AMANDA LUIZ PIRES MACIEL

LIMITAÇÕES PARA INVESTIGAÇÃO E NOTIFICAÇÃO DE SURTOS
DE INFECÇÕES RELACIONADAS À ASSISTÊNCIA À SAÚDE NO
ESTADO DE SÃO PAULO: UMA ABORDAGEM DE MÉTODOS
MISTOS

Dissertação apresentada ao Programa de
Pós-Graduação Enfermagem da Escola de
Enfermagem da Universidade de São
Paulo para obtenção do título de Mestre
em Ciências.

Área de concentração: Cuidados em
Saúde

Orientadora: Prof.^a Dr^a Maria Clara
Padoveze

SÃO PAULO

2015

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

Assinatura: _____ Data: ____/____/____

CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)
BIBLIOTECA “WANDA DE AGUIAR HORTA”
ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Maciel, Amanda Luiz Pires

Limitações para investigação e notificação de surtos de infecções relacionadas à assistência à saúde no Estado de São Paulo: uma abordagem de métodos mistos./ Amanda Luiz Pires Maciel – São Paulo, 2015. 245p.

Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Profª Drª Maria Clara Padoveze

FOLHA DE APROVAÇÃO DE MESTRADO

Nome: Amanda Luiz Pires Maciel

Título: Limitações para investigação e notificação de surtos de infecções relacionadas à assistência à saúde no Estado de São Paulo: uma abordagem de métodos mistos

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Aos meus pais Guiomar e José Luiz, pelo amor, pelos inumeráveis ensinamentos e pelo empenho incondicional para proporcionar a educação aos seus filhos.

Ao Rogério, pelo amor, compreensão e todo apoio indelével na realização desse estudo. Tenho certeza que sabes a importância que teve em todas as situações tensas vividas no curso dessa pesquisa.

Ao Lucas, David, Raquel e Hector, meus grandes companheiros, pela compreensão, amor e amizade.

A Flávia, Beatriz e Érica, pela imensa amizade e apoio que foram essenciais na realização desse trabalho.

A Carina, Eliana, Eliane e Roberta amigas que me acompanharam na trilha dessa profissão tão estimada.

Espero compensar a todos os momentos que os privei de minha companhia em razão da realização desse trabalho, com certeza vocês fizeram parte dessa trajetória.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela vida e por me possibilitar a conquista de meus sonhos e por proporcionar a convivência com pessoas que tanto amo e admiro.

A Prof^a Dr^a Maria Clara Padoveze, por todos os momentos de aprendizado e pelas contribuições para a trajetória acadêmica e profissional.

Aos colegas do grupo de pesquisa da Prof^a Dr^a Maria Clara Padoveze, em especial aos amigos Cassimiro Nogueira, Débora Mello e Bárbara Carvalho que me apoiaram na realização desse estudo.

Aos colegas de trabalho Cristiane, Márcia, Ícaro e Paula pelo apoio e companheirismo.

A todos os colegas controladores de infecção participantes da pesquisa, pois apesar dos compromissos profissionais aceitaram o convite e possibilitaram a realização desse estudo.

APRESENTAÇÃO

Sou enfermeira de controle de Infecções Relacionadas à Assistência a Saúde (IRAS), sou responsável por realizar ações de vigilância de IRAS, bem como controle e prevenção desses agravos. Atuo nessa área há oito anos, sendo que seis anos foram em um hospital público localizado no município de Cotia e nos dois últimos anos em uma instituição privada localizada no município de São Paulo.

Em minha prática profissional tive a experiência em enfrentar algumas situações de surtos de IRAS e encontrei dificuldades para realização da investigação do evento. Essas dificuldades enfrentadas me trouxeram inquietações sobre o processo de investigação e o quanto essas dificuldades também eram compartilhadas com outros profissionais da área.

Em 2010, momento em que ingressei no grupo de pesquisa da Prof^a Dr^a Maria Clara Padoveze, escolhi o tema “Investigações de surtos de IRAS” como objeto de estudo, motivada pela intenção de estudar e compreender o processo de investigação do agravo. O primeiro trabalho realizado em parceria com o Centro de Vigilância Epidemiológica (CVE) do Estado de São Paulo foi a revisão de literatura de surtos de IRAS ocorridos no Estado de São Paulo e que foram publicados entre 2000 e 2010. Nessa pesquisa verificamos que em alguns relatos de surtos (11,3%) não havia a descrição sobre as medidas de controle do surto e em um terço das investigações não houve a descrição sobre informações essenciais para compreensão do processo de investigação do evento, sugerindo falhas no uso de técnicas de investigação. Verificamos ainda, apenas 17,2% dos surtos publicados em meio científico haviam sido notificados à Divisão de Infecção Hospitalar do CVE, conforme prevê a legislação^(1, 2).

A minha inquietação sobre as dificuldades no processo de investigação de surtos, adicionada aos resultados desse trabalho científico me nortearam para a elaboração do presente estudo com o objetivo de se identificar quais são as limitações para investigação de surtos e as barreiras para notificação do evento no Estado de São Paulo, segundo a percepção dos profissionais de controle de IRAS.

“Se podes olhar, vê. Se podes ver, repara”.

Livro dos Conselhos

Maciel ALP. Limitações para investigação e notificação de surtos de infecções relacionadas à assistência à saúde no Estado de São Paulo: uma abordagem de métodos mistos [dissertação]. São Paulo (SP), Brasil: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2015.

RESUMO

Introdução: A detecção de surtos de infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) e sua investigação são atividades de extrema importância para a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, pois os resultados da investigação podem identificar a fonte e o veículo do foco de transmissão, contribuir para implantação de medidas apropriadas para a prevenção de casos novos, fornecer informações para o avanço da epidemiologia hospitalar e traduzir a qualidade da vigilância epidemiológica do serviço de saúde. Embora a notificação de surtos seja obrigatória desde 1998, um estudo mostrou que apenas 25% dos eventos são notificados para as autoridades sanitárias. **Objetivos:** Identificar, segundo a percepção dos profissionais de controle de IRAS, quais são as limitações para investigação de surto de IRAS e as restrições para notificação do evento às autoridades sanitárias. **Métodos:** O estudo utilizou uma abordagem de métodos mistos, sob o desenho convergente paralelo. Para a abordagem quantitativa foi realizado um inquérito utilizando-se um questionário eletrônico na plataforma do DATASUS (FormSUS) e foram incluídos profissionais de controle de IRAS que atuam no Estado de São Paulo. Para a abordagem qualitativa foram realizados grupos focais nas cidades de São Paulo, Campinas e Ribeirão Preto e foram incluídos os profissionais de controle de IRAS que atuam nessas cidades. Para os resultados do inquérito foi realizada uma análise descritiva e para os achados dos grupos focais foi aplicada a análise de conteúdo. Após a análise das abordagens os resultados foram comparados. **Resultados:** Participaram 87 profissionais de controle de infecção no inquérito e 22 profissionais nos grupos focais, sendo a participação de (60%) enfermeiros e (40%) médicos similar nas duas abordagens. Houve convergência nos seguintes temas: i) Profissionais de controle de infecção têm dificuldade em aplicar conhecimento em investigação de surtos na prática; ii) Recursos humanos e materiais são suficientes, mas há falta de planejamento de trabalho; iii) Apoio institucional frágil para questões

relativas ao controle de IRAS; iv) Profissionais de controle de infecção sabem como notificar (84%), mas não sabem a relevância da notificação dos surtos para a saúde pública; vi) Profissionais de controle de infecção não notificam por medo de punição (64%) ou exposição da imagem da instituição (52%). Em dois temas houve a divergência entre as abordagens quantitativas e qualitativas: i) Laboratório: no inquérito a maioria relatou um bom suporte laboratorial, mas nos grupos focais houve queixas sobre o serviço; ii) Relação com autoridades sanitárias: no inquérito profissionais de controle de infecção citaram uma boa interação (50%) e não punitiva (84%), mas nos grupos focais citaram como insuficiente e punitiva. **Conclusão:** O estudo mostrou que as barreiras à investigação de surtos de IRAS e notificação às autoridades sanitárias são conhecimentos, habilidades e apoio institucional. As autoridades sanitárias devem superar estas barreiras, reconstruindo suas estratégias para aproximar os serviços de saúde, bem como fornecer programas educativos translacionais para apoiar a melhoria dos processos de investigação de surto.

Descritores: Infecção hospitalar. Surtos de infecções. Enfermagem.

Maciel ALP. Barriers to investigate and to report nosocomial outbreaks to health authorities in São Paulo, Brazil: a mixed method approach [dissertation]. São Paulo (SP), Brazil: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2015.

ABSTRACT

Introduction: Nosocomial outbreak investigations provide relevant insights into the field of healthcare-associated infection prevention. Nevertheless, in a previous study, it was detected that only a quarter of all published nosocomial outbreak investigations were reported to the health authorities in São Paulo State, Brazil in the last ten years. **Objectives:** The study aimed at to identify barriers to investigate and to report nosocomial outbreak investigations to the health authorities in São Paulo. **Methods:** A mixed methods approach was performed in a convergent parallel design. The quantitative branch of the study was a statewide survey by means of an electronic questionnaire. Only infection control practitioners working in São Paulo State were included. The qualitative branch was carried out by means of focus groups focus group conducted in three major cities (São Paulo, Campinas and Ribeirão Preto). Only infection control practitioners working in these three cities were included in focus groups sessions. Data obtained from the survey and focus groups were individually processed in a descriptive analysis and content analysis, respectively. **Results:** Infection control practitioners enrolled were 87 and 22 respectively in the electronic survey and focus group. A similar proportion of nurses (60%) and physicians (40%) were observed in both branches of the study. Data from the survey and FG were convergent regarding to: i) although most infection control practitioners believe themselves with enough knowledge on nosocomial outbreak investigations, they find difficult to translate this knowledge into practice; ii) the perception is that sufficient human and material resources are present in hospitals, but they perceive overall weak planning in infection control activities; iii) infection control practitioners do not feel supported by hospital managers; iv) The infection control practitioners know the channels to report outbreaks to health authorities (84%), but they see it meaningless; vi) infection control practitioners don't report to health authorities because they are mainly concerned about potential punishment (64%) or denigration of institutional image (52%). The quantitative and qualitative

branch of the study resulted divergent in issues regarding laboratory support and the interaction with health authorities. In the survey the majority of infection control practitioners informed to have good laboratory support (59%), however in focus group participants complained about that. In addition, in the electronic survey participants referred good interaction (50%) and no punishment (84%) related to health authorities, but in focus group they declared a very poor interaction.

Conclusion: The study showed that barriers to nosocomial outbreak investigations and reporting to health authorities are knowledge, skills and hospital manager support. Health authorities should overcome these barriers by rebuilding its strategies to approach health care services as well as delivering translational educational programs to support improvement nosocomial outbreak investigations skills.

KEYWORDS: Cross infection. Disease outbreaks. Nurses.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Figura 1 - Árvore de decisões para escolha de desenho de Métodos Mistos, segundo Creswell e Plano Clark. São Paulo; 2013. 51
- Figura 2 – Desenho esquemático do estudo convergente paralelo. São Paulo; 2015 62
- Figura 3 - Normas de utilização do FormSUS. Brasília; 2013 64
- Figura 4 – Representação da identificação dos profissionais nas transcrições dos grupos focais, segundo a sessão e ordem das falas. São Paulo; 2014. 69
- Figura 5 - Desenho esquemático da junção dos dados quantitativos e qualitativos. São Paulo; 2015. 129

LISTA DE QUADROS

- Quadro 1 – Exemplos de publicações que apresentaram o impacto dos surtos de IRAS na morbimortalidade da população acometida. São Paulo; 2013. 30
- Quadro 2 - Exemplos de estudos publicados sobre custos diretos relacionados à investigação e manejo de surtos em estabelecimentos de saúde. São Paulo; 2013. 31
- Quadro 3 – Responsabilidades referentes às ações para controle e prevenção de IRAS segundo os organismos de gestão do Sistema Único de Saúde. Brasil; 1998. 37
- Quadro 4 – Exemplos de estudos sobre avaliação da estrutura e programas para prevenção controle de IRAS que apresentam itens relacionados ao controle de surtos. São Paulo; 2013. 41
- Quadro 5 – Exemplos de indicações de uso de Métodos Mistos (MM) em pesquisas, segundo autor e ano. São Paulo; 2013. 48
- Quadro 6- Exemplos de tipologias de Métodos Mistos (MM), segundo autor e ano. São Paulo; 2013. 52
- Quadro 7 – Categorias elaboradas baseadas na análise de conteúdo dos achados das entrevistas dos grupos focais sobre o tema limitações para investigação de surtos. São Paulo; 2014. 95
- Quadro 8 – Categorias elaboradas baseadas nos achados das entrevistas dos grupos focais sobre o tema barreiras para notificação de surtos às autoridades sanitárias. São Paulo; 2014. 112

Quadro 9 – Interpretação da fusão de dados qualitativos e quantitativos sobre limitações para investigação de surto, segundo as dimensões de análises, categorias, subcategorias e resultados. São Paulo; 2015. 122

Quadro 10 – Interpretação da fusão de dados qualitativos e quantitativos sobre barreiras para notificação de surto, segundo as dimensões de análises, categorias, subcategorias e resultados. São Paulo; 2015. 126

LISTA DE TABELAS

Tabela 1.1 - Distribuição dos hospitais que desenvolvem ações de controle de infecções, estratificados pela esfera administrativa. Brasil; 2006.	24
Tabela 5.1 – Distribuição do número de profissionais convidados, número de acessos ao questionário, número de questionários respondidos e profissionais incluídos no estudo, segundo fase de recrutamento. São Paulo; 2014.	75
Tabela 5.2 – Distribuição dos participantes do inquérito segundo o Departamento Regional de Saúde e município de residência. São Paulo; 2014.	76
Tabela 5.3 – Distribuição dos participantes do inquérito, segundo tempo de atuação. São Paulo; 2014.	77
Tabela 5.4 – Distribuição das instituições hospitalares segundo o número de leitos. São Paulo; 2014.	78
Tabela 5.5 – Distribuição dos hospitais que possuem laboratório de microbiologia alocado na instituição, segundo número de leitos da instituição. São Paulo; 2014.	79
Tabela 5.6 - Percepção dos profissionais de controle de IRAS sobre as limitações para investigação de surtos de IRAS, segundo a sua concordância em relação a afirmativas apresentadas no questionário. São Paulo; 2014.	82
Tabela 5.7 - Percepção dos profissionais de controle de IRAS sobre as barreiras para notificação de IRAS na dimensão do SCIH, segundo a sua concordância em relação a afirmativas apresentadas no questionário. São Paulo; 2014.	84
Tabela 5.8 - Percepção dos profissionais de controle de IRAS sobre as barreiras para notificação de IRAS na dimensão institucional, segundo a sua concordância em relação a afirmativas apresentadas no questionário. São Paulo; 2014.	86

Tabela 5.9 – Avaliação da atuação das vigilâncias epidemiológica e sanitária em investigações de surtos de IRAS, segundo a percepção dos profissionais que tiveram a experiência em notificar o evento. São Paulo; 2014. 87

Tabela 5.10 - Percepção dos profissionais de controle de IRAS sobre as barreiras para notificação de IRAS na dimensão extra-hospitalar, segundo a sua concordância em relação a afirmativas apresentadas no questionário. São Paulo; 2014. São Paulo; 2014. 88

Tabela 5.11 – Distribuição do número de profissionais convidados, número de contatos, número de respostas obtidas, número de profissionais que aceitaram e que estiveram presentes segundo o município de realização dos grupos focais. São Paulo; 2014. 89

Tabela 5.12 – Composição dos grupos focais e duração da sessão, segundo o município de realização dos grupos focais. São Paulo; 2014. 90

Tabela 5.13 – Distribuição do tempo de atuação em SCIH em anos dos participantes dos grupos focais. São Paulo; 2014. 90

Tabela 5.14– Distribuição das instituições hospitalares segundo número de leitos. São Paulo; 2014. 92

Tabela 5.15 – Distribuição dos hospitais que possuem laboratório de microbiologia alocado na instituição, segundo número de leitos da instituição. São Paulo; 2014. 92

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	21
2	REVISÃO DA LITERATURA	29
2.1	FREQUÊNCIA DE SURTOS DE IRAS	29
2.2	IMPACTO DOS SURTOS DE IRAS	30
2.3	O PROCESSO DE INVESTIGAÇÃO DE SURTOS	32
2.4	SURTOS DE IRAS NO BRASIL E AÇÕES GOVERNAMENTAIS.....	36
2.4.1	Participação governamental na investigação e controle de surto de IRAS	36
2.4.2	Ações governamentais para aprimoramento das investigações de surto ...	37
2.5	INVESTIGAÇÃO DE SURTOS DE IRAS NAS INSTITUIÇÕES DE SAÚDE ..	40
2.6	NOTIFICAÇÃO DE SURTOS DE IRAS PARA AS AUTORIDADES SANITÁRIAS	42
2.7	MÉTODOS MISTOS.....	43
2.7.1	Utilização de métodos mistos para a investigação científica de questões complexas.....	43
2.7.2	Definição	44
2.7.3	Base histórica	45
2.7.4	Base filosófica	46
2.7.5	Indicações de uso do método	47
2.7.6	Desenhos de estudo	49
2.7.7	Desenho convergente paralelo	52
2.7.8	Propósito do estudo	53
3	OBJETIVOS.....	57
3.1	GERAIS	57
3.2	ESPECÍFICOS	57
4	MÉTODOS	61
4.1	TIPO DE ESTUDO	61
4.2	PERCURSO METODOLÓGICO.....	61
4.2.1	Abordagem Quantitativa – Inquérito por meio de questionário	63
4.2.2	Abordagem Qualitativa - Grupo Focal.....	66
4.2.3	Análise dos dados no Estudo Convergente Paralelo	71
4.3	ASPECTOS ÉTICOS.....	71

5	RESULTADOS	75
5.1	ABORDAGEM QUANTITATIVA – INQUÉRITO	75
5.1.1	Caracterização da população de estudo.....	75
5.1.2	Limitação para a investigação e controle de surtos	80
5.1.3	Barreiras para notificação do surto às autoridades sanitárias.....	83
5.2	ABORDAGEM QUALITATIVA – GRUPO FOCAL	88
5.2.1	Composição dos grupos focais	88
5.2.2	Caracterização da população do estudo.....	90
5.2.3	Limitações para investigação e controle do surto	93
5.2.4	Barreiras para notificação do surto às autoridades sanitárias.....	111
5.3	FUSÃO DOS DADOS.....	121
6	DISCUSSÃO	133
6.1	O conhecimento sobre investigação de surtos – translação do conhecimento para a prática	133
6.2	Formação do profissional de SCIH para investigação de surtos	134
6.3	Fragilidades no processo de trabalho do SCIH	137
6.4	A cultura organizacional – o baixo envolvimento institucional na investigação e controle do surto.....	139
6.5	O suporte laboratorial na investigação de surtos.....	143
6.6	Diagnóstico inseguro do surto inibe notificação.....	144
6.7	Falta de conscientização sobre a importância da notificação do surto	145
6.8	Falta de autonomia do SCIH: decisão sobre notificar surtos é institucional .	146
6.9	Falta de suporte laboratorial para confirmação do surto.....	148
6.10	Frágil interlocução entre vigilância (sanitária e epidemiológica) e SCIH	148
6.11	Categorias do estudo qualitativo que não sofreram fusão com dados quantitativos	151
6.11.1	Perfil institucional.....	151
6.11.2	Suporte insuficiente do laboratório de referência do Estado	152
6.12	Limitações da pesquisa	153
6.13	Recomendações.....	154
7	CONCLUSÃO	159
8	REFERÊNCIAS	163

1 INTRODUÇÃO

A Infecção hospitalar é classicamente definida como o agravo adquirido durante a assistência ao paciente, que se manifesta durante a internação ou após a alta e que pode ser relacionada com a internação ou com os procedimentos hospitalares⁽³⁾. Esse termo foi substituído por Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS), em que a prevenção e o controle das infecções são considerados para todas as situações relacionadas à assistência a saúde, independente do local o seja prestado⁽⁴⁾.

