÁVEIS PELO ACOMPANHAMENTO DA PESQUISA, PARA CONTATO EM CASO DE INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS E REAÇÕES ADVERSAS.

Não estamos diante de um ensaio clínico e nem da aplicação de uma técnica experimental, portanto não se aplica

VI. OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES:

Antonio Tadeu Fernandes

VII - CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que, após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar do presente Protocolo de Pesquisa

São Paulo, de de 2008 .

assinatura do sujeito da pesquisa ou responsável legal

assinatura do pesquisador
(carimbo ou nome Legível)

Antonio Tadeu Fernandes

REFERÊNCIAS

9 Referências

Antunes JL. *Hospital: instituição e história social*. São Paulo: Letras & Letras; 1991.

Anvisa. Anvisa intensifica controle de infecção em serviços de saúde. *Rev Saude Publica*. 2004;38(3):475-8.

Brachman PS. Epidemiology of nosocomial infections. In: Bennett JV, Brachman PS, Sanford JP, editors. *Hospital infections*. Philadelphia: Lippincott – Raven; 1998. p.3-22.

Brasil. Leis etc. Lei n.9431 de 6 de janeiro de 1997. Estabelece a obrigatoriedade de existência de programas de controle e infecção hospitalar em todos os hospitais do Brasil. *Diário Oficial da União*, Brasília (DF). 1997 6 Jan.

Carapinheiro G. *Saberes e poderes no hospital: uma sociologia dos serviços hospitalares*. Porto, PT: Edições Afrontamento; 1998.

Carusone SC, Loeb M, Lohfeld L. A clinical pathway for treating pneumonia in the nursing home: part II: the administrators' perspective and how it differs from nurses' views. *J Am Med Dir Assoc*. 2006;7(5):279-86.

Checko PJ. Outbreak investigation. In: Olmsted RN, editor. *Infection control and applied epidemiology*. St. Louis: Mosby; 1996. p.4.1 - 4.10.

Cucolo DF, Faria JI, Cesarino CB. Avaliação emancipatória de um programa educativo do serviço de controle de infecção hospitalar. *Acta Paul Enfer.* 2007;20(1):49-54.

Fernandes AT, Noca CR. Do controle de infecção ao controle de qualidade. In: Fernandes AT, Fernandes MO, Ribeiro N Fo, editores. *Infecção hospitalar e suas interfaces na área da saúde*. São Paulo: Atheneu; 2000. p.1706-21.

Fernandes AT. As bases do hospital contemporâneo: a enfermagem, os caçadores de micróbios e o controle de infecção. In: Fernandes AT, Fernandes MO, Ribeiro N Fo, editores. *Infecção hospitalar e suas interfaces na área da saúde*. São Paulo: Atheneu; 2000. p.91-128.

Fernandes AT, Ribeiro N Fo, Barroso EA. Conceito, cadeia epidemiológica das infecções hospitalares e avaliação custo-benefício das medidas de controle. In: Fernandes AT, Fernandes MO, Ribeiro N Fo, editores. *Infecção hospitalar e suas interfaces na área da saúde*. São Paulo: Atheneu; 2000. p.215-65.

Fernandes MO, Fernandes AT. Interação do controle de infecção com as demais atividades do hospital. In: Fernandes AT, Fernandes MOV, Ribeiro Filho N, editores. *Infecção hospitalar e suas interfaces na área da saúde*. São Paulo: Atheneu; 2000. p.1667-70.

Fischmann A. Vigilância epidemiológica. In: Roukuayrol MZ. *Epidemiologia e saúde*. Rio de Janeiro: Medsi; 1994. 421p.

Friedland DJ, Go AS, Davoren JB, Shlipak MG, Bent SW, Subak LL, Mendelson, T. *Medicina Baseada em Evidências: uma estrutura para a prática clínica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001. 231p.

Garner JS. Guideline for isolation precautions in hospitals. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 1996;17:53-80.

Haley RW. *Managing hospital infection control for cost effectiveness*. American Hospital Publishing: Atlanta; 1986.

Hoffmann KK, Clontz EP. Education of health care workers in the prevention of nosocomial infections. In: Mayhall CG, editor. *Hospital epidemiology and infection control*. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins; 2004. p.1755-64.

LaForce FM. The control of infections in hospitals: 1750-1950. In: Wenzel RP, ed. *Prevention and control of nosocomial infections*. Baltimore: Williams & Wilkins; 1997. p.3-12.