Trata-se de um dos eventos adversos mais frequentes entre os pacientes hospitalizados, sendo considerado pela Organização Mundial da Saúde como um dos maiores problemas para a segurança do paciente⁽⁵⁾.

Este agravo causa impactos negativos na saúde pública, uma vez que é responsável direta ou indiretamente pela elevação das taxas de morbidade e mortalidade. Traz ainda impactos financeiros, uma vez que provoca maior gasto em tecnologias e insumos necessários para a assistência aos pacientes acometidos, além do retardamento do retorno dos pacientes às suas atividades⁽⁶⁾.

Nos Estados Unidos estima-se que anualmente ocorram 1.737.125 milhões de IRAS, sendo o custo direto entre 5,7 e 6,8 bilhões de dólares⁽⁷⁾. Zimlichman et al (2013) verificaram que em média os Estados Unidos gastam 45.814 dólares em tratamento de infecção da corrente sanguínea associada a cateter venoso central (ICS-CVC), 20.785 dólares em infecção de sítio cirúrgico e 40.144 dólares pneumonia associada a ventilação mecânica (PAVM)⁽⁸⁾. Em 2002, estimou-se que aproximadamente 99.000 mortes foram associadas a esse agravo naquele país⁽⁹⁾. Na Inglaterra estima-se que ocorram 300.000 IRAS por ano e em torno de 5.000 mortes relacionadas a este agravo. O custo anual de IRAS naquele país é de um bilhão de libras⁽¹⁰⁾.

O impacto financeiro das IRAS também foi estudado em países em desenvolvimento. Higuera et al (2007) verificaram que no México os pacientes com ICS-CVC tiveram 6,1 dias extras de internação em relação aos pacientes sem infecção e o custo hospitalar extra foi de 11.591 dólares por paciente⁽¹¹⁾. Na Argentina, Rosenthal et al (2003) verificaram que os pacientes com ICS-CVC

tiveram 11,9 dias extras de internação e o custo hospitalar extra foi de 4.888 dólares⁽¹²⁾. No Brasil, Salomão et al (2006), observaram que o custo extra estimado do tratamento de ICS é de 7.906,17 dólares e o prolongamento médio da internação de 23,6 dias⁽¹³⁾.

No que tange a morbimortalidade, Allegranzi et al (2011) observaram que nos países em desenvolvimento a prevalência das IRAS é maior do que nos países desenvolvidos. Nesse estudo verificou-se que nos países em desenvolvimento a prevalência de IRAS é, em média, de 15.5 por 100 pacientes enquanto que nos Estados Unidos e na Europa é de 4.5 e 7.1 por 100 pacientes, respectivamente⁽¹⁴⁾.

No Brasil, um estudo realizado na década de 90 sobre a magnitude das IRAS, verificou uma prevalência do agravo de 15 por 100 pacientes em 99 hospitais terciários estudados⁽¹⁵⁾.

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) iniciou em 2011 em conjunto com as unidades da federação, um monitoramento de infecções primárias da corrente sanguínea no país, e em particular a ICS-CVC. No ano de 2012 foram notificadas 11.731 ICS-CVC, sendo aqui apenas considerados os eventos ocorridos nas unidades de terapia intensiva (UTI) adulto, neonatal e pediátrica⁽¹⁶⁾.

Em São Paulo existe um sistema de vigilância epidemiológica de IRAS implantado desde 2004. Anualmente ocorre a divulgação dos dados de IRAS nas UTI notificados pelos hospitais à Divisão de Infecção Hospitalar do Centro de Vigilância Epidemiológica (CVE). Em 2013, nas UTI de pacientes adultos, as medianas das densidades de incidência de PAVM, ICS-CVC e infecção de trato urinário associado à sonda vesical de demora (ITU-SVD) foram 11,2, 3,83 e 4,57, respectivamente. Nas UTI Pediátricas, em 2012, as medianas das densidades de incidência de PAVM, ICS-CVC e ITU-SVD foram 3,52, 4,43 e 2,36, respectivamente. As densidades de incidência de ICS-CVC em UTI Neonatal são distribuídas por faixa de peso e variaram de 5,26 a 7,91, no ano de 2013⁽¹⁷⁾.

Embora seja considerado como endêmicas a maioria das IRAS, estima-se que 2 a 5% dessas infecções são relacionadas à ocorrência de surtos⁽¹⁸⁾.

Segundo Rouquayrol (2003) surto é uma “alteração espacial e cronologicamente delimitada, do estado de saúde e doença de uma população, caracterizada por uma elevação progressivamente crescente, inesperada e descontrolada dos coeficientes de incidência de determinada doença, ultrapassando valores acima do limiar epidêmico preestabelecido”⁽¹⁹⁾.

Arias (2010) por sua vez, define surto como “uma ocorrência de mais casos de uma doença do que o esperado em uma área ou população específica em um período definido de tempo”⁽²⁰⁾.

Embora os surtos sejam infreqüentes, os mesmos podem gerar grande transtorno, pois prolongam o tempo de internação dos pacientes acometidos, elevam a morbidade e mortalidade, aumentam os gastos de recursos e consomem tempo da equipe durante a investigação e manejo do surto⁽²¹⁾.

A detecção de surtos de IRAS e sua investigação são atividades de extrema importância para a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), no âmbito das instituições hospitalares. Além das ações imediatas para a prevenção de novos casos, durante a investigação as práticas e rotinas assistenciais são geralmente revisadas para a verificação da necessidade de mudanças que garantam maior segurança ao paciente⁽²²⁾. Os resultados da investigação podem fornecer informações para o avanço da epidemiologia hospitalar e traduzir ainda a qualidade da vigilância epidemiológica do serviço de saúde⁽²³⁾.

Segundo Reingold (1998), a investigação de surto tem por objetivo identificar a fonte e o veículo do foco de transmissão e contribuir para implantação de medidas mais apropriadas para controle e prevenção de novos episódios. O autor cita ainda outras razões para investigar um surto como maior aprendizado sobre doenças não conhecidas, avaliação de novas estratégias para prevenção, ensino e aprendizagem sobre epidemiologia e resposta à preocupação pública sobre o surto⁽²⁴⁾.

Em documento publicado em 2008 pela Anvisa (2008) ressalta-se que o controle de situações de surto em serviços de saúde demanda ações rápidas e bem direcionadas, com o objetivo principal de reduzir a gravidade dos casos e o número de pessoas afetadas. Além disso, a investigação dos possíveis fatores de risco, fontes e causas dos surtos contribui para o entendimento da dinâmica de ocorrência desses eventos, orientando mudanças nas práticas assistenciais e regulamentações sanitárias⁽²⁵⁾.

No Brasil, a CCIH é responsável pela investigação epidemiológica de surtos nos hospitais e também por implantar medidas de controle, segundo regulamentação Portaria 2616/98. Além disso, tem o dever de notificar ao Serviço de Vigilância Epidemiológica e Sanitária do organismo de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), os casos e surtos diagnosticados ou suspeitos de infecções associadas à utilização de insumos e/ou produtos industrializados⁽²⁶⁾.

Um estudo realizado por Santos (2006) no Brasil em 2003, revelou que 33% das instituições de saúde entrevistadas realizavam medidas para contenção de surtos, sendo esta ação mais comum em instituições com leitos de UTI (59%). Os hospitais sob gestão federal apresentaram maior frequência de ações para a contenção de surtos Tabela 1.1^(27, 28).

Tabela 1.1 -Distribuição dos hospitais que desenvolvem ações de controle de infecções, estratificados pela esfera administrativa. Brasil; 2006.

Ações	Esfera Administrativa N (%)			
	Federal (86)	Estadual (411)	Municipal (944)	Privada (2638)
Comissão de Infecção Hospitalar	84 (97,6%)	301 (73,2%)	526 (55,7%)	2203 (83,5%)
Vigilância Epidemiológica	78 (91,8%)	315 (79,9%)	663 (74,8%)	1929 (76,7%)
Educação em controle de Infecção Hospitalar	66(76,7%)	227(55,2%)	278(29,4%)	1415 (53,6%)
Programa de controle de infecção hospitalar	61 (70,9%)	200 (48,7%)	247 (26,2%)	1304 (49,4%)
Contenção do surto	48 (55,8%)	158 (38,4%)	204 (21,6%)	929 (35,2%)

Fonte: Santos AAM, 2006⁽²⁷⁾.

Santos (2006) verificou que as ações para a investigação e manejo de surtos, reconhecida como uma das ações mais complexas e importantes na vigilância e controle de IRAS, são mais incorporadas dentre os hospitais com maior nível de complexidade^(27, 28). Ressalta, porém, que há necessidade de maior investimento no aprimoramento das equipes de controle de IRAS nestas ações, uma vez que é a atividade menos incorporada nos serviços independente da esfera administrativa Tabela 1.1. Entretanto, este dado precisa ser analisado com cautela, visto que esta atividade pode ter sido mais incorporada nos hospitais em que ela ocorre com maior frequência, em função da complexidade da assistência prestada.

Em São Paulo, um estudo realizado por Maciel et al (2012) por meio de revisão de literatura sobre surtos ocorridos no Estado e publicados entre 2000 e 2010 revelou que em 11,3% dos surtos não houve a implantação de medida de

controle e prevenção de novos casos. Nesse estudo verificou-se que 33% das investigações de surtos ocorridos não descreveram informações sobre o evento (definição de caso, topografia, local de ocorrência e duração do surto) que são essenciais para compreensão do processo de investigação do evento, sugerindo falhas no uso de técnicas de investigação. Com relação à notificação do evento, o mesmo trabalho mostrou que na última década apenas 17,2% dos surtos publicados em meio científico haviam sido notificados à Divisão de Infecção Hospitalar do CVE, conforme prevê a legislação⁽¹⁾.

Verifica-se com o exposto que existem algumas lacunas referentes ao manejo de surtos, as quais selecionamos duas relevantes, a serem esclarecidas no presente projeto de pesquisa. A primeira diz respeito à identificação das dificuldades que as equipes de controle de IRAS enfrentam para investigar o surto, considerando os estudos que apontam para pouca investigação utilizando as técnicas corretas⁽¹⁾. O segundo campo a ser explorado é referente às restrições que as equipes encontram para a notificação do evento às autoridades sanitárias, dada a baixa adesão observada por Maciel et al (2012) no Estado de São Paulo^(1, 27).

Partindo desse contexto propõe-se com este estudo identificar as limitações na condução das investigações de surto e sua notificação às autoridades sanitárias, entre os profissionais de controle de IRAS do Estado de São Paulo.

Os resultados dessa pesquisa poderão subsidiar intervenções que potencializem o manejo de surtos de IRAS e a notificação dos eventos nas instituições hospitalares do Estado de São Paulo.

2 REVISÃO DA LITERATURA

As IRAS endêmicas tem sido foco das pesquisas nas últimas décadas, mas o mesmo não ocorre com os surtos de IRAS. Rhinehart et al (2012) referem que pouco se sabe sobre as investigações de surtos, seus impactos e resultados de investigações⁽²⁹⁾.

Em 2011, em um estudo de revisão sobre surtos de IRAS no mundo, verificou-se a existência de 2322 trabalhos publicados. Observou-se também, que a partir do final década de 90 houve um aumento da publicação de relatos de surto⁽³⁰⁾.

2.1 FREQUÊNCIA DE SURTOS DE IRAS

Segundo estimativa realizada em trabalho de Haley et al em 1985, deve ocorrer em média, um surto de IRAS a cada 12.000 saídas hospitalares e pelo menos um surto de IRAS por ano em hospitais com mais de 150 leitos⁽¹⁸⁾.

Em um estudo pioneiro realizado por Jarvis (1991) sobre frequência de surtos de IRAS realizado em um hospital universitário dos Estados Unidos verificou-se a ocorrência de 9.8 surtos de IRAS por 100.000 admissões⁽³¹⁾.

Soon et al (2006) verificaram que na Coréia os hospitais com mais de 300 leitos investigaram, em média, 2,7 surtos no ano de 2002 ⁽³²⁾

Rhinehart et al (2012) realizaram entre 2008 e início de 2010 um levantamento sobre a frequência de surtos de IRAS investigados entre os profissionais de controle de IRAS que atuavam em hospitais com internações de curta permanência nos Estados Unidos. Verificou-se que no intervalo de dois anos 35% dos hospitais investigaram um surto de IRAS. A frequência de surtos investigados nesses hospitais é de 1,3 investigações a cada dois anos⁽²⁹⁾.

No Brasil, não se dispõe de estudos que permitam a estimativa da ocorrência de surtos nas instituições de saúde.

No Estado de São Paulo, o estudo de Maciel et al (2012) identificou 87 relatos de surtos publicados entre 2000 e 2010. Nesse estudo, foram incluídos artigos, resumos de anais de congresso e relatórios de investigação de surtos enviados à Divisão de Infecção Hospitalar no CVE⁽¹⁾. No entanto, a ausência de informações sistemáticas não permite assumir que esta frequência reflita a realidade das

instituições.

2.2 IMPACTO DOS SURTOS DE IRAS

Os surtos causam grande impacto no sistema de saúde com o aumento da morbidade e mortalidade entre os pacientes envolvidos surtos e elevação dos custos assistenciais⁽²⁵⁾. No Quadro 1 estão descritos alguns relatos de surtos de IRAS e o impacto na morbimortalidade.

Quadro 1 – Exemplos de publicações que apresentaram o impacto dos surtos de IRAS na morbimortalidade da população acometida. São Paulo; 2013.

Autor, ano, país	Descrição do surto	Impacto na morbimortalidade
Vashishtha et al, 2012 ⁽³³⁾ Índia	ICS por <i>Trichosporon asahii</i> em UTI Neonatal. Total de casos: 8	Taxa de ataque: NI Taxa de letalidade: 75%
Tresoldi et al, 2000 ⁽³⁴⁾ Brasil	ICS por <i>Enterobacter cloacae</i> em UTI Neonatal. Total de casos: 10	Taxa de ataque: 91,1% Taxa de letalidade: 70%
Pasqualotto et al, 2005 ⁽³⁵⁾ Brasil	ICS por <i>Pichia anômala</i> em UTI pediátrica. Total de casos: 17	Taxa de ataque: 1,6% Taxa de letalidade: 41,2%
Muto et al, 2005 ⁽³⁶⁾ Estados Unidos	Diarréia por <i>Clostridium difficile</i> em hospital universitário, Total: 253 casos	Taxa de ataque: NI Taxa de letalidade: 7,1% Pacientes submetidos à colectomia por complicação da infecção: 10,3%
Yakupogullari et al, 2008 ⁽³⁷⁾ Turquia	Infecção por <i>Pseudomonas aeruginosa</i> . Total: 28 casos.	Taxa de ataque: NI Taxa de letalidade: 85,7%.

Legenda – ICS: infecção da corrente sanguínea; NI: Não informado.

O impacto financeiro dos surtos nos estabelecimentos de assistência à saúde foi estudado em vários países (Quadro 2). Um trabalho realizado na Espanha sobre um

surto de *Pseudomonas aeruginosa* em um hospital universitário revelou que o custo hospitalar foi 66% mais elevado nos casos confirmados do que em pacientes sem o agente isolado. Verificou-se ainda que a permanência extra dos pacientes acometidos na UTI foi de 70 dias⁽³⁸⁾.

Quadro 2 -Exemplos de estudos publicados sobre custos diretos relacionados à investigação e manejo de surtos em estabelecimentos de saúde. São Paulo; 2013.

Autor, Ano, País	Surto	Impacto do surto nos estabelecimentos de saúde	
		Consequências descritas nos trabalhos	Financeiro (USD\$) Valor por pessoa/ (Gasto total no surto)
Spearing et al, 2004 ⁽³⁹⁾ Austrália	Gastroenterite por <i>Salmonella</i> <i>typhimurium</i>	Aumento do tempo de internação; absenteísmo e afastamento dos funcionários acometidos; tempo gasto com investigação; acréscimo de exames para investigação laboratorial e aumento do uso de EPI.	1825/ (95.000)
Piednoir et al, 2002 ⁽⁴⁰⁾ França	Conjuntivite por Adenovírus	Absenteísmo e afastamento dos funcionários acometidos.	722/ (29.527)
Zingg et al, 2005 ⁽⁴¹⁾ Suíça	Gastroenterite por Norovírus	Absenteísmo; tempo gasto com investigação; acréscimo de exames para investigação laboratorial e aumento do uso de EPI.	562.5/ (40.675)
Kanerva et al, 2007 ⁽⁴²⁾ Finlândia	ISC, pele, PNEU, ITU e ICS por MRSA	Fechamento da unidade (1232 leitos- dia); aumento do tempo de permanência; tempo gasto para investigação e acréscimo de exames	371/ (1.183 808)

para investigação laboratorial.			
Piednoir et al, 2010 ⁽⁴³⁾ França	Gastroenterite por Rotavírus	Fechamento da unidade (21 leitos-dia); Absenteísmo e afastamento dos funcionários acometidos; tempo gasto com investigação.	285/ (17.959)
Zivna et al, 2007 ⁽⁴⁴⁾ Estados Unidos	Coqueluche em funcionários	Perda da produtividade (afastamento de funcionários doentes); profilaxia dos comunicantes e tratamento dos doentes; acréscimo de exames para investigação laboratorial e tempo gasto com investigação.	Não relatado/ (Entre 85.066e 98.456)

Legenda. ISC: Infecção do Sítio Cirúrgico; PNEU: Pneumonia; ITU: Infecção do Trato Urinário; ICS: Infecção da Corrente Sanguínea; EPI: Equipamento de Proteção Individual; MRSA: *Staphylococcus aureus* resistente à oxacilina.

2.3 O PROCESSO DE INVESTIGAÇÃO DE SURTOS

Embora cada surto seja único, a investigação de surto normalmente ocorre por uma sequência de passos a serem executados, sendo todos os passos importantes para realização adequada da investigação⁽⁴⁵⁾. Na literatura são recomendados alguns passos para serem seguidos, lembrando que algumas ações podem ocorrer simultaneamente ou em sequências diferentes. Resumidamente trata-se da confirmação da existência do surto, baseado nas taxas preexistentes do fenômeno e na definição de caso, elaboração de banco de informações sobre cada caso (*"line-listing"*), realização de curva epidêmica, revisão da literatura, formulação de hipóteses, coleta de material para cultura baseado nos dados epidemiológicos, elaboração de um estudo epidemiológico para teste de hipóteses, instituição de medidas de controle com posterior avaliação do seu impacto e tipagem molecular do agente quando necessário. Waldman (2000) Edmond et al (2010) e a Anvisa (2013) sugerem ainda que seja elaborado um relatório sobre o andamento da investigação para comunicação do andamento das ações aos envolvidos no evento⁽⁴⁶⁻⁵²⁾.

Cabe lembrar a importância da equipe de investigação se reunir com os membros da alta direção e com atores envolvidos na investigação para, inicialmente,

discutir o objetivo da investigação e partilhar as responsabilidades referentes à condução da investigação de surto⁽⁴⁵⁾.

A seguir estão descritas as etapas para investigação de surtos ^(21, 23, 45-47, 49-51):

a) Confirmação da existência do surto: Para iniciar a investigação faz-se necessário confirmar a existência do surto e para isso deve-se iniciar com a verificação dos diagnósticos dos envolvidos. Posteriormente, é imprescindível esboçar a definição de caso, pois a mesma norteará a distinção correta dos casos sob investigação de outros agravos que estão ocorrendo simultaneamente na instituição. A definição de caso deverá conter dados sobre tempo, espaço e pessoa, além de dados clínicos e laboratoriais. A definição pode variar ao longo da investigação, sendo que comumente é mais sensível no início da investigação e, posteriormente com a maior obtenção de dados, pode ser mais refinada e específica. Por meio dessa definição será possível identificar o número real de casos.

b) Elaboração de banco de informações sobre cada caso (“line-listing”): Nesse passo, devem ser reunidas informações preliminares que permitam a caracterização do surto, sendo assim, faz-se importante a elaboração de um questionário a fim de prover dados adequados para o banco de informações sobre os casos. Há algumas informações importantes a serem inseridas na investigação, tais como, nome do paciente, início dos sintomas, local onde o paciente foi atendido, doenças de base, procedimentos invasivos, medicações e terapias em uso, dispositivos invasivos, entre outros. Por meio dessa investigação será possível identificar o número de envolvidos, prováveis fontes de infecção e demais variáveis associadas ao lugar, pessoa e o tempo.

Visitas da equipe de investigação ao setor acometido para observação de estrutura do serviço (física e humana) e processos de trabalho são importantes ferramentas na investigação, uma vez que proporcionam a verificação da adequação desses dois aspectos e a obtenção de informações que auxiliarão na formulação de hipóteses.

As informações geradas com essas ações deverão estar descritas nos relatórios sobre a investigação de surto.

c) Realização de curva epidêmica: a curva epidêmica, gráfico onde os casos da doença são registrados de acordo com a data de início da doença⁽⁴⁷⁾, é uma ferramenta importante para auxiliar na confirmação do surto, uma vez que

proporciona a comparação das incidências atuais do agravo com as incidências prévias ao período avaliado (em semanas ou meses). Além disso, a curva epidêmica possibilita o acompanhamento da propagação do surto e pode ser usada para observar se houve impacto das medidas de controle implantadas para redução do número de casos.

d) Revisão da literatura: A revisão da literatura sobre eventos similares ao investigado pode fornecer possíveis hipóteses discutidas ou ações de prevenção e controle já implantadas com evidência de melhoria nas taxas de IRAS. A revisão da literatura auxilia, portanto, na formulação de hipóteses sobre fontes de transmissão e modos de transmissão do microrganismo. A literatura permite captar informações sobre fatores de riscos específicos para o tipo de evento que podem ser pistas para a investigação e descrição dos casos.

e) Formulação de hipóteses: Uma vez que os casos estão identificados, e todas as informações foram levantadas, hipóteses sobre a causa do surto podem ser esboçadas. A epidemiologia descritiva é essencial para a formulação de hipóteses.

Para a formulação de hipótese deve-se considerar tanto o conhecimento científico, adquirido na revisão da literatura, quanto a descrição detalhada dos casos. Com a formulação de hipóteses objetiva-se buscar as associações entre fatores de risco e o desfecho em investigação, segundo as variáveis relativas ao tempo, espaço e pessoa.

f) Coleta de material para cultura baseado nos dados epidemiológicos: A coleta de material para cultura, amostras clínicas ou ambientais, deve ser orientada pela investigação inicial, e quando se fizer necessária deve ser realizada o mais rápido possível, uma vez que esses resultados poderão confirmar os achados epidemiológicos da investigação.

Não há recomendação de realização de cultura de todo tipo de material a não ser que haja uma forte suspeita guiada pela análise epidemiológica.

g) Elaboração de um estudo analítico para teste de hipóteses: Os estudos de epidemiologia descritiva são úteis para formular hipóteses, mas se houver necessidade de testar essas hipóteses deverão ser realizados estudo analíticos como coorte e caso-controle. Em geral, quando as informações da epidemiologia descritiva, ou seja, as evidências epidemiológicas, clínicas, laboratoriais não são suficientes para apoiar a formulação de hipóteses, torna-se também necessário recorrer aos estudos de epidemiologia analítica.

h) Instituição de medidas de controle: As medidas de controle deverão ser implantadas prontamente para reduzir o aparecimento de casos adicionais e óbitos. Comumente são indicadas medidas de controles mais genéricas no início da investigação, como reforço da higiene das mãos e introdução de precaução por contato. À medida que a investigação avança e novos dados são revelados ações mais específicas e direcionadas são introduzidas, como por exemplo, a mudança de lote de produtos e a mudança no reprocessamento de artigos para assistência à saúde. As medidas de controle implantadas para controle e prevenção de surto de IRAS mais citadas na literatura são coorte, incentivo a higiene das mãos, reforço de higiene ambiental e culturas de vigilância de paciente comunicantes de casos confirmados⁽³⁰⁾.

Durante a investigação de surto há ainda, a oportunidade de se revisar e corrigir processos de trabalho para prevenção de novos casos⁽⁵⁰⁾.

i) Tipagem molecular do agente quando necessário: A tipagem molecular pode auxiliar na identificação dos clones de cepas envolvidas no surto. Essa informação pode ser útil em estabelecer se os microrganismos isolados nos pacientes são do mesmo clone, se as amostras do ambiente estão relacionadas ao mesmo clone identificado nos pacientes e auxilia também na confirmação de uma fonte suspeita de transmissão, como por exemplo, a suspeita de um lote de medicação contaminada em que o mesmo clone dos pacientes é identificado no produto.

j) Relatório sobre o andamento da investigação para comunicação do andamento das ações aos envolvidos no evento: A elaboração de relatórios é necessária durante a investigação e devem-se utilizar os resultados obtidos do “banco de informações sobre cada caso” além dos dados laboratoriais e as observações realizadas nas áreas investigadas. Além disso, durante a investigação, são necessárias reuniões sistemáticas para atualizar os profissionais envolvidos no processo sobre o andamento da investigação. Há ainda, a recomendação de informar os resultados da investigação para as autoridades de saúde.

Deve-se lembrar de que nesse caso a notificação do surto as autoridades sanitárias é obrigatória no Brasil desde 1998, segundo a Portaria 2616/98⁽²⁶⁾.

2.4 SURTOS DE IRAS NO BRASIL E AÇÕES GOVERNAMENTAIS

2.4.1 Participação governamental na investigação e controle de surto de IRAS

Alguns eventos epidêmicos nortearam mudanças nas práticas de controle de IRAS no Brasil.

Entre 1998 e 2009 surtos de mico bactéria de crescimento rápido em procedimentos cirúrgicos e estéticos acometeram mais de 1.500 pessoas, culminando na elaboração de normas e documentos técnicos pela Anvisa sobre reprocessamento de artigos médico-hospitalares para minimizar o impacto dessa epidemia⁽⁵³⁾. A Anvisa também publicou a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) 08/2009 sobre medidas para redução da ocorrência de infecções por mico bactérias de crescimento rápido em serviços de saúde. Nesse documento foi determinada a vigilância de casos de mico bacteriose, por meio da busca ativa dos casos em procedimentos cirúrgicos por videoscopia e a proibição de esterilização química por imersão⁽⁵⁴⁾.

Durante a investigação do surto de micobactéria houve a percepção entre os investigadores da necessidade de implantação de um sistema nacional de resposta rápida para ocorrências de eventuais surtos e a estruturação de um sistema de resposta apropriada para o diagnóstico laboratorial de infecções⁽⁵⁵⁾.

Em 2006, na cidade de Porto Alegre, um surto de *Acinetobacter* sp resistente a carbapenêmicos acometeu 159 pacientes internados em diferentes instituições hospitalares da região. As ações implantadas pela Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre consistiram na solicitação da notificação de casos novos de infecção pelo agente e a elaboração de um manual de orientações para os serviços de saúde sobre prevenção e controle da doença⁽⁵⁶⁾.

Surtos de *Klebsiella pneumoniae* produtoras de carbapenemase e *Enterococcus* spp resistentes à vancomicina serviram de base para a decisão da Anvisa de proibir a compra de antimicrobianos sem receita médica e obrigatoriedade do uso de preparação alcoólica para higienização das mãos nos estabelecimentos de assistência à saúde⁽⁵⁷⁻⁶¹⁾.

2.4.2 Ações governamentais para aprimoramento das investigações de surto

No Brasil, a definição das responsabilidades de cada esfera do governo no tocante ao controle de surtos de IRAS não é explicitado, sendo assim as ações estão atreladas ao contexto da prevenção e controle de IRAS endêmicas, conforme descrito na Portaria 2616/98 (Quadro3)⁽²⁶⁾.

Quadro 3 – Responsabilidades referentes às ações para controle e prevenção de IRAS segundo os organismos de gestão do Sistema Único de Saúde. Brasil; 1998.

Organismo de gestão do SUS	Responsabilidades - Ações para controle e prevenção de IRAS
Ministério da Saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Definir diretrizes, normas e ações de prevenção e controle de IRAS; • Planejar ações estratégicas e acompanhar e avaliar as ações implantadas; • Cooperar com a capacitação dos profissionais de saúde sobre o agravo; • Prestar cooperação técnica, política e financeira aos Estados e aos Municípios para aperfeiçoamento da sua atuação em prevenção e controle de IRAS; • Elaborar de um sistema nacional de informações sobre IRAS com divulgação nacional dos indicadores da magnitude e gravidade das infecções hospitalares e da qualidade das ações de seu controle.
Coordenação Estadual de Controle de IRAS	<ul style="list-style-type: none"> • Prestar apoio técnico ao município e oportunamente aos serviços de saúde; • Elaborar diretrizes e recomendações para controle de IRAS; • Controlar e avaliar as ações de prevenção e controle de IRAS dos municípios; • Informar à Coordenação de Controle de IRAS do Ministério da Saúde, a partir da rede distrital, municipal e

	hospitalar, os indicadores de IRAS estabelecidos.
Serviço de Vigilância Epidemiológica e Sanitária Municipal	<ul style="list-style-type: none">• Prestar apoio técnico as CCIH dos hospitais;• Colaborar e acompanhar os hospitais na execução das ações de controle de IRAS;• Informar à Coordenação Estadual, a partir da rede hospitalar, os indicadores de IRAS estabelecidos.

Fonte: Anvisa – Portaria 2616/98⁽²⁶⁾.

Legenda. IRAS: Infecção relacionada à assistência à saúde; CCIH: Comissão de Controle de Infecção Hospitalar; SUS: Sistema Único de saúde.

Na esfera federal houve a realização de algumas ações voltadas para o controle de surtos hospitalares no país. Entre elas, houve criação da rede nacional de investigação de surtos e eventos adversos na área da saúde (RENISS) e a capacitação de profissionais do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária em controle de IRAS⁽²⁵⁾. Houve posteriormente a organização de um grupo de trabalho para investigação de surtos (2009), a publicação do livro “Investigação de eventos adversos em serviços de saúde” e mais recentemente, a implantação de um formulário on-line para notificação de surtos de IRAS⁽⁶²⁻⁶⁴⁾.

A RENISS, criada em 2004, teve como proposição enfrentar situações de crise relacionadas a surtos e eventos adversos graves em serviços de saúde. Para constituição do grupo de trabalho, nomeado como núcleo de formação da rede nacional para investigação de surtos, foram capacitados profissionais oriundos das vigilâncias sanitárias de todo o país, contando com médicos, enfermeiros, farmacêuticos, odontólogos, epidemiologistas, nutricionistas, administradores, estatísticos, engenheiros e arquitetos. Houve uma ampliação do núcleo com a participação de Laboratórios Centrais dos Estados, Centros de Referência em Vigilância Sanitária no país, técnicos de Vigilância Epidemiológica, profissionais de Hospitais Sentinelas e outros serviços de saúde. A coordenação era exercida pela Anvisa e tinha atuação em todo o país, com o apoio mútuo entre as três esferas de governo⁽²⁵⁾.

A RENISS propunha que a rede deveria ser acionada quando um integrante entrasse em contato com a coordenação para comunicar a suspeita de surto. Diante disso, deveria ser enviado um material de apoio a esse integrante, que faria uma avaliação da situação para confirmar ou descartar o surto. Em caso de confirmação do surto, a rede acionaria outros integrantes com experiência no tipo de evento para

prestar consultoria e/ou auxílio à equipe de investigação⁽²⁵⁾. Não há na página da Anvisa informações publicadas quanto aos resultados e ações decorrentes desta formação de rede.

A capacitação dos profissionais de Vigilância Sanitária em controle de IRAS foi realizada em 2006 na modalidade de curso à distância, em parceria com a Universidade Federal de São Paulo, e um dos módulos do treinamento foi “Investigação e controle de surtos hospitalares”⁽²⁵⁾.

O Grupo de Trabalho de Investigação de Surtos foi formado pela Anvisa em 2009, mas foi oficialmente constituído em 2010 na publicação da Portaria 961/2010. O grupo foi composto por alguns profissionais da saúde com vínculo em instituições de ensino superior, Secretarias de Vigilância à Saúde, Coordenação de Laboratórios de Saúde Pública, Secretarias de Saúde, além de profissionais da Anvisa que eram os responsáveis pela coordenação do grupo. O grupo foi responsável por propor ações relativas ao seguimento de surtos de IRAS, participar de reuniões ou eventos científicos para divulgação dos documentos desenvolvidos e participar de reuniões periódicas (anuais) para revisão dos documentos elaborados⁽⁶²⁾. Esse grupo foi desativado pela Anvisa logo após a sua primeira publicação sobre o surto de micobactéria de crescimento rápido em procedimentos cirúrgicos e estéticos.

O livro “Investigação de eventos adversos em serviços de saúde” foi publicado pela Anvisa em 2013. O material contém orientações para as equipes de saúde sobre investigação e controle de surtos de IRAS, como notificar o evento e define ainda, quais são os surtos infecciosos de interesse nacional⁽⁶⁵⁾:

“Caso, agregado de casos ou surto causado por agente infeccioso adquirido após a admissão do paciente no serviço de saúde, que se manifeste durante a internação ou após a alta, sempre que puder ser relacionado aos procedimentos assistenciais ou com a internação. Além desses, constitui evento adverso de interesse nacional aquele decorrente da assistência e que resulte em incapacidade permanente ou óbito.

São de notificação obrigatória agravos infecciosos que atendam quaisquer das seguintes definições:

- a) Surto ou agregado de casos de pacientes infectados ou colonizados que apresente confirmação laboratorial para microrganismos multirresistentes listados;
- b) Surto infeccioso, caso ou agregado de casos de etiologia desconhecida, micro-organismo novo na epidemiologia do país ou com forma de transmissão ignorada pela literatura;
- c) Surto ou agregado de casos em pacientes imunocomprometidos (recém-nascidos, renais crônicos, terapia intensiva, idosos e outros) que resulte em incapacidade permanente, morte ou prolongamento da internação;
- d) Surto ou agregado de casos que resultou em óbito de paciente hospitalizado.

Agentes multirresistentes listados pela Anvisa (2013) como de interesse nacional⁽⁶⁵⁾:

- *Acinetobacter* spp
- Bactéria gram-negativa entérica
- *Bulkhoderia cepacia*
- *Micrococcus* sp
- Fungo filamentoso
- Microrganismo produtor de ESBL
- Microrganismo produtor de carbapenemase
- Micro-organismo produtor de metalobetalactamase
- *Clostridium* sp
- *Mycobacterium* sp (MCR)
- Outro multirresistentes.

Para realização da notificação dos surtos de interesse nacional foi disponibilizado pela Anvisa em 2013 um formulário on-line intitulado de “Notificação nacional de caso, agregado de casos e surto em serviços de saúde”. Os dados inseridos no formulário são de domínio público, sendo assim, as informações sobre todos os surtos notificados no país podem ser acessadas por qualquer pessoa na própria página da internet onde formulário está inserido⁽⁶⁴⁾.

No Estado de São Paulo a disponibilização de um meio eletrônico de comunicação para notificação rápida de surtos de IRAS foi realizada anteriormente ao nível federal, em 2011, pela Divisão de Infecção Hospitalar do Centro de Vigilância Epidemiológica, com o objetivo de monitorar os eventos no Estado⁽⁶⁶⁾.

Em 2013, no Estado de São Paulo, foi disponibilizado o acesso dos hospitais aos testes de caracterização fenotípica e genotípica de alguns microrganismos multirresistentes no Instituto Adolfo Lutz (IAL). Essa medida foi estabelecida para fins epidemiológicos e como recurso auxiliar para realização de investigação de surto de IRAS^(67, 68).

2.5 INVESTIGAÇÃO DE SURTOS DE IRAS NAS INSTITUIÇÕES DE SAÚDE

Embora os resultados das investigações sejam importantes para construção de conhecimento, segundo Jarvis (2004) ainda há desafios para execução dessa atividade. O autor refere que a falta de expertise das equipes e restrições de

recursos são fatores que limitam a investigação de surtos⁽²³⁾.

O preparo das equipes para investigação e controle de surtos é pouco abordado na literatura; o assunto é relatado, na maioria das vezes, em pesquisas sobre estrutura de vigilância e controle de IRAS, ou seja, não é o tema principal da pesquisa Quadro 4.

Quadro 4 – Exemplos de estudos sobre avaliação da estrutura e programas para prevenção controle de IRAS que apresentam itens relacionados ao controle de surtos. São Paulo; 2013.