Lines L. A study of senior staff nurses' perceptions about MRSA. *Nurs Times*. 2006;102(15):32-5.

Mayon-White RT, Duce G, Kereseseldze T, Tikomirov E. An international survey of the prevalence of hospital acquired infection. *J Hosp Infect*. 1988;11(Supl A):43-8.

Ministério da Saúde (BR). Portaria 54 de 18 Abr 1996. *Diário Oficial da União*, Brasília (DF). 1996 19 abr.

Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.616 de 12 de maio de 1998. Dispõe sobre diretrizes e normas para a prevenção e o controle das infecções hospitalares. *Diário Oficial da República Federativa da União*. Brasília (DF). 1998 12 maio.

Mirhosseini M, Oneschuk D, Hunter B, Hanson J, Quan H, Amigo P. The role of antibiotics in the management of infection-related symptoms in advanced cancer patients. *J Palliat Care*. 2006;22(2):69-74.

Moliani MM. Especialização e compartimentalização de saberes: efeitos sobre a produção de cuidados e administração em saúde. *Rev FAE*. 2000;3(2):61-74.

Oliveira AB. *A evolução da medicina*. São Paulo: Enio Matheus Guazzelli & Cia; 1981.

Pedrosa M. Atenção integral à saúde da mulher: desafios para implementação na prática assistencial. *Rev Bras Med Fam Com.* 2005;1(3):72-9.

Peduzzi M. *Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação* [tese]. Campinas (SP): Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 1998. 254p.

Peraccini MH, Gouveia VR. Desafios de assistência de enfermagem: propostas de soluções na infecção hospitalar. *Anais. Primeiro Ciclo de Debates sobre Assistência de Enfermagem.* 1. São Paulo; 1988. p.96-100.

Pereira MG. *Epidemiologia: teoria e prática.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1995. p.543-6.

Perl TM. Surveillance, reporting, and the use of computers. In: Wenzel RP, editor. *Prevention and control of nosocomial infections.* Baltimore: Williams & Wilkins; 1997. p127-62.

Petrucelli RJ. The rise of christianity. In: Lyons AS, Petrucelli RJ. *Medicine an illustrated history.* New York: Abradale & Abrams; 1987. p.264-77.

Pistono MH. *Dimensões da qualidade e gestão da qualidade total em organizações médico-hospitalares.* Rio de Janeiro: Corbã; 1995. p.163.

Polit DF, Beck CT, Hungler BP. *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização.* Porto Alegre: Artmed; 2004.

Pope C, Mays N. *Pesquisa qualitativa na atenção à saúde.* São Paulo: Artmed Editora; 2005.

Prade SS, Lima ST, Silva A, et al. Preparo de pesquisadores em controle de infecção hospitalar. *Rev Controle Inf Hosp.* 1995;2:6-10.

Prade SS, Oliveira ST, Rodriguez R, Nunes FA, Netto EM, Felix JQ, et al. Estudo brasileiro da magnitude das infecções hospitalares em hospitais terciários. *Rev Controle Inf Hosp*. 1995;2:11-25.

Ribeiro HP. *O hospital: história e crise*. São Paulo: Cortez; 1993.

Roxburgh M, Gall P, Lee K. A cover up? Potential risks of wearing theatre clothing outside theatre. *J Perioper Pract*. 2006;16(1):30-3, 35-41.

Scliar M. *A paixão transformada*. São Paulo: Companhia das Letras; 1996.

Schraiber LB. *Médico e seu trabalho: limites da liberdade*. São Paulo: Hucitec; 1993. 229p.

Schraiber LB. Pesquisa qualitativa em saúde: reflexões metodológicas do relato oral e produção de narrativas em estudo sobre a profissão médica. *Rev Saude Publica*. 1995;29(1):63-74.

Sherertz RJ, Marosok RD, Streed SA. Infection control aspects of hospital employee health. In: Wenzel RP, editors. *Prevention and control of nosocomial infections*. Baltimore: Williams & Wilkins; 1993. p.295-332.

Teshima SK, Bogado ML. Treinamento direcionado sobre desinfecção e limpeza em centro cirúrgico. *Divulg Saude Debate*. 1996;(15):55-9.

Zanon U, Azevedo AC, Neves J. A realidade sanitária brasileira e o controle de infecções hospitalares. In: Zanon U, NeveS J, editores. *Infecções hospitalares: prevenção, diagnóstico e tratamento*. Rio de Janeiro: Medsi; 1987.