Autor, ano - País	Descrição do estudo	Itens relacionados a controle de surtos citados no estudo:
Zoutman et al, 2009 ⁽⁶⁹⁾ Canadá	Avaliação da estrutura de prevenção e controle de IRAS em instituições de longa permanência. Participantes: 488	<ul style="list-style-type: none"> • Tempo médio despendido (em %) pelos profissionais de controle de IRAS em manejo de surtos: 15,2% • Profissionais de controle de IRAS tem autoridade para isolar paciente acometido para evitar que surto se espalhe: (95%); • Profissionais de controle de IRAS tem autoridade para fechar uma unidade, a fim de controlar o surto: 74,8%
Moro et al, 2004 ⁽⁷⁰⁾ Itália	Avaliação da implantação dos programas de controle de IRAS em hospitais públicos. Participantes: 428	<ul style="list-style-type: none"> • Vigilância ativa para detecção de surtos: 29%
Sanchez -Paya et al, 2009 ⁽⁷¹⁾ Espanha	Situação da vigilância e controle de IRAS nos hospitais, recursos humanos e materiais. Participantes: 237	<ul style="list-style-type: none"> • Realiza investigação de surtos: 86.7%
Santos AAM, 2006 ⁽²⁷⁾ Brasil	Avaliação do modelo brasileiro de controle de IRAS. Participantes: 4148	<ul style="list-style-type: none"> • Realiza ações para contenção de surtos: 33%

Stone et al, 2009 ⁽⁷²⁾	Estrutura do Controle de Infecção e programas de controle de IRAS. Participantes: 289	<ul style="list-style-type: none"> • Percentual de tempo gasto com atividades relacionadas a surtos: 5%. • Autoridade para bloquear leito/ fechar unidade em caso de surto: Sempre (58%), A maioria das vezes (19%)
-----------------------------------	---	---

Nota. IRAS: Infecção relacionada à assistência à saúde.

No Brasil a investigação epidemiológica e a implantação de medidas de controle de surtos de IRAS são de responsabilidade da CCIH⁽²⁶⁾. A Anvisa em 2013 destacou que essa investigação deve ser realizada preferencialmente, por profissionais da unidade de saúde com o apoio da vigilância sanitária e coordenação de controle de IRAS locais^(63, 65).

2.6 NOTIFICAÇÃO DE SURTOS DE IRAS PARA AS AUTORIDADES SANITÁRIAS

Gastmeier et al (2005) acreditam que há subnotificação do evento apesar da reconhecida importância da investigação de surto e a publicação dos resultados obtidos nesse processo. Os fatores citados pelos autores que influenciam a baixa adesão à notificação são: não identificação da fonte de transmissão e o medo de exposição da instituição. Citam ainda que as investigações são pouco divulgadas, pois há a crença entre os profissionais de controle de IRAS de que essas informações não são de interesse para a comunidade científica⁽⁷³⁾.

Nos Estados Unidos, um estudo sobre frequência de surtos de IRAS nos hospitais revelou que apenas 52,2% dos eventos haviam sido notificados, embora na maioria dos estados norte-americanos essa notificação seja obrigatória. Rhinehart et al (2012) reiteram que a notificação e, conseqüentemente, a interação entre os profissionais de controle de IRAS e Departamento Estadual de Saúde durante a investigação de surto podem resultar em uma investigação mais rápida e completa, além de fornecer uma oportunidade de aprendizado para a equipe de investigação⁽²⁹⁾.

No Brasil, a notificação de surto de IRAS é obrigatória desde 1998, conforme descrito na Portaria 2616/98⁽²⁶⁾. Em 2013, a Anvisa reforça essa responsabilidade da

CCIH em comunicar a suspeita de surto oportunamente às diferentes esferas que compõem o sistema de vigilância em saúde⁽⁶³⁾.

Verifica-se com o exposto que não há trabalhos que identifiquem ou discutam as dificuldades que as equipes de controle de IRAS enfrentam para a condução da investigação de surto. Além disso, verifica-se também que há poucos trabalhos descritos na literatura sobre as restrições que as equipes enfrentam para a notificação do evento às autoridades sanitárias, ainda assim os poucos trabalhos existentes são oriundos de opinião de especialistas.

Propõe-se a realização de um estudo de método misto com o desenho convergente paralelo, a fim de se obter uma compreensão profunda das limitações, entre os profissionais de controle de IRAS do Estado de São Paulo, para realização da investigação de surtos de IRAS e notificação desses eventos às autoridades sanitárias.

2.7 MÉTODOS MISTOS

2.7.1 Utilização de métodos mistos para a investigação científica de questões complexas

O manejo de surtos é um tema complexo tanto na sua investigação quanto em sua notificação para as autoridades sanitárias. Sendo assim, a utilização de métodos alternativos e complementares para uma abordagem aprofundada desse fenômeno faz-se necessária para proporcionar uma ampla compreensão do objeto de estudo. Nesse contexto, observa-se a aplicabilidade dos métodos mistos (MM) para o tema abordado.

Na área da saúde o uso de MM tem crescido e o interesse em MM tem aumentado entre as agências internacionais provedoras de recursos financeiros para pesquisas na área da saúde⁽⁷⁴⁾.

O uso de MM na área da saúde ocorreu a partir da percepção de que estudos quantitativos, mais comuns nessa área, não são suficientes para responder as questões complexas relacionadas ao cuidado em saúde⁽⁷⁵⁾.

A seleção de MM na área da saúde como metodologia busca uma evidência precisa para tomada de decisão e determinação das políticas de cuidados em

saúde. Pesquisas com abordagem de MM respondem às pressões para resultados na área da saúde, mas também podem informar sobre o contexto desses resultados⁽⁷⁶⁾.

A área da saúde possui uma complexidade de problemas relacionados à assistência ao paciente, sendo assim há uma necessidade de uma abordagem ampla para capturar as perspectivas dos pacientes, gestores e colaboradores. A abordagem de MM pode ser extremamente valiosa em pesquisas em saúde, pois essa abordagem pode abrir novas áreas de pesquisa, descobrir novos fatores causais e resultar num pensamento mais flexível e holístico sobre a saúde⁽⁷⁷⁾. Alguns exemplos de uso MM nas pesquisas em saúde são: questões clínicas ou de qualidade da assistência, desempenho das organizações de saúde, intervenções comportamentais, processo de implantação de inovações e tomada de decisão em assistência à saúde⁽⁷⁷⁾.

Na área da enfermagem há uma aceitação crescente de projeto com abordagem de MM, por fornecer uma metodologia adequada para enfrentar os complexos problemas de saúde frequentemente enfrentados nessa disciplina. Ao elaborar a pesquisa focando nos pontos fortes, reconhecendo e limitando as fraquezas na pesquisa de MM, os pesquisadores de enfermagem podem resolver esses "problemas de saúde complexos" de uma forma criativa e imaginativa⁽⁷⁸⁾.

2.7.2 Definição

Métodos Mistos (MM) é uma pesquisa em que o investigador coleta e analisa os dados e realiza inferências usando abordagem quantitativa (QUAN) e qualitativa (QUAL) em um único estudo. Esta definição foi delineada por Tashakkori and Creswell (2007) e publicada no editorial na primeira edição da revista *Journal of Mixed Methods Research*⁽⁷⁹⁾.

Johnson et al (2007) buscaram um consenso sobre a definição de MM questionando sua definição para 21 pesquisadores que trabalhavam com grande frequência com o método. Partindo das diferentes perspectivas desses pesquisadores, o autor conceituou MM como um tipo de pesquisa em que o pesquisador ou o grupo de pesquisadores combinam elementos de abordagens QUAN e QUAL (pontos de vistas, coleta de dados, análise dos dados, técnicas de inferência, etc) com o propósito de ter uma compreensão mais ampla e profunda do objeto de estudo e a corroboração dos dados.

Creswell and Plano Clark (2013) definem MM como metodologia que envolve o pressuposto filosófico que norteia a coleta e análise dos dados e mistura as abordagens QUAN e QUAL em muitas fases do processo da pesquisa. Definem ainda, que MM podem ser assumidos como método que tem como foco a realização da coleta e a análise, combinando os dados QUAN e QUAL em um único estudo⁽⁸⁰⁾.

Morse e Niehaus (2009) definem MM como uma pesquisa que utiliza um método principal (QUAN ou QUAL) e no uso de um segundo método como suplemento (QUAN ou QUAL), sendo que o suplemento não pode ser compreendido isoladamente por ser considerado apenas parte do estudo, e não outro estudo⁽⁸¹⁾.

MM são métodos amplos, mas também envolvem uma estratégia para conduzir uma pesquisa, portanto, é reconhecido como Metodologia⁽⁸⁰⁾.

2.7.3 Base histórica

Apesar da maioria das publicações em MM serem conhecidas no final da década de 80, houve o desenvolvimento do método muito antes desta década. No final dos anos 50, foi discutida a introdução de múltiplas abordagens na área de psicologia. Na década de 70, alguns autores defenderam a inclusão de abordagem qualitativa em estudos experimentais. No início da década de 80, iniciou-se a sugestão das misturas metodológicas para projetos experimentais. Verifica-se nesse contexto que essas iniciativas foram fundamentais para as futuras tentativas sistemáticas de utilizar MM em pesquisas como uma abordagem distinta⁽⁸⁰⁾.

A partir do final da década de 80, muitos autores de diferentes disciplinas e países começaram a trabalhar com MM. Nesse período houve aumento de publicações na área abordando quais as maneiras de se vincular ou combinar os métodos, quais as indicações para uso do método, além da proposição de desenhos de projeto e nomenclatura para os mesmos e os debates sobre a filosofia que embasava esse tipo de investigação. Foi nesse período que se iniciou o esboço do conceito de MM⁽⁸⁰⁾.

Creswell e Plano Clark (2013) descreveram a evolução histórica dos MM e sugeriram uma divisão em cinco períodos, que podem ser sobrepostos, conforme descrito abaixo⁽⁸⁰⁾:

Período formativo (Final da década de 50 – Década de 80): Interesse inicial no uso de mais de um método no estudo.

Período de debate do paradigma (Década de 70 e 80): discussão sobre o uso de diferentes abordagens poderia ser ou não combinadas, uma vez que dados QUAN estavam ligados a algumas suposições filosóficas e dados QUAL a outras suposições filosóficas. A “Guerra dos paradigmas” Nesse período discutiu-se sobre quais paradigmas a pesquisa de MM assumiria.

Período de desenvolvimento dos procedimentos (Década de 80 e 90): Foco dos pesquisadores voltado para o desenvolvimento dos procedimentos dos MM, como a descrição coleta de dados, análise de dados, planos de pesquisa e propósito para uso dos MM.

Período de defesa e expansão (2000 a 2010): autores defendem o uso de MM como uma metodologia, um método ou uma abordagem separada da pesquisa. Nesse período, o interesse nos MM se estendeu para diversas disciplinas e países.

Período reflexivo (2000 aos dias atuais): discussão sobre as prioridades, questões e controvérsias nos MM.

2.7.4 Base filosófica

A base filosófica para os MM tem sido amplamente discutida entre os autores do método, mas não há um consenso para a definição de qual visão de mundo proporcione um fundamento para este tipo de pesquisa⁽⁸⁰⁾.

A visão de mundo pragmática tem sido abraçada por muitos autores como o paradigma ideal na pesquisa de MM, pois essa visão de mundo valoriza tanto o conhecimento objetivo como o subjetivo, e o uso de diferentes abordagens para responder a questão de pesquisa. Com a adoção do pragmatismo deve-se abandonar a dicotomia entre pós-positivismo e construtivismo, pois a questão de pesquisa torna-se mais importante que o método ou a base filosófica. Nesse caso, a questão de pesquisa será norteadora das escolhas metodológicas⁽⁸²⁾.

Para adoção do pragmatismo deve-se rejeitar a incompatibilidade entre as abordagens QUAN e QUAL e assumir que as mesmas podem ser misturar em outro paradigma. O pragmatismo oferece o uso de abordagens e métodos combinados que ajuda a direcionar a tentativa de se responder uma questão de pesquisa⁽⁸³⁾.

O foco é no problema de pesquisa e seu contexto histórico e social e, sendo assim, múltiplas e relevantes formas de dados são utilizados para responder a questão da pesquisa⁽⁸⁴⁾.

Visões de mundo relacionadas ao tipo de estudo, nessa postura teórica considera-se que para cada desenho de estudos de MM há um paradigma mais indicado, ou seja, as suposições direcionadoras de cada paradigma moldam a maneira como os pesquisadores de MM constroem seus procedimentos. Dessa maneira, em pesquisas de MM iniciadas com coleta de dados QUAN, como as pesquisas de levantamento, está implícito que o pesquisador está dando maior ênfase no método QUAN e, portanto, usando uma visão de mundo pós-positivista. Já no desenho em que dados QUAN e QUAL são coletados concomitantemente e analisados separadamente para posterior junção das informações geradas a adoção de um paradigma mais abrangente, o pragmatismo parece mais adequado⁽⁸⁰⁾.

Visão de mundo segundo a comunidade acadêmica, nessa postura teórica os autores se embasam na definição de paradigma como uma representação de crenças compartilhadas no campo de pesquisa. Nesse contexto, os pesquisadores defendem que as visões de mundo se formam dentro de comunidades acadêmicas e que elas podem variar em cada comunidade. Sendo assim, dependendo da especialidade há questões mais significativas que os pesquisadores devem definir quais são os procedimentos mais adequados para responder a essas questões. Os autores que defendem essa posição definem que para a escolha do paradigma faz-se necessário considerar qual o problema de pesquisa investigado, quais técnicas de pesquisas são apropriadas para essa investigação, como o conhecimento é processado e compartilhado entre publicações e eventos científicos e como esses paradigmas são operados nessa comunidade^(84, 85).

2.7.5 Indicações de uso do método

Os MM começaram a ser usados à medida que a complexidade dos problemas de pesquisa começou a apresentar a necessidade de respostas que combinassem as abordagens QUAN e QUAL para a análise mais completa dos problemas^(80, 86).

MM tem como objetivo e benefício utilizar os pontos fortes da pesquisa QUAL e QUAN e combiná-las. Atualmente, o desenho de pesquisa de MM tem sido muito aplicado, sendo considerada uma das metodologias com maior crescimento em utilização⁽⁸⁷⁾.

Os problemas de pesquisa adequados aos MM são aqueles em que uma fonte de dados não é suficiente, pois os resultados precisam ser explicados, ou os

achados exploratórios precisam ser generalizados, ou um segundo método é necessário para melhorar o primeiro método aplicado. O pesquisador que utiliza os MM deve fornecer uma justificativa para o uso da abordagem⁽⁸⁰⁾.

Existe uma diversidade de indicações para uso de MM em pesquisas segundo diferentes autores, como apontado no Quadro 5.

Quadro 5 – Exemplos de indicações de uso de Métodos Mistos (MM) em pesquisas, segundo autor e ano. São Paulo; 2013.

Autor, Ano	Indicações de uso de MM
Creswell e Plano Clark, 2013 ⁽⁸⁰⁾	<ul style="list-style-type: none"> • Fonte de dados única é insuficiente para responder questão de pesquisa; • Explicação de resultados iniciais; • Generalização de dados exploratórios; • Melhorar um estudo com um segundo método; • Entendimento de um objetivo da pesquisa por meio de múltiplas fases da pesquisa;
Bryman, 2006 ⁽⁸⁸⁾	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboração de questionários ; • Seleção de amostra; • Credibilidade; • Explicação de resultados iniciais; • Conhecimento mais completo e profundo sobre o objeto de estudo.
Morse e Niehaus, 2009 ⁽⁸¹⁾	<ul style="list-style-type: none"> • Questão de pesquisa não abrange completamente o fenômeno estudado, sendo necessário incorporar outro método para ampliar conhecimento; • Identificação, durante o processo da pesquisa, de um fenômeno inesperado, sendo necessário incorporar um estudo suplementar; • Resultados inesperados em pesquisa quantitativa que podem ser mais profundamente explorados em uma pesquisa qualitativa.
Descombe,	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento da acurácia dos dados;

2008	<ul style="list-style-type: none">• Prover mais completo entendimento por meio da junção de dados QUAN e QUAL, entendendo que esses resultados são complementares;• Evitar viés, comum em estudo com um único método, compensando os pontos fracos com fortes de cada método;• Desenvolvimento de uma análise e posterior construção de resultados iniciais contrastando os dados de diferentes tipos de métodos;• Auxílio na escolha da amostra e elaboração de questionários.
------	--

2.7.6 Desenhos de estudo

Os desenhos de estudo de MM tem diversas tipologias e sistemas de classificação elaborados por diferentes pesquisadores no assunto. Sendo assim, as nomenclaturas variam segundo o autor, e são desenvolvidas a partir de algumas decisões fundamentais baseadas em: a) Nível de interação entre os elementos QUAN e QUAL; b) Prioridade relativa dos elementos QUAN e QUAL; c) Momento de aplicação dos elementos QUAN e QUAL; d) Procedimentos para mistura dos elementos QUAN e QUAL⁽⁸⁰⁾.

a) Nível de interação entre os elementos QUAN e QUAL:

Nesse caso há a definição de quando ocorre a interação entre os elementos QUAN e QUAL, nos quais podem ser dependentes ou independentes. É considerado dependente quando a interação ocorre antes da interpretação final, sendo possível ocorrer em qualquer momento do estudo (Desenho do estudo, coleta de dados e/ou análise de dados). A interação é considerada independente quando ocorre apenas durante a interpretação final do estudo, sendo assim, os dois elementos são distintos e são conduzidos separadamente até a discussão final⁽⁸⁰⁾.

b) Prioridade dos elementos QUAN e QUAL:

Há possibilidade de o pesquisador escolher se quer dar prioridade igual aos dados QUAN e QUAL ou se quer dar maior importância a apenas um elemento, tornando o outro elemento secundário⁽⁸⁰⁾.

c) Momento de aplicação dos elementos QUAN e QUAL:

Trata-se do relacionamento temporal entre os elementos QUAN e QUAL que pode ser paralelo/concorrente (os dois elementos ocorrendo ao mesmo tempo), sequencial (os elementos ocorrem em fases distintas) ou multifásico (os elementos podem ser aplicados em múltiplas fases que podem ser sequenciais e/ou paralelas⁽⁸⁰⁾).

d) Procedimentos para mistura dos elementos QUAN e QUAL:

Decisão de quando e como os dados serão misturados, ou seja, onde ocorre o ponto de interface entre os elementos QUAN e QUAL e como será realizada essa interface. O ponto de interface pode ocorrer na elaboração do projeto, na coleta de dados, na análise dos dados ou na interpretação. Os dados podem ser misturados ao se fundir os conjuntos de dados na interpretação final, ao conectar a partir da análise de dados para a coleta de um segundo conjunto de dados (p. ex. elaboração de questionários ou explicação de resultados quantitativos com dados qualitativos), ao incorporar uma forma de dados dentro de um projeto ou procedimento maior (p.ex. abordagem qualitativa em pesquisa clínica) ou ao usar uma estrutura ou programa de pesquisa para unir os conjuntos de dados⁽⁸⁰⁾.

Ainda duas outras características devem ser consideradas na escolha do desenho de MM: o propósito da pesquisa e a orientação teórica, ou seja, se será indutivo, dedutivo, interpretativo ou com uso de alguma teoria de transformação social⁽⁸⁹⁾.

Os pesquisadores ao decidirem qual desenho escolher devem se apropriar de cada uma dessas características para selecionar o estudo adequado a responder sua questão de pesquisa. Na Figura 1 há a descrição das principais características, segundo Creswell e Plano Clark (2013) que influenciam na tipologia de estudos de MM⁽⁸⁰⁾.

Figura 1 - Árvore de decisões para escolha de desenho de Métodos Mistos, segundo Creswell e Plano Clark. São Paulo; 2013.

Legenda. QUAN: abordagem quantitativa; QUAL: abordagem qualitativa; MM: Métodos Mistos.
Fonte: Creswell e Plano Clark, 2013⁽⁸⁰⁾

O Quadro 6 aponta algumas tipologias elaboradas pelos autores em MM.

Quadro 6 – Exemplos de tipologias de Métodos Mistos (MM), segundo autor e ano. São Paulo; 2013.

Autor	Tipologias
Creswell e Plano Clark, 2013 ⁽⁸⁰⁾	Convergente paralelo Sequencial exploratório Sequencial explanatório Projeto incorporado Projeto transformativo Projeto multifásico
Teddlie e Tashakkori, 2009 ⁽⁸²⁾	Desenho misto paralelo Desenho misto sequencial Desenho misto com conversão Desenho misto multinível Desenho misto totalmente integrado
Andrew e Halcombe, 2009 ⁽⁹⁰⁾	Triangulação concorrente Sequencial exploratório Sequencial explanatório Projeto incorporado Projeto sequencial transformativo Projeto concorrente transformativo

2.7.7 Desenho convergente paralelo

No desenho de estudo convergente paralelo os dados quantitativos e qualitativos são coletados e analisados separadamente durante a mesma fase do processo de pesquisa, depois os dois conjuntos de resultados são fundidos em uma interpretação geral⁽⁸⁰⁾.

O propósito do desenho convergente paralelo é obter dados diferentes, mas complementares, sobre o objeto de estudo. Nesse desenho é possível reunir os pontos fortes dos métodos quantitativos (tamanho grande da amostra, tendências e

generalizações) com os pontos fortes dos métodos qualitativos (pequena amostra, detalhes, profundidade do conhecimento)⁽⁸⁰⁾.

No desenho convergente paralelo é possível comparar e contrastar os resultados estatísticos quantitativos com os achados qualitativos para realizar validação e corroboração. Pode-se também ilustrar os resultados quantitativos com os achados qualitativos, sintetizando os resultados para um entendimento mais completo sobre o tema⁽⁸⁰⁾.

O pragmatismo é a visão de mundo indicada para esse desenho, segundo Creswell e Plano Clark (2013), uma vez que proporciona um paradigma mais abrangente para esse tipo de pesquisa. No pragmatismo não há comprometimento com nenhuma abordagem e a estrutura do estudo é baseada na questão formulada e procedimentos necessários para respondê-la. As suposições do pragmatismo proporcionam maior direcionamento no trabalho de fusão das duas abordagens e um entendimento mais completo sobre o tema estudado⁽⁸⁰⁾.

As indicações para uso desse desenho são tempo limitado para coletar dados ou o pesquisador quer dar valor igual para os resultados das abordagens QUAN e QUAL⁽⁸⁰⁾.

2.7.8 Propósito do estudo

O presente estudo tem como objetivo identificar as limitações na investigação e notificação de surtos de IRAS às autoridades sanitárias entre os profissionais de controle de IRAS do Estado de São Paulo. Nesse estudo, os dados QUAN serão usados para identificar as limitações mais frequentemente enfrentadas, entre os profissionais de controle de IRAS, durante a condução da investigação de surto de IRAS no Estado de São Paulo, além do levantamento das restrições para a notificação do evento, promovendo assim uma generalização dos dados obtidos. Os dados QUAL serão usados para explorar com maior profundidade as limitações para condução do processo de investigação e quais barreiras esses profissionais encontram na realização da notificação do evento.

A razão para a escolha desse desenho de estudo é utilizar a fusão dos resultados quantitativos e achados qualitativos para proporcionar uma maior compreensão sobre o objeto de estudo.

3 OBJETIVOS

3.1 GERAIS

- Analisar as limitações para realização de investigação e notificação de surtos de IRAS, segundo a percepção dos profissionais de controle de IRAS do Estado de São Paulo.

3.2 ESPECÍFICOS

- Identificar, segundo a percepção dos profissionais de controle de IRAS, quais são as limitações para investigação de surto de IRAS;
- Identificar, segundo a percepção dos profissionais de controle de IRAS, quais são as restrições para notificação do evento às autoridades sanitárias.

4 MÉTODOS

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo de métodos mistos com desenho convergente paralelo, segundo Creswell e Plano Clark, 2013⁽⁸⁰⁾.

4.2 PERCURSO METODOLÓGICO

Foram realizadas duas estratégias de coleta de dados, uma para a abordagem QUAN outra para abordagem QUAL. A abordagem QUAN foi realizada por meio de inquérito com a aplicação de um questionário sob formato eletrônico. A abordagem QUAL foi conduzida por meio da realização de grupos focais. As coletas de dados foram realizadas separadamente e ao mesmo momento, ou seja, de forma paralela. Após a coleta de dados realizou-se a fusão dos resultados quantitativos e achados qualitativos (Figura 2).

Figura 2 - Desenho esquemático do estudo convergente paralelo. São Paulo; 2015.

Fonte: produção da própria autora.

Nota. O sinal + representa a realização das ações de forma paralela, ou seja, concomitante, o sinal ↑ representa ações que são feitas de forma sequenciais. APECIH: Associação Paulista de Epidemiologia e Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde

4.2.1 Abordagem Quantitativa – Inquérito por meio de questionário

A abordagem QUAN foi realizada por meio de aplicação de questionários a população do estudo.

4.2.1.1 Questionário – Elaboração do instrumento

Nessa fase houve a elaboração e validação do questionário por meio da técnica Delphi. Essa etapa da pesquisa foi realizada por Carvalho et al (2015) como trabalho de iniciação científica⁽⁹¹⁾.

O critério de inclusão para os especialistas que participaram da construção do questionário foi “médicos e enfermeiros que atuem em CCIH, com experiência na área maior ou igual a cinco anos, e com reconhecida atuação e/ou produção científica na área”⁽⁹¹⁾.

Foram realizadas três etapas com participação de 14 especialistas na primeira etapa e sete na segunda e terceira etapas. A primeira etapa foi baseada em uma questão aberta cujo objetivo era captar quais elementos os especialistas consideravam relevantes no tocante às limitações para investigação de surto e os motivos da baixa adesão à notificação do evento e que, portanto, deveriam ser incluídos no questionário:

“O título do nosso estudo é “Limitações no processo de investigação de surtos de IRAS e as causas que ocasionam a não aderência à notificação aos órgãos sanitários governamentais: desenvolvimento e validação de instrumento de pesquisa” e objetiva, assim como demonstrado no título, desenvolver e validar um instrumento que identifique as limitações dos profissionais do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (CIH) no processo de investigação de surto e na baixa adesão à notificação do evento às autoridades sanitárias do Estado de São Paulo. Tomando como diretriz o que estas informações, o que você considera que seria de grande importância constar em nosso questionário?”⁽⁹¹⁾

A partir das informações captadas nessa fase foi elaborado um questionário para ser avaliado pelos especialistas nas etapas subsequentes. Os itens considerados na avaliação do questionário foram: i) adequação da questão à temática do estudo; ii) clareza e objetividade, iii) questão permite o alcance dos objetivos do estudo e iv) questão deveria ser retirada do instrumento. Apenas questões com, no mínimo, 85% de aceitação entre os especialistas em todos os itens avaliados foram incluídas no questionário. Houve a inclusão de 44 questões (APÊNDICE A).

4.2.1.2 FormSUS – Questionário com formato eletrônico

O questionário elaborado e validado na Técnica Delphi foi transformado em formato eletrônico no sistema do FormSUS (Apêndice A)⁽⁹¹⁾. O FormSUS é um serviço de elaboração de questionários, desenvolvido para viabilizar de forma simples e ágil, o processo de coleta e disseminação de dados por meio da Internet em um ambiente seguro nos servidores do Datasus⁽⁹²⁾. As regras de armazenamento (backup, disponibilidade, etc) do FormSUS estão em acordo com as diretrizes e normas de segurança do Datasus.

O conteúdo de cada questionário e monitoramento de suas respostas é de responsabilidade do responsável técnico pela criação do questionário, ou de sua equipe gestora. Com o objetivo de assegurar a privacidade e sigilo de dados pessoais dos cidadãos, como previsto na legislação e na Política de Informação e informática do SUS, foram estabelecidas Normas de Utilização do FormSUS. De acordo com essas normas, os responsáveis pela criação de cada questionário, e suas respectivas instituições, devem concordar em zelar e fazer cumprir as normas de privacidade e uso, antes de se cadastrar no FormSUS (Figura 3)^(92, 93).

Figura 3 – Normas de utilização do FormSUS. Brasília; 2013.

A imagem é uma captura de tela da interface web do FormSUS. No topo, há o logotipo 'FormSUS' em amarelo. Abaixo dele, há uma seção de 'Acesso' com campos para 'Usuário:' e 'Senha:', um botão 'Entrar' e links para 'esqueci minha senha' e 'Novo Gestor'. À direita, há uma seção 'Gestores' com o título 'Normas de Utilização do FormSus'. O texto principal explica que o FormSus é um sistema para criação de formulários e estabelece quatro normas: 1. Uso público, para fins públicos – o FormSus foi desenvolvido para atender a finalidades do SUS e de órgãos públicos parceiros. **Não deve ser usado para outros fins.** 2. Privacidade e controle de uso – o uso do FormSus deve respeitar a privacidade e a confidencialidade dos dados dos cidadãos e instituições. Os fins a que se destinam os formulários criados devem ser explicitados para os usuários. 3. Cabe ao gestor monitorar o preenchimento dos formulários sob sua responsabilidade, dando o suporte necessário ao usuário e evitando seu uso indevido. 4. Atendimento ao previsto na legislação vigente e na Política de Informação e Informática do SUS. Abaixo das normas, há uma frase em vermelho: 'O não cumprimento das normas acima poderá resultar no cancelamento do formulário ou do usuário.' Na base, há dois botões: 'não concordo com os termos acima' e 'concordo com os termos acima', este último destacado por um retângulo laranja com uma seta vermelha apontando para ele.

Fonte: Datasus - <http://formsus.datasus.gov.br/admin/usuario.php>⁽⁹³⁾

4.2.1.3 População e amostra

a) Critérios de elegibilidade

Inclusão: Profissionais de controle de IRAS que atuem ou deixaram de atuar em até dois anos em serviços de saúde com regime hospitalar de internação, geral ou especializado, sob gestão pública ou privada localizados no Estado de São Paulo.

Exclusão: Não identificado.

b) Amostra: A amostra foi por conveniência.

4.2.1.4 Coleta de dados

O envio dos questionários aos profissionais de controle de IRAS foi realizado por correio eletrônico e o acesso aos seus endereços eletrônicos ocorreu através de listas de e-mails da Associação Paulista de Epidemiologia e Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (APECIH) e uma lista pessoal de endereços eletrônicos da pesquisadora. Foi realizada uma solicitação oficial à diretoria da APECIH para o acesso a mala direta dos membros associados (APÊNDICE B).

Os sujeitos do estudo ao receberem o convite por correio eletrônico (APÊNDICE C), acessaram um link no FormSUS para o aceite da pesquisa, por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em formato eletrônico (Apêndice A), apenas os participantes que acessaram o TCLE e o aceitaram, tiveram suas respostas incluídas na análise.

4.2.1.5 Variáveis

As variáveis contempladas no questionário foram:

- a) Caracterização profissional: idade, município de residência, tempo de formação e formação em controle de IRAS;
- b) Caracterização da instituição: número de leitos, presença de unidades críticas, localização do laboratório de microbiologia e tipo de gestão;
- c) Caracterização do serviço de controle de IRAS: número de profissionais, horas/semanais de trabalho, horas/semanais dispensadas para vigilância das IRAS, recursos oferecidos ao SCIH, tipo de vigilância realizada;

- d) Questões relacionadas à percepção do profissional sobre as limitações para investigação e notificação de surtos.

4.2.1.6 Análise dos dados

A análise dos dados foi realizada por meio de estatística descritiva.

4.2.2 Abordagem Qualitativa - Grupo Focal

4.2.2.1 Definição

Grupo focal é um tipo de entrevista de grupo que explicita o uso da interação dos participantes como uma parte do método. O método é extremamente útil para explorar o conhecimento e experiências das pessoas e pode ser utilizado para saber como o grupo pensa e porque eles pensam dessa forma⁽⁹⁴⁾. É caracterizado também como um tipo de entrevista de grupo que valoriza a interação entre os participantes. Consiste numa discussão de grupo coordenada por um moderador que utiliza um guia de orientação com tópicos de interesse⁽⁹⁵⁾.

Trata-se de um método que pode ser usado para o entendimento das diferentes percepções e atitudes acerca de um fato utilizando opiniões expressas pelos participantes⁽⁹⁵⁻⁹⁷⁾.

A principal vantagem do método é de proporcionar ao pesquisador a avaliação de diferentes formas de comunicação entre os participantes durante a sessão⁽⁹⁸⁾.

Grupos focais são conduzidos quando são necessárias informações específicas de pessoas com características e conhecimentos similares sobre um tema⁽⁹⁹⁾.

Pode ser utilizado para a composição de questionários, esclarecimento de achados de outros métodos, quando há pouca evidência sobre assunto e para identificar diferentes visões sobre o assunto⁽¹⁰⁰⁾, além do uso da abordagem em pesquisas que possuem temas “delicados” ou em caso de participantes relutantes em entrevistas individuais⁽¹⁰¹⁾.

O método é bem aplicado em assuntos pouco explorados na literatura e no uso de métodos mistos⁽⁹⁹⁾. Propicia ainda a elaboração de hipóteses para pesquisa QUAN, para interpretar dados da pesquisa QUAN, para gerar conhecimento que irão subsidiar outras ferramentas e para estimular ideias e criar conceitos⁽¹⁰²⁾.

Grupo focal oferece uma oportunidade concreta para os participantes e pesquisadores para aprender sobre o processo, em que os pontos de vista e compreensão dos participantes são compartilhados, debatidos, e eventualmente alterados durante a discussão⁽⁹⁸⁾.

4.2.2.2 População e amostra

a) Critérios de elegibilidade:

Critério de inclusão: profissionais de controle de IRAS, médicos e enfermeiros, que atuam ou atuaram nos dois últimos anos nas cidades de São Paulo, Campinas e Ribeirão Preto em serviços de saúde com regime hospitalar de internação, geral ou especializado, sob gestão pública ou privada.

A escolha dos locais para realização dos grupos focais foi baseada no estudo de Maciel et al (2014) em que se identificou um maior número de publicações de surtos de IRAS nessas três cidades⁽¹⁾.

Critérios de exclusão: profissionais de controle de IRAS que apresentam destaque na comunidade acadêmica ou profissional e são formadores de opinião, por meio de atividades frequentes como palestrantes ou pesquisadores de alta produtividade. O objetivo desta exclusão foi reduzir a potencial inibição que um profissional nesta condição poderia produzir.

b) Amostra: Para o presente estudo foram convidados oito participantes por grupo focal. Para a sessão ser iniciada aguardou-se a formação mínima de um grupo de quatro profissionais, conforme recomendação de Kitzinger (1997)⁽⁹⁴⁾.

O contato com os profissionais que atuam na cidade de São Paulo ocorreu por meio de correio eletrônico, utilizando-se listas pessoais de endereços eletrônicos da pesquisadora e orientadora. Para as cidades de Campinas e Ribeirão Preto foram realizadas ligações telefônicas para os serviços de controle de infecção hospitalar a fim de convidar os profissionais e, à medida que os profissionais aceitaram o convite foram solicitados contatos pessoais (endereço eletrônico pessoal e celular) para posterior comunicação com o participante.

4.2.2.3 Operacionalização:

a) Número de sessões: foram realizadas quatro sessões.

b) Tempo para cada sessão: Entre uma e duas horas, pois uma sessão acima desse período de tempo pode ser desgastante e não produtiva^(94, 99, 103).

c) Local de realização: foram realizados na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo de Ribeirão Preto e um Hospital Público na Cidade de Campinas. As localidades foram selecionadas para atender a critérios de facilidade de deslocamento dos participantes.

d) Papel do moderador: O moderador antes de iniciar a sessão fez as seguintes ações:

1. Explicou o propósito do grupo, ou seja, que um dos objetivos do grupo era encorajar a interação e discussão entre os participantes⁽¹⁰¹⁾;
2. Avisou que a sessão ia ser gravada e se alguém se sentisse desconfortável com a gravação poderia então desistir de participar da atividade;
3. Assegurou o anonimato;
4. Assegurou a concordância dos membros do grupo em relação ao respeito à confidencialidade;
5. Apresentou e entregou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C) e solicitar que os participantes, em caso de aceitar o proposto, a assinatura do documento.
6. Identificou os participantes;
7. Combinou as regras durante a execução da atividade como, por exemplo, a importância de apenas um membro falar por vez. Foi elaborado um “Guia de Tópicos”- (Apêndice D), conforme recomendação de alguns autores, para nortear o andamento da sessão^(104, 105).
8. Iniciou a sessão, tendo como referência o Guia de Tópicos – (Apêndice E). O guia de tópicos foi previamente testado em uma sessão simulada de grupo focal com cinco alunos de pós-graduação com experiência em CCIH.
9. Encerrou a atividade.

4.2.2.4 Análise dos dados

Todas as entrevistas foram transcritas e para identificação das falas dos participantes foram utilizadas duas letras. A primeira letra corresponde à sessão do grupo focal e foram adotadas as letras Z, X, K e Y. A segunda letra corresponde ao participante, nesse caso foram utilizadas as letras em ordem alfabética (A, B, C, D, etc.) e os profissionais foram identificados segundo as ordens das falas, ou seja, o primeiro a falar tornou-se a letra A, conforme ilustrado na Figura 4.

Figura 4 – Representação da identificação dos profissionais nas transcrições dos grupos focais, segundo a sessão e ordem das falas. São Paulo; 2014.

Fonte: produção da própria autora.

Na literatura há poucos trabalhos que descrevam as técnicas de análise qualitativas de dados oriundos de grupos focais. As técnicas de análises de dados qualitativas pertinentes para análise de dados de grupo focal são a análise de comparação constante, análise de conteúdo clássica, palavras-chave no contexto e análise de discurso⁽¹⁰⁶⁻¹⁰⁸⁾. Acrescenta-se também a proposta de técnica de análise de dados de grupos focais elaborada por Onwuegbuzie et al (2009) denominada análise micro-interlocutora⁽¹⁰⁶⁾.

Para o presente estudo foi utilizada a técnica de Análise de Conteúdo. A análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise de comunicações que procura, por meio de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição da linguagem, conhecer o que está por trás das palavras sobre as quais se debruça, tornando-se uma busca de outras realidades através dessas mensagens. Permite também, por meio desse processo, inferir conhecimentos relativos às condições de produção/recepção dessas mensagens. Visa ainda, efetuar deduções lógicas e justificadas, referentes às mensagens analisadas⁽¹⁰⁹⁾.

Para análise foram seguidas as etapas de pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados (inferência e interpretação).

Na pré-análise foi realizada uma leitura geral das transcrições, realizando a organização do material, para facilitar o processo de análise. Para tanto foi realizado nessa etapa uma leitura flutuante das transcrições (contato inicial com as transcrições), formulação das hipóteses e elaboração de indicadores.

Para escolha dos dados analisados, foram obedecidas as regras de:

- Exaustividade: inclusão de todos os elementos levantados nas entrevistas (transcrições e manifestações dos participantes);
- Representatividade: material de análise representativo do universo estudado;
- Homogeneidade: critérios precisos de escolha dos documentos analisados;
- Pertinência: fonte de dados corresponde adequadamente ao objetivo suscitado pela análise.

Para a exploração do material, foram construídas as operações de codificação, realizando-se os recortes dos textos em unidades de registro, definindo-se as regras de contagem, realizando a classificação e agregação dos achados em categorias.

Foram considerados como unidades de registro os parágrafos de cada entrevista realizada no grupo focal e a regra de contagem foi baseada na frequência da aparição da unidade de registro.

Para o processo de categorização foram consideradas as seguintes condições:

- a. Exclusão mútua: as unidades de registros não podem existir em mais de uma divisão (categoria);
- b. Homogeneidade: um único critério de classificação governa a organização dos temas (categorias);
- c. Pertinência: categorias estão adaptadas ao material de análise, refletindo as intenções da investigação;
- d. Objetividade e a fidelidade: as entrevistas devem ser codificadas da mesma maneira, sendo explícitas as regras/definições de classificação dos achados e sua inclusão em uma categoria;
- e. Produtividade: categorias que representam hipóteses novas.

As primeiras categorias foram agrupadas de acordo com temas correlatos, dando origem às subcategorias. As subcategorias foram agrupadas tematicamente dando origem as categorias intermediárias e, por fim, estas últimas também foram agrupadas em função ocorrência dos temas dando origem as categorias principais.

Para a realização do tratamento dos resultados (inferência e interpretação) foi realizado uma captação dos conteúdos manifestos nas entrevistas, analisando as diversas categorias existentes em cada análise.

4.2.3 Análise dos dados no Estudo Convergente Paralelo

A análise de dados no estudo convergente paralelo ocorre em três situações: análise independente dos dados QUAN e QUAL, no momento da comparação dos dados e depois de concluída a comparação⁽⁸²⁾.

Para a comparação dos dados há descritas três formas possíveis: a comparação lado a lado em uma discussão ou tabela resumida, comparações de mostra conjunta nos resultados ou interpretações e transformação dos dados nos resultados. No presente estudo, a comparação será realizada por meio da estratégia de “comparação dos resultados lado a lado”. Esta estratégia envolve a apresentação dos resultados QUAN e QUAL em uma discussão ou em uma tabela resumida, para facilitar a comparação dos dados. Dessa forma, a própria forma de apresentação torna-se, portanto, um meio de comunicar a fusão dos dados.

Foram seguidos os seguintes passos para análise dos dados, recomendados por Creswell e Plano Clark (2013)⁽⁸⁰⁾:

- a) Especificação das dimensões pelas quais foram comparados os dados. Nesse estudo, as dimensões utilizadas foram as categorias principais que emergiram dos grupos focais;
- b) Especificação de quais dados foram comparados;
- c) Representação das comparações;
- d) Interpretação sobre como os resultados combinados respondem as questões dos métodos mistos.

Nessa análise foram verificadas as convergências e divergências entre os dados QUAN e QUAL. Nos casos de divergências entre os dados houve posterior análise das limitações do estudo e discussão sobre a necessidade de mais pesquisas sobre o tema.

4.3 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de

Enfermagem da Universidade de São Paulo, e foi aprovado em 18/03/2014, sendo o número do Parecer 561.819 (Anexo 1).

A coleta de dados foi realizada mediante o esclarecimento aos participantes sobre os objetivos da pesquisa, orientação quanto aos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido e, consentimento dos mesmos em participar da pesquisa.

Os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido tanto da abordagem quantitativa (Apêndice A - FORMSUS) quanto da abordagem qualitativa (Apêndice D - Grupo Focal) foram elaborados de acordo com as normas da Resolução 466/12⁽¹¹⁰⁾.

5 RESULTADOS

5.1 ABORDAGEM QUANTITATIVA – INQUÉRITO

O acesso aos participantes ocorreu entre 28/11/14 e 15/12/14, sendo que o envio de correios eletrônicos e da mala direta via APECIH foi realizado em dois momentos com intervalo de quinze dias. Foram realizados 3895 contatos na primeira fase e os contatos foram refeitos numa segunda fase, excluindo-se profissionais que entraram em contato para relatar que não era profissional de controle de IRAS, que não atuava mais na área ou que avisaram que já ter respondido o questionário. Ao final da segunda fase verificou-se que 225 profissionais acessaram o link do questionário no FormSUS e 99 participantes responderam o questionário na sua totalidade (Tabela 5.1).

Tabela 5.1 – Distribuição do número de profissionais convidados, número de acessos ao questionário, número de questionários respondidos e profissionais incluídos no estudo, segundo fase de recrutamento. São Paulo; 2014.

Fases do recrutamento	Contatos realizados ^a	Acessos ao FormSUS	Questionários respondidos	Incluídos	Excluídos	
					Outro Estado	Outro País
1ª Fase	3895	132	63	57	6	-
2ª Fase	3857	93	36	30	5	1
Total	7752	225	99	87	11	1

Nota: ^aRepresenta o total de e-mails enviados somados ao total de e-mails cadastrados na mala direta da APECIH.

A taxa de resposta, considerando os 3895 contatos iniciais foi de apenas 2,5%.

5.1.1 Caracterização da população de estudo

Houve participação de 59% (N=50) de enfermeiros, 38% (N=32) de médicos e 4% (N=3) de farmacêuticos.

Com relação às cidades, verificou-se um predomínio da participação de profissionais dos municípios da Região Metropolitana de São Paulo e, observou-se ainda, uma grande diversidade de municípios de outras regiões do Estado de São

Paulo (Tabela 5.2). Pelo menos um profissional em 12 dos 17 Departamentos Regionais de Saúde participou desta etapa do estudo.

Tabela 5.2 – Distribuição dos participantes do inquérito segundo o Departamento Regional de Saúde e município de residência. São Paulo; 2014.

Regional de Saúde	% (Regional de Saúde)	Município	N	%
Grande São Paulo	74,1%	São Paulo	56	65,9%
		São Bernardo do Campo	2	2,4%
		Caieiras	1	1,2%
		Cotia	1	1,2%
		Itapeverica da Serra	1	1,2%
		Santo André	1	1,2%
		Suzano	1	1,2%
Bauru	4,7%	Botucatu	3	3,5%
Franca	4,7%	Bauru	1	1,2%
		Franca	3	3,5%
São José do Rio Preto	3,5%	Guará	1	1,2%
		São José do Rio Preto	2	2,4%
		Ubarana	1	1,2%
Campinas	2,4%	Campinas	1	1,2%
		Atibaia	1	1,2%
Ribeirão Preto	2,4%	Ribeirão Preto	2	2,4%
Taubaté	2,4%	Caraguatatuba	1	1,2%
		São José dos Campos	1	1,2%
Baixada Santista	1,2%	Santos	1	1,2%
Sorocaba	1,2%	Ibiúna	1	1,2%
Marília	1,2%	Marília	1	1,2%
Piracicaba	1,2%	Conchal	1	1,2%
São João da Boa Vista	1,2%	Divinolândia	1	1,2%

5.1.1.1 Caracterização profissional

A média de idade dos participantes foi de 38 anos, mediana de 36 anos, variação de 22 a 62 anos.

O tempo médio de atuação foi de 5 anos, mediana de 2 anos, variação de 3 meses a 30 anos (Tabela 5.3).

Tabela 5.3 –Distribuição dos participantes do inquérito, segundo tempo de atuação. São Paulo; 2014.

Intervalo de tempo de atuação em anos	N	%
< 1 ano	18	21,2%
> 1 - 5 anos	22	25,9%
> 5 - 10 anos	24	28,2%
> 10 - 20 anos	14	16,5%
> 20 anos	7	8,2%
Total	85	100,0%

Com relação à formação profissional verificou-se que a maioria dos participantes 95% (N=81) tem alguma formação específica em prevenção e controle de IRAS, dentre os quatro profissionais que relataram não possuir nenhuma formação nesta área dois são médicos, um enfermeiro e um farmacêutico. Em 46% (N=38) dos participantes verificou-se que há mais de uma formação complementar controle de IRAS (Gráfico 1).

Gráfico 1 - Distribuição da formação complementar em prevenção e controle de IRAS dos participantes do inquérito. São Paulo; 2014.

Legenda: IRAS (Infecção Relacionada à Assistência à Saúde); APECIH (Associação Paulista de Epidemiologia e Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde)

5.1.1.2 Caracterização institucional

A maioria dos participantes tem vínculo profissional com instituições públicas 43,5% (N=37), sendo que 36,5% (N=31) atuam em instituições privadas e 20% (N=17) trabalham em instituições filantrópicas.

A média de número de leitos é 360, sendo a mediana de 235, com variação de 10 a 2500 leitos (Tabela 5.4).

Tabela 5.4 – Distribuição das instituições hospitalares segundo o número de leitos. São Paulo; 2014

Distribuição números de leitos	N	%
Até 49 leitos	9	10,6%

50 - 149 leitos	16	18,8%
150 - 299 leitos	30	35,3%
300 leitos ou +	30	35,3%
Total	85	100,0%

A maioria das instituições 93% (N=79) possui leitos de atendimento a pacientes críticos, sendo que 81,1% (N=69) das instituições têm leitos de UTI adulto, 57,6% (N=49) possuem leitos de UTI pediátrica, 48,2% (N=41) leitos há leitos de UTI Neonatal, 44,7% (N=38) possuem leitos para realização de transplantes, em 49,4% (N=42) das instituições há leitos para onco-hematologia e, em apenas 11,7% (N=10) há leitos para atendimento de pacientes queimados.

Em relação à localização do laboratório de microbiologia, 62,3% (N=53) profissionais relataram que o laboratório fica alocado na própria instituição (Tabela 5.5).

Tabela 5.5 – Distribuição dos hospitais que possuem laboratório de microbiologia alocado na instituição, segundo número de leitos da instituição. São Paulo; 2014.

Distribuição números de leitos	Total de hospitais	Laboratório de microbiologia na instituição	
		N	%
Até 49 leitos	9	3	33,3%
50 - 149 leitos	16	6	37,5%
150 - 299 leitos	30	19	63,3%
300 leitos ou +	30	25	83,3%
Total de hospitais	85	53	62,4%

5.1.1.3 Caracterização do Serviço de Controle de Infecção

Em todas as instituições a equipe do SCIH possui enfermeiro, em 97,6% (N=83) das equipes há pelo menos um médico e, em 78,8% (N=67) das equipes há uma auxiliar administrativo. Observou-se que algumas das equipes 16,4% (N=14) possuem farmacêuticos. A relação entre número de enfermeiros e médicos é, em

média, 4:3 profissionais.

Com relação à estrutura de recursos humanos observou-se uma média de 2,4 profissionais a cada 100 leitos (mediana de 1,6 profissionais/100 leitos). A média de horas semanais de trabalho de toda equipe do SCIH (somando-se todos os profissionais) a cada 100 leitos é de 106h, sendo a mediana de 80h. A média de horas semanais dedicadas somente para ação de vigilância epidemiológica das IRAS foi de 33h a cada 100 leitos (mediana de 22h), correspondendo, em média, a 32% de toda a carga horária da equipe. As ações de vigilância são, em sua maioria, baseadas em busca ativa 52,9% (N=45), seguida por busca mista (passiva e ativa) 44,7% (N=38) das instituições, sendo que 2,4% (N=2) dos profissionais relataram que só realizam busca passiva.

Com relação à estrutura física em 89,4% (N=76) das instituições há uma área física exclusiva para o SCIH e 98,8% (N=84) dos serviços dispõem de computador e internet. Em 90,5% (N=77) dos SCIH há disponibilidade de impressora e em 55,2% (N=47) dos serviços contam com FAX. Verificou-se ainda que em apenas dois serviços (2,35%) não tinha acesso à linha telefônica.

5.1.2 Limitação para a investigação e controle de surtos

Com relação ao processo de investigação de surtos foram realizadas cinco questões sobre a percepção do profissional de controle de IRAS com relação às limitações para o manejo do surto. Essas questões abordaram três dimensões: o SCIH, a instituição e o extra-hospitalar. Na dimensão do SCIH foi questionado sobre conhecimento técnico do profissional e o processo de vigilância de IRAS, na dimensão institucional questionou-se sobre o suporte laboratorial e os recursos, humanos e materiais ofertados pela instituição à equipe do SCIH para uma investigação de surto. Para a avaliação da dimensão extra-hospitalar foi também utilizada uma questão sobre o conhecimento técnico do profissional, pensando nesse caso sobre a composição do currículo do profissional de controle de IRAS e o quanto abrange o conhecimento sobre epidemiologia em investigações de surtos.

Nenhum dos itens questionados foi considerado como uma limitação para a realização da investigação, segundo a percepção dos participantes. Sendo assim, os profissionais consideram que o seu conhecimento em epidemiologia é suficiente para a condução de uma investigação de surto e, além disso, também consideraram

como suficientes os recursos materiais, o processo de vigilância de IRAS realizado em sua instituição e o suporte laboratorial (Tabela 5.6). Em relação aos recursos humanos os profissionais em sua maioria (N=43; 50,5%) discordam (discordam e discordam fortemente) de que os recursos humanos sejam insuficientes para a investigação de surtos, porém observou-se que (N=36; 42,6%) concordam (concordam e concordam fortemente) de que de fato esse recurso é insuficiente.

Tabela 5.6 - Percepção dos profissionais de controle de IRAS sobre as limitações para investigação de surtos de IRAS, segundo a sua concordância em relação a afirmativas apresentadas no questionário. São Paulo; 2014.

Afirmativas	Grau de concordância	Concordo N(%)					Discordo N(%)				
		Concordo N(%)	Concordo fortemente N(%)	Estou indeciso N(%)	Discordo N(%)	Discordo fortemente N(%)	Concordo N(%)	Concordo fortemente N(%)	Estou indeciso N(%)	Discordo N(%)	Discordo fortemente N(%)
A) Considero meu conhecimento de epidemiologia insatisfatório para a condução de uma investigação de surto.		11 (12,9%)	3 (3,5%)	11 (12,9%)	45 (52,9%)	15 (17,7%)					
B) O tipo de vigilância realizado na instituição não permite que haja um diagnóstico rápido/preciso de um surto de IRAS.		15 (17,7%)	6 (7,1%)	3 (3,5%)	45 (50,6%)	18 (21,2%)					
C) Os recursos humanos do SCIH são insuficientes para a investigação de surto de IRAS.		28 (32,9%)	8 (9,4%)	6 (7,1%)	32 (37,7%)	11 (12,9%)					
D) O SCIH não possui todos os recursos materiais necessários para investigar os surtos de IRAS.		21 (24,7%)	4 (4,7%)	7 (8,2%)	41 (48,2%)	12 (14,1%)					
E) O suporte laboratorial da instituição não supre as necessidades do SCIH no que se refere à investigação de surto de IRAS.		23 (27,1%)	7 (8,2%)	5 (5,9%)	37 (43,5%)	13 (15,3%)					

5.1.3 Barreiras para notificação do surto às autoridades sanitárias

Foram realizadas oito questões que abordaram a percepção do profissional de controle de IRAS com relação às limitações para a notificação de surtos de IRAS.

O primeiro grupo de questões está relacionado ao SCIH, ou seja, que tipo de limitação o profissional de controle de IRAS enfrenta em seu setor para realizar a notificação do surto. Nessas questões houve o foco no conhecimento técnico sobre investigação de surtos, conhecimento sobre procedimento de notificação de um surto e o processo de trabalho, nesse caso se a alta demanda de trabalho interfere na notificação (Tabela 5.7).

Tabela 5.7 - Percepção dos profissionais de controle de IRAS sobre as barreiras para notificação de IRAS na dimensão do SCIH, segundo a sua concordância em relação a afirmativas apresentadas no questionário. São Paulo; 2014.

Afirmativas	Grau de concordância				
	Concordo N (%)	Concordo fortemente N (%)	Estou indeciso N (%)	Discordo N (%)	Discordo fortemente N (%)
A) Há subnotificação pela falta de conhecimento dos profissionais sobre o processo de investigação de surto.	49 (57,7%)	4 (4,7%)	6 (7,1%)	24 (28,2%)	2 (2,4%)
B) A grande demanda de atividades a serem desempenhadas pelos profissionais da saúde, tanto assistenciais como da SCIH, fazem com que a notificação não seja feita corretamente devido à falta de tempo	27 (31,8%)	15 (17,7%)	3 (3,5%)	31 (36,5%)	9 (10,6%)
C) Eu não sei qual é o procedimento a ser seguido para notificar o surto para a vigilância epidemiológica/ sanitária.	7 (8,2%)	1 (1,2%)	5 (5,9%)	45 (52,9%)	27 (31,8%)
D) Os profissionais da área da saúde, tanto assistenciais como de SCIH, não conhecem o instrumento de notificação de surto e por isso não notificam corretamente.	21 (24,7%)	3 (3,5%)	14 (16,5%)	40 (47,1%)	7 (8,2%)
E) A falta de identificação da fonte de transmissão do agente infeccioso compromete a notificação do evento adverso	27 (31,8%)	10 (11,8%)	5 (5,9%)	29 (34,1%)	14 (16,5%)

Com relação à falta de conhecimento sobre investigação de surtos verificou-se que a maioria (62,4%; N=53) concordou que esse fator é limitante para a notificação de surtos, considerando-se a soma dos profissionais que concordaram e concordaram fortemente com essa afirmativa. Quando questionados sobre a influência da alta demanda de trabalho na não adesão à notificação, o grupo de participantes dividiu-se quanto às opiniões, sendo que 49,4% (N=42) concordaram (concordaram e concordaram fortemente) e 47,1% (N=40) discordaram (discordaram e discordaram fortemente) que isso de fato influencie na baixa adesão à notificação. Em relação ao conhecimento do procedimento a ser realizado para notificar um surto verificou-se que 84,7% (N=72) (concordaram e concordaram fortemente) sabem como notificar um surto e, 55,3% (N=47) discordaram (discordaram e discordaram fortemente) de que os profissionais não conheçam o instrumento de notificação. Observou-se que metade (N=43; 50,5%) dos profissionais discordou (discordaram e discordaram fortemente) que a falta de identificação da fonte de transmissão é um impeditivo para a notificação, mas 43,6% (N=37) concordaram (concordaram e concordaram fortemente), revelando que o grupo ficou dividido quanto às opiniões (Tabela 5.7).

O segundo grupo de questões aborda as limitações institucionais que influenciam na baixa adesão à notificação. Para estas questões houve o foco na influência da instituição na baixa adesão a notificação no tocante à possibilidade de punição ao profissional de controle de IRAS, se as unidades envolvidas no surto são punidas por notificá-lo e no receio da instituição em prejudicar a imagem institucional ao notificar um surto de IRAS (Tabela 5.8).

Tabela 5.8 - Percepção dos profissionais de controle de IRAS sobre as barreiras para notificação de IRAS na dimensão institucional, segundo a sua concordância em relação a afirmativas apresentadas no questionário. São Paulo; 2014.

Afirmativas	Grau de concordância				
	Concordo N (%)	Concordo fortemente N (%)	Fstou indeciso N (%)	Discordo N (%)	Discordo fortemente N (%)
A) Alguns profissionais deixam de notificar o caso de IRAS, pois temem que isso os prejudique.	40 (47,1%)	15 (17,7%)	2 (2,4%)	18 (21,2%)	10 (11,8%)
B) A diretoria da instituição pune as unidades que têm casos de IRAS notificados.	2 (2,4%)	2 (2,4%)	4 (4,7%)	46 (54,1%)	31 (36,5%)
C) A preocupação com a reputação da instituição em que trabalham interfere na notificação de um caso IRAS	28 (32,9%)	16 (18,8%)	4 (4,7%)	28 (32,9%)	9 (10,5%)

Verifica-se que 64,7% (N=55) concordaram (concordaram e concordaram fortemente) que muitos profissionais deixam de notificar surtos por temer que sejam prejudicados na instituição em que atuam. Quanto à punição interna pela administração das unidades envolvidas no surto 90,6% (N= 77) dos profissionais discordaram (discordaram e discordaram fortemente) de que isso aconteça. A maioria (51,7%; N=44) concordou (concordou e concordou fortemente) de que o receio de expor a imagem da instituição influencia na notificação do surto de IRAS.

Com relação à influência de fatores extra-hospitalares na notificação de surtos, nesse caso a interlocução da vigilância epidemiológica e sanitária, verificou-se que 42,3% (N=36) tiveram a experiência de notificar um surto e em 88,8% (N=32) houve atuação da vigilância epidemiológica e/ou sanitária na investigação em parceria com o SCIH. A maioria dos profissionais considerou a atuação da vigilância epidemiológica como positiva, enquanto que a atuação da vigilância sanitária foi considerada positiva por apenas metade dos profissionais (Tabela 5.9).

Tabela 5.9 – Avaliação da atuação das vigilâncias epidemiológica e sanitária em investigações de surtos de IRAS, segundo a percepção dos profissionais que tiveram a experiência em notificar o evento. São Paulo; 2014.

Setor de Vigilância	Atuação das vigilâncias na investigação de surto de IRAS		
	Positiva N (%)	Negativa N (%)	Não responderam N (%)
Epidemiológica	28 (87,5%)	4 (12,5%)	-
Sanitária	16 (50%)	9 (28,1%)	7 (21,9 %)

Nota. Apenas os profissionais que tiveram a experiência de notificar um surto de IRAS foram orientados a responder essas questões.

Observa-se ainda, que a maioria dos profissionais discordou de que a atuação da vigilância epidemiológica e/ou sanitária tenha sido punitiva no surto que vivenciou (Tabela 5.10).

Tabela 5.10 - Percepção dos profissionais de controle de IRAS sobre as barreiras para notificação de IRAS na dimensão extra-hospitalar, segundo a sua concordância em relação a afirmativas apresentadas no questionário (N=32)*. São Paulo; 2014. São Paulo; 2014.

Grau de concordância	Concordo N (%)	Concordo fortemente N (%)	Estou indeciso N (%)	Discordo N (%)	Discordo fortemente N (%)
Afirmativas					
A) Existem diferenças entre as ações da vigilância sanitária e da vigilância epidemiológica na abordagem do mesmo surto	19 (59,4%)	6 (18,8%)	5 (15,6%)	2 (6,3%)	-
B) A atuação da vigilância epidemiológica e/ou sanitária no surto que investiguei foi de caráter punitivo	1 (3,1%)	-	2 (6,3%)	21 (65,6%)	8 (25%)

Nota. *Apenas os profissionais que tiveram a experiência de notificar um surto de IRAS foram orientados a responder essas questões.

5.2 ABORDAGEM QUALITATIVA – GRUPO FOCAL

Os resultados da abordagem qualitativa foram divididos em duas sessões: a caracterização da população de estudo e os resultados das análises oriundas das entrevistas realizadas nos grupos focais.

5.2.1 Composição dos grupos focais

Os grupos focais foram conduzidos entre os meses de maio e agosto. Foram realizadas quatro sessões, sendo duas no município de São Paulo, uma em Campinas e a última em Ribeirão Preto.

Em São Paulo e em Ribeirão Preto o local eleito para realização das sessões foi a Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP) e em Campinas a

sessão foi realizada em um Hospital Público. O critério de escolha dos locais foi a facilidade de acesso aos participantes.

A partir de maio tentou-se contatar 97 profissionais, sendo realizado um total de 224 contatos (email e/ou telefone), ou seja, houve necessidade de acessar alguns profissionais mais de uma vez, média de 2,3 contatos por profissional. Obtiveram-se contatos com apenas 60% (N=59), nos os profissionais responderam o e-mail ou foi possível acessá-lo por telefone. Dentre os profissionais contatados, apenas 59% (N=35) aceitaram participar e houve o comparecimento nas sessões de 62% (N=22) dos profissionais que aceitaram participar dos grupos focais. Os resultados do recrutamento dos grupos focais estão apresentados na Tabela 5.11.

Tabela 5.11 – Distribuição do número de profissionais convidados, número de contatos, número de respostas obtidas, número de profissionais que aceitaram e que estiveram presentes segundo o município de realização dos grupos focais. São Paulo; 2014.

Município	Profissionais convidados (N)	Contatos realizados (N)	Respostas obtidas* (N)	Profissionais que aceitaram (N)	Profissionais presentes N (%)
São Paulo	65	113	32	19	14(73%)
Campinas	19	68	16	9	4 (44%)
Ribeirão Preto	13	43	11	7	4 (57%)

Nota. * Trata-se de email respondido ou ter conseguido acessar um profissional por telefone.

Houve a participação de 13 (59%) enfermeiros e 9 (41%) médicos, verificando-se uma participação não tão discrepante entre as categorias profissionais. Observou-se que nas cidades de Campinas e Ribeirão Preto os grupos eram compostos igualmente (50%) por médicos e enfermeiros. A duração média dos grupos focais foi de 1:26h (Tabela 5.12).

Tabela 5.12 – Composição dos grupos focais e duração da sessão, segundo o município de realização dos grupos focais. São Paulo; 2014.

Município	Total de Participantes (N)	Enfermeiros (N)	Médicos (N)	Duração da sessão
São Paulo	7	5	2	1:46 h
São Paulo	7	4	3	1:30 h
Campinas	4	2	2	1:10 h
Ribeirão	4	2	2	1:20 h
Preto				

5.2.2 Caracterização da população do estudo

Para caracterização do grupo de participantes foram enviados questionários posteriormente aos grupos focais, com mesmas informações requeridas aos participantes da abordagem quantitativa (caracterização profissional e caracterização da instituição em que atua). Apenas 17 participantes responderam os questionários.

5.2.2.1 Caracterização profissional

Os participantes têm, em média, 38 anos de idade (mediana de 33 anos), o tempo médio de atuação em SCIH de 8,1 anos (mediana de 7 anos) (Tabela 5.13).

Tabela 5.13 – Distribuição do tempo de atuação em SCIH em anos dos participantes dos grupos focais. São Paulo; 2014.

Intervalo de tempo de atuação em anos	N	%
< 1 ano	3	17,6%
> 1 - 5 anos	5	29,4%
> 5 - 10 anos	5	29,4%
> 10 - 20 anos	3	17,6%

> 20 anos	1	5,9%
Total*	17	100,0%

Nota. *Total refere-se ao número de participantes que responderam o questionário da caracterização profissional e caracterização da instituição

Em relação à formação, 88% dos participantes têm algum tipo de formação específica em controle de IRAS (Gráfico 2).

Gráfico 2 – Distribuição da formação complementar em prevenção e controle de IRAS dos participantes dos grupos focais inquérito. São Paulo; 2014.

Nota. Baseado no número de participantes que responderam o questionário da caracterização profissional e caracterização da instituição

Legenda: IRAS (Infecção Relacionada à Assistência à Saúde); APECIH (Associação Paulista de Epidemiologia e Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde)

5.2.2.2 Caracterização institucional

A maioria dos participantes (88%; N=15) tem vínculo profissional com instituições públicas, e essas instituições tem, em média, 297 leitos de internação (mediana de 257 leitos) com variação de 50 a 625 leitos (Tabela 5.14).

Tabela 5.14 – Distribuição das instituições hospitalares segundo número de leitos. São Paulo; 2014.

Distribuição números de leitos	N	%
Até 49 leitos	-	-
50 - 149 leitos	3	17,6%
150 - 299 leitos	8	47,1%
300 leitos ou +	6	35,3%
Total*	17	100,0%

Nota. *Total refere-se ao número de participantes que responderam o questionário da caracterização profissional e caracterização da instituição

A maioria das instituições 94% (N=16) possui unidades de atendimento a pacientes críticos, sendo que 94% (N=16) das instituições têm leitos de UTI adulto, 88% (N=15) possuem leitos de UTI pediátrica, 71% (N=12) leitos há leitos de UTI Neonatal, 29% (N=5) possuem leitos para realização de transplantes e, em 23% (N=4) das instituições há leitos para onco-hematologia.

Em relação à localização do laboratório de microbiologia, observa-se que a maioria fica alocada na própria instituição e um profissional (Tabela 5.15).

Tabela 5.15 - Distribuição dos hospitais que possuem laboratório de microbiologia alocado na instituição, segundo número de leitos da instituição. São Paulo; 2014.

Distribuição Números de leitos da instituição	Total de hospitais	Laboratório de microbiologia na instituição	
		N	%
50 - 149 leitos	3	-	-
150 - 299 leitos	8	8	100%

300 leitos ou +	6	6	100%
Total de hospitais*	17	14	82,4%

Nota. *Total refere-se ao número de participantes que responderam o questionário da caracterização profissional e caracterização da instituição

5.2.2.3 Caracterização do Serviço de Controle de Infecção

Todas as equipes de SCIH em que os profissionais estão inseridos são compostas por médicos e enfermeiros, em 82% (N=14) das equipes há uma auxiliar administrativo e, em apenas uma instituição há um farmacêutico na equipe (5,8%). A relação entre número de enfermeiros e médicos é, em média, 4:3 profissionais.

Com relação à estrutura de recursos humanos observou-se uma média de 1,4 profissionais a cada 100 leitos. A média de horas de trabalho semanais de toda a equipe do SCIH (somando-se todos os profissionais) a cada 100 leitos é de 46h, sendo a mediana de 47h. A média de horas semanais dedicadas somente para ação de vigilância epidemiológica das IRAS foi de 14h a cada 100 leitos, sendo a mediana de 12h, correspondendo a 33% de toda a carga horária da equipe. As ações de vigilância são, em sua maioria, baseadas em busca mista (passiva e ativa), correspondendo a 76% (N=13) das instituições, sendo que 24% (N=4) dos profissionais relataram que em sua equipe só é realizado busca ativa. Não houve relato da realização de busca passiva somente.

Com relação à estrutura física em todas as instituições há uma área física exclusiva para o SCIH e todos os serviços dispõem de computador e internet. Em 64% (N=11) dos SCIH há disponibilidade de impressora e em 41% (N=7) dos serviços contam com FAX. Verificou-se ainda que em apenas um serviço (6%) não tinha acesso à linha telefônica.

5.2.3 Limitações para investigação e controle do surto

Os resultados da análise de conteúdo foram divididos em duas etapas: as limitações para investigação e controle do surto e as barreiras para notificação dos surtos.

No processo de análise verificou-se a necessidade em separar as categorias principais em três dimensões: a) o serviço de controle de infecção, b) o meio intra-

hospitalar, ou seja, instituição em que o SCIH está inserido e c) o meio extra-hospitalar, que se traduz em fatores externos à instituição que influenciam a investigação de surtos.

No Quadro 7 está sintetizada a análise de conteúdo que, em seguida, será descrita em detalhes.

Quadro 7 – Categorias elaboradas baseadas na análise de conteúdo dos achados das entrevistas dos grupos focais sobre o tema limitações para investigação de surtos. São Paulo; 2014.

Dimensões	Categoria Principal	Subcategoria
SCIH	Dificuldade em transpor para a prática o conhecimento técnico sobre investigação de surtos	-
	Fragilidade nos processos de trabalho	Não priorização de análises de dados epidemiológicos
		Falta de planejamento das ações de controle de IRAS; o trabalho sob demanda
		Interação insuficiente com unidades afetadas pelo surto
Instituição Hospitalar	Cultura organizacional com pouco envolvimento em questões relacionadas à segurança em controle de IRAS	Envolvimento e apoio insuficiente da alta direção com o trabalho do SCIH
		Envolvimento insuficiente da coordenação da unidade afetada com a investigação do surto
		Dificuldade de compreensão das áreas envolvidas sobre o papel do SCIH na investigação e no controle do surto
		Não valorização institucional da qualidade dos dados de epidemiologia hospitalar
	Limitações técnicas e estruturais do laboratório	-
	Perfil institucional	Características da equipe envolvida no surto Tipo de gestão da instituição: pública ou privada

Dimensões	Categoria Principal	Subcategoria
Extra - Hospitalar	Formação do profissional de SCIH insuficiente para investigação de surtos	-
	Suporte do laboratório de referência do Estado é insuficiente	-

Fonte: Elaborado pela própria autora.

5.2.3.1 O serviço de controle de infecção hospitalar:

a) Nessa dimensão foram identificadas duas categorias principais **“Dificuldade em transpor para a prática o conhecimento técnico sobre investigação de surtos e Fragilidade nos processos de trabalho”**.

b) Categoria principal - Dificuldade em transpor para a prática o conhecimento técnico sobre investigação de surtos

Nas entrevistas essa categoria emergiu diante da discussão sobre a dificuldade técnica que a equipe do SCIH tem para confirmar de forma segura o a existência surto, o seu início e fim, segundo os dados epidemiológicos da instituição. Sendo assim, a dificuldade, segundo os participantes, não está na definição conceitual do que é surto, mas sim na dificuldade em transpor esse conhecimento na prática, ou seja, traduzir os dados epidemiológicos para a tomada de decisão.

Eu acho que a questão de surto já começa com a definição. O que é surto. Surto é um aumento inesperado, mas o que é um aumento inesperado? Tem que conhecer a prevalência, tem que conhecer os dados e nem sempre a gente tem um banco de dados estruturado para fazer aquela linha do limite superior e o limite inferior da incidência de infecção ou mesmo de colonização. Então uma primeira dificuldade é isso. Então é essa dificuldade do que é surto. Mesmo quando a gente lê já pensando quando a gente já tem, ok estamos diante de surto. São vários passos ao mesmo tempo, a gente estudou isso várias vezes. Só que os passos são todos concomitantes, não tem uma coisa seguida da outra. (KA)

E no dia a dia, por exemplo, eu sinto essa dificuldade na definição de que vai ser caso [...]O que a gente vai considerar? Até pra gente nessa questão, quando que é o tempo, quando que começa, acho que aquelas coisas de definir quem, onde e quando, são momentos que a gente para pra fazer não e aí? Vai ser aqui? É só aqui? Veio de acolá também entra? Vai incluir lá? Então definir o caso considerando respondendo a essas três perguntas, eu... sempre me angustio um pouco porque eu fico com medo de ...de repente fazer uma definição muito sensível ou por outro lado uma definição pouco sensível e perder ...e perder situação.(ZD)

Essa dificuldade não é exclusiva da definição do início do surto, mas também de como definir que o surto já está finalizado. Isso acarreta na preocupação do SCIH em estender ações para controle do surto e, por consequência, na continuidade do aumento de custos e aumento de carga de trabalho da equipe envolvida sem ter a certeza de que tais ações ainda são necessárias.

Uma questão que é assim que eu acho ... que eu pensei agora é a questão do encerramento da... do surto ... [...] Mas eu...mas o que está me angustiado agora é quando que eu defino que eu não... que eu fechei o surto... porque agora eu sai de férias a UTI adulto estava com um surto de kC,

voltei e a UTI continua tendo kC colonizado e eventualmente tendo alguns casos de infecção. A pergunta é quando eu vou definir que eu ... é vou continuar fazendo isolamento colocando metade da UTI está tendo colonização pelo germe? Vou manter as coletas de swaps de vigilância semanal? Vou manter é assim o que está é a minha queixa que eu estou vivendo isso agora então pode ser que isso está, é então quando definir que olha não é mais surto e ficou endêmico. [...] vou levantar publicação pra ver qual é o critério que eu vou utilizar pra definir que olha infelizmente eu não consegui controlar é... a gente vai manejar isso de outra forma não como surto. Parar de coletar de no caso, nesse caso a gente faz coleta semanal de cultura de vigilância. Coloca todos os pacientes em isolamento, os colonizados, faz a limpeza e mudou completamente a rotina de limpeza, em vez da terminal ser a cada sete dias está sendo a cada 48h. Então assim toda uma demanda que eu tenho que pensar se nesse momento além das outras medidas que foram feitas de treinamento, retorno a unidade é agora eu ainda tenho, eu penso o quanto isso... se isso não foi eficiente se vale a pena a gente continuar é a pergunta é quando, o que eu vou utilizar como critério de encerramento de um surto que não terminou? Que ele se tornou outro...se tornou endêmico. (ZE)

Essa angustia de quando encerra, por exemplo, eu percebo alguns surtos que eu tive oportunidade de viver, oportunidade né (Risos no grupo), que tive a infelicidade de viver. E...que talvez pudesse ser relacionado a alguma fonte única aí fica bem claro né a hora que termina e aí aquela... alívio mesmo quando não consegue identificar a fonte. [...] Só que essas situações quando você não tem fonte única e que tem esse papel de transmissão via profissional e via um processo inadequado e via... quer dizer quando você se livra do problema...é eu acho que são esses que me angustiam mais né...porque a fonte bem ou mal o negócio acaba então não...agora isso me angustia muito né.(ZD)

Verifica-se que a dificuldade em definir surtos de IRAS é maior quando se envolve microrganismos multirresistentes que já são endêmicos na instituição, os participantes relatam que ficam inseguros em afirmar a ocorrência de um surto nessas situações.

A definição de surto ninguém tem dificuldade, nem eu nem as pessoas. [...] Agora como as bactérias hospitalares, nós estamos falando de IRAS, elas ocorrem sazonalmente e a gente tem essa dificuldade, não dificuldade de entender a definição, mas de olhar para os dados e ver se eu estou tendo aumento e surtos. Se é que eu posso chamar desse jeito. Tem a ocorrência de dois *Acinetobacter* no mês, três *Acinetobacter* no outro, quatro *Acinetobacter*, dois *Acinetobacter*. E daí quando eu tiver sete *Acinetobacter* naquela enfermaria eu estou tendo um surto? A gente não para para pensar se é um surto, é isso que eu quero dizer. Não é que a gente não saiba o que é um surto ou o que é uma definição. (XD)

Acho que a primeira dificuldade é você identificar que está vivendo um surto. Acho que relatar a bactéria multirresistente isso é até um pouco difícil, porque em hospital grande com muitos leitos de CTI você acaba achando que é habitual e normal você ter casos e assim, esse surto de *Acinetobacter* não foi um surto de um mês, foi uma coisa que aconteceu ao longo do tempo e até se perceber que aquilo é... porque assim você começa a ter casos e até difícil de você identificar. Acho eu primeiro é determinar a existência do surto. (YA)

Em relação a quando é um surto a gente fica com dificuldade mesmo em sempre discutir com a vigilância sanitária quando considerar um surto quando a gente já tem na instituição tantos pacientes colonizados. [...] Então assim na questão das multirresistências para gente nós isolamos diariamente de cinco a oito pacientes com microrganismos resistentes a carbapenêmicos e então sinceramente já é quase endêmico. Então quando a gente tem o alerta e começa a pensar que isso pode ser um surto isso é uma dificuldade bastante grande, como a YA colocou. [...] (YB)

Com doenças novas é fácil, escabiose foi um surto, eram quatro meses e não sei quantos casos, taxa de ataque altíssima. [...] Então a gente não tem como XD disse dificuldade de um surto muito

claro, você perceber que ele ocorreu, mas essas doenças, esses agentes[refere-se as bactérias multirresistentes], vamos supor que já são endêmicos no hospital a gente de fato não vai lá colocar...até por isso, até porque é isso né, você está no dia a dia, você está fazendo.(XA)

c) Categoria principal - Fragilidade nos processos de trabalho

Nessa categoria foram identificadas três subcategorias (Quadro 7): **“Não priorização de análises de dados epidemiológicos, falta de planejamento das ações de controle de IRAS: o trabalho sob demanda e interação insuficiente com unidades afetadas pelo surto”**. Nas discussões emergiram temas relacionados à organização interna do SCIH para realização do trabalho, bem como na interação multiprofissional do serviço para realização de ações de controle e prevenção de IRAS.

Com relação à subcategoria **“Não priorização de análises de dados epidemiológicos”** observa-se que a vigilância epidemiológica das IRAS, nesse caso a investigação de surto, é prejudicada por uma maior valorização de outras atividades pela equipe, sendo assim as atividades de trabalho com foco nos dados epidemiológicos ficam em segundo plano. Percebe-se nas falas dos entrevistados que a vigilância, ou o trabalho desenvolvido a partir dos dados oriundos da vigilância não é a prioridade no cotidiano do SCIH:

Eu também senti que existem essas dificuldades [refere-se à realização da investigação] e acho que no dia a dia a gente tem tantas demandas, tantas atividades que acaba valorizando outras coisas e que vai com uma resposta melhor.(XC)

Notificar o surto tem que descrever o surto, o primeiro caso, fazer o gráfico, calcular a taxa de ataque, você tem que fazer um dossiê de duas ou três páginas e que pelo nosso volume de trabalho a gente abandona no meio do caminho.[refere-se às ações de investigação do surto] (XD)

[...] E daí teve bem essas duas coisas, é claro que qualquer surto, a gente corre atrás do prejuízo, a vigilância ela consegue sempre prever ou prevenir um surto. Quer dizer você pega o surto e tentar fazer com que ele não atinja grandes proporções. Infelizmente a nossa vigilância não é tão boa assim, a gente sempre corre atrás do prejuízo.(XA)

O manejo de dados epidemiológicos não é prioridade e, sendo assim, o volume de trabalho gerado com a necessidade de introdução de ações para controle do surto, ou em alguns casos na suspeita de que está ocorrendo o surto, tornam-se prioridade. A investigação não é iniciada ou é interrompida para priorizar a implantação das medidas de controle.

[...] por exemplo, se você está dentro de um hospital e você está tendo um caso, tem mês que você não tem e de repente você tem cinco casos, na verdade parece que num primeiro momento como essa infecção já ocorre ali dentro normalmente, você nem.... você falar que é um surto ou não... parece que não faz muita diferença... a percepção que a gente tem é o seguinte: Voltou a aumentar o número de casos, vamos lá ver o que está acontecendo, rever os processos, ver o álcool, está faltando álcool...mas assim colocar no gráfico, ver se ele ultrapassou o limiar que esperou, isso a gente certamente a gente não faz. [...] A gente parou para fazer aquele estudo daquele surto e as coisas estão acontecendo, situações estão acontecendo diariamente por não ser uma coisa nova.(XA)

[...] mas o que me deixou frustrada nesse surto é que efetivamente a gente não conseguiu planilhar. Eu consegui, mas não todos os casos, de colonização, pra ver o diferencial pra ver todos aqueles esses pacientes. Não só os casos a gente começa a ver tudo o que acontece na unidade e ficou pela metade a planilha e aí aconteceram outras coisas e aí acabou que ficou os papéis e eu falei não “não vai ficar no armário e depois vai digitar isso aí” e infelizmente a gente não voltou. Então eu acho que o que pra mim hoje pensando na experiência que eu tive foram poucas, mas que eu tive com investigação de surto é que falta um tempo às vezes hábil pra você pensar em tudo isso, dar treinamento, análise dos dados, você tem que ficar ali dentro da unidade [...] mas realmente você operacionalizar tudo isso é realmente é dificultoso, porque dependendo da quantidade de pessoas que você tem e normalmente só o controlador de infecção tem o conhecimento às vezes para fazer isso [...].(KD)

Na subcategoria **“Falta de planejamento das ações de controle de IRAS: o trabalho sob demanda”** pode-se observar que planejamento das atividades de prevenção e controle de IRAS ocorre conforme a demanda diária de trabalho, ou seja, é uma organização de trabalho passiva aos problemas apresentados pela instituição. Não há o planejamento das ações previamente, elencando as ações prioritárias e utilizando os dados epidemiológicos para subsidiar as tomadas de decisão.

O RH ele é um dificultador, apesar eu acho que no serviço de controle de infecção a gente trabalha o dia a dia, com hoje “Qual é o problema do dia? Qual é a situação do dia?” então a equipe acaba tendo, não sei se é uma facilidade, mas é o jeito de trabalhar os problemas diários, de tentar resolver as situações que acontecem inesperadas no hospital.(XC)

Não que a gente não quer[refere-se à realização da investigação de surtos], é que muitas vezes a rotina e a demanda de trabalho intensa fazem com que a gente fique preso numa redoma que a gente não chega ano, final do ano e fala “nossa tem que encerrar tal coisa”... e se a demanda de trabalho é muito intensa... então eu acho que o hospital perde quando você trabalha tanto e você não mostra esse seu dado[refere-se aos dados da investigação]. (XB)

A subcategoria **“Interação insuficiente com unidades afetadas pelo surto”** trata sobre a baixa interação, prévia a ocorrência do surto, do SCIH com a unidade envolvida. Essa baixa interação influencia no sucesso da investigação, pois a equipe da área afetada não enxerga que o problema “surto” é de toda a instituição e que se deve trabalhar de maneira multidisciplinar para realização de ações necessárias para investigação e controle do agravo.

[...] mas a interação com a unidade pode ser tudo ...dos dois lados...se você ter uma boa integração com a unidade o... a resolução do surto ela se dá de uma forma completamente diferente com um local que você não tem uma ...por alguma razão sua ou do outro (Risos entre todos os participantes, revelando que vivenciam a mesma experiência)da unidade que você não conseguiu né colocar o pé na unidade como uma forma consistente, de que te reconheça que você esteja lá ...(ZE)

[...] eu concordo plenamente, e eu acho, a KA até já falou isso. A unidade começa a encarar dependendo da forma como o controle de infecção vai preparando a unidade antes que aconteçam os surtos. E isso é uma preparação mesmo, o controle de infecção tem que estar próximo da unidade, eles têm que entender o que é isso. As reuniões da CCIH tem que ser. ..olha o coordenador não aparece... você tem que ir lá numa boa... e às vezes não... tem momentos que você pensa em convocar, mas acho que é muito empatia, o controle de infecção acaba mostrando para a unidade que aquilo é importante. Eles acabam participando do processo quando eles entendem que aquilo é importante para a unidade. Então eu tenho algumas experiências de unidade que não aceitam, e você com muita insistência... com muita insistência mesmo você leva os dados para eles, fazendo eles entenderem que aquilo faz a diferença.(KD)

Para conduzir com certeza o apoio da equipe o envolvimento, realmente eles entenderem que aquilo é importante e eles estarem junto com você para conduzir isso, porque ninguém conduz surto sozinho, a CCIH não consegue controlar um surto sem a ajuda de todos os profissionais.(YB)

5.2.3.2 A instituição hospitalar

Nessa dimensão foram identificadas três categorias principais **“Cultura organizacional com pouco envolvimento em questões relacionadas à segurança em controle de IRAS”, “Limitações técnicas e estruturais do laboratório” e “Perfil institucional”**.

a) Categoria principal: Cultura organizacional com pouco envolvimento em questões relacionadas à segurança em controle de IRAS

A primeira categoria principal reúne aspectos institucionais ligados a uma cultura organizacional desfavorável a controle de IRAS criando um cenário de suporte frágil para investigação de surtos, uma vez que equipe não encontra apoio administrativo, nem junto às equipes envolvidas para executar tarefas de investigação e controle do agravo.

Essa categoria principal reúne cinco subcategorias: **envolvimento e apoio insuficiente da alta direção com o trabalho do SCIH, envolvimento insuficiente da coordenação da unidade afetada com a investigação do surto, dificuldade de compreensão das áreas envolvidas sobre o papel do SCIH na investigação**

e no controle do surto e não valorização institucional da qualidade dos dados de epidemiologia hospitalar.

A subcategoria **“Envolvimento e apoio insuficiente da alta direção com o trabalho do SCIH”** aponta a importância do envolvimento da alta direção com o trabalho do SCIH, destacando-se as ações de investigação e controle de surtos, e como esse envolvimento insuficiente pode-se tornar uma barreira para o manejo do surto. Nas discussões foram identificados dois tipos de ações oriundas desse envolvimento insuficiente: a falta de reconhecimento, valorização e legitimização das ações/recomendações do SCIH e a falta de apoio financeiro (aquisição de equipamentos de proteção individual, recursos humanos, reformas, exames laboratoriais, etc).

Então eu acho que o apoio para a gente que faz o controle de infecção o apoio da alta direção é essencial para qualquer atividade, qualquer e numa situação como essa [refere-se ao surto] se até a alta direção vê como um problema que você está, realmente é um problema e se a gente não trata como um problema a gente vai ter...a gente teria consequências maiores. Então eu acho que é um ponto forte também é se pensar o quanto a instituição se organiza em torno de um problema. (YA)

Se você esta numa instituição [refere-se à alta direção] em que ela não acredita ou não compra o serviço realmente é impossível levar a frente qualquer tipo de trabalho ainda mais em situação de surto. (YA)

Se não tivermos ajuda da diretoria a gente estipular uma meta que vai nadar, nadar, nadar e morrer na praia e não vai conseguir avançar nenhum passo. A gente não consegue às vezes mudar um fornecedor se não tiver o envolvimento da diretoria, a gente não consegue comprar um determinado material se não tiver o envolvimento a diretoria, porque se a gente não conseguir convencer com números e com valores você não consegue fazer nada nem no público nem no privado. Se você está com um problema de um surto respiratório, você acha que se você não conseguir mais o número de máscaras adequadas, senão tiver um envolvimento da diretoria que vai entrar com outras instâncias, com outras comissões.[...](ZA)

Na subcategoria **“Envolvimento insuficiente da coordenação da unidade afetada com a investigação do surto”** ocorre a discussão sobre como a falta de envolvimento da coordenação local do setor envolvido no surto afeta negativamente a investigação e controle do surto. O não envolvimento do gestor local reduz a adesão às recomendações do SCIH pela equipe".

Eu acho que quando a outra coisa é que depende de questão de chefia, quando você envolve a chefia e a chefia daquele setor entende a gravidade é muito mais fácil você ter adesão. Se você tem uma chefia que não acredita naquilo, não apóia, a CCIH pode chorar todos os dias, ela não vai ter o mesmo impacto, acho que talvez tenha essa diferença. (YA)

Eu estava comentando esta questão de toda a equipe incorporar, tem o outro lado também, porque nem todo o surto tem final feliz, então é o que a gente vivencia lá no isolamento de contato. Aí

o coordenador da UTI ele fala "Poxa você não está vendo ali, na tua cara ali, ele quebrando o isolamento de contato", eu já cansei de falar, eu não vou ficar aqui perdendo meus cabelos que são poucos, vou enfartar ainda, então já não falo mais. Então já tem o aviso, já sabe, já foi orientado, eu não vou falar mais nada. Eu cansei de falar. [...] (KG)

Até um pouco a situação contrária... daquelas que você fala "Gente está tendo um surto", daí não "Não está, não tem infecção aqui, isso está na sua cabeça, não....não tem infecção". E aí acaba ficando uma situação um pouco inviável, à medida que a pessoa [refere-se ao gestor local] não quer nem admitir que tem um problema lá, eu acho muito difícil a gente fazer alguma coisa para ajudar. Afinal de contas se a pessoa não quer ajuda a gente não consegue ajudar. (KB)

Na subcategoria **"Dificuldade de compreensão das áreas envolvidas sobre o papel do SCIH na investigação e no controle do surto"** revela-se que a equipe multiprofissional envolvida não tem a clareza sobre as responsabilidades de cada profissional no controle do surto e não enxerga o SCIH como uma equipe de suporte "científico" na resolução dos problemas advindos com a situação de surto. Dessa forma, não executa ações de sua responsabilidade, pois acredita que por ser uma demanda ligada a um surto de IRAS é apenas o SCIH que deve executar. Essa problemática acarreta num maior acúmulo de tarefas para o SCIH desviando o foco da equipe de ações que de fato lhes pertencem, como a investigação do surto propriamente dita.

Era difícil convencer a assistente social de que ela ia chamar as pessoas [referindo-se a convocação dos pacientes para introdução de quimioprofilaxia para tuberculose], parecia que ela ia fazer um favor para ela telefonar. Eu tive que um dia subir e falar me dá a lista que eu ligo. [...] "mas eu não estou aqui para isso.." no caso da assistente social, a pessoa não entende que ela deve ligar para a família. (XD)

Como fazer acontecer [a adesão as recomendações para controle do surto] então eu acho que o único jeito é a supervisão. Seria da CCIH a supervisão? Eu acho que não! Eu acho que a supervisão tem que ser da gestão, de quem está, dos gestores, dos supervisores de cada uma das áreas. (YB)

O que eu vivenciei durante a residência na verdade foi um surto na UTI, de VRE e convivendo com as pessoas que estão lá ainda e que continuam até hoje, porque não foi controlado, mas é que a coordenação assim não se envolveu assim. Não tomou para si a questão, VRE é problema da CCIH, eles que instituem as medidas, a função de checar os swabs, começar a fazer coleta de swabs de vigilância, checar resultado é da CCIH, de avisar se veio positivo ou negativo é da CCIH, de se preocupar com tudo é da CCIH. (KG)

E no decorrer das coisas [durante o controle do surto] aí começa a faltar avental, aí não tem avental, ok.... a preocupação de ir atrás do avental é da CCIH não é da UTI? (KG)

Na subcategoria **"Não valorização institucional da qualidade dos dados de epidemiologia hospitalar"** os participantes discutiram como não ter acesso a sistema de informação prejudica a gestão de dados sobre a vigilância de IRAS,

podendo acarretar numa dificuldade de identificar surtos em tempo hábil. Além disso, relatam a importância da tecnologia de informação por facilitar a organização dos dados, proporcionar agilidade nas informações e fornecer maior segurança e qualidade para gestão dos dados de epidemiologia hospitalar.

Então por isso que eu falo que o sistema te ajuda um pouquinho a gente no tempo hábil. Porque até você levantar tudo e mostrar todos os exames, mostrar sua colonização só com a planilha de Excel às vezes demora muito. A gente não tem isso pelo menos acha péssimo. Então isso eu acho depende da instituição a gente tem que tentar investir no controle de infecção, porque em otimizar o tempo então a gente perde muito tempo tentar resgatar uma coisa que não facilita o dia a dia. Então a gente tem isso no trabalho hoje, tem um sistema que ajuda e então a gente consegue puxar do sistema as análises e divulgar isso para a vigilância ou pra quem questiona, então tem um quadro melhor para você tentar controlar um surto.(KC)

Identifica-se nas falas que a tecnologia de informação favorece a interação com as áreas, de forma rápida e com qualidade, uma vez que o SCIH depende de informações de outros setores (por exemplo, o laboratório e a farmácia) e fornece dados para diversas outras áreas (por exemplo, as unidades de internação e a medicina do trabalho).

Eu já tive várias experiências, mas nunca tive um sistema desse bonito que alerta, que apita, que faz tudo sozinho. Mas nós já fizemos um banco de dados, a gente pegava limite superior e inferior de cada unidade e falava com os coordenadores. A gente consegue isso por um tempo, mas depois.... A gente precisa de um sistema, a gente precisa de um investimento para que o controle de infecção possa atuar em conjunto, todo mundo em conjunto médico, enfermeiro, medicina do trabalho, enfim o hospital como um todo, todos os coordenadores o que é uma dificuldade.(KF)

A gente não tem o mínimo sistema [...] Hoje eu estou num local em que vem uma planilha do laboratório diária em pdf que eles não conseguem gerar um Excel® que a gente faz um copia e cola para começar a pensar em planilhar para daí fazer um gráfico de multirresistentes, para fazer o perfil. Então isso demanda muito tempo e por isso eu jogo de novo que por mais que você tem estrutura, então a gente que não tem estrutura fica muita coisa para o controlador e dependendo da equipe que você tem fica muito difícil, porque mal a diretoria te dá apoio porque se você tem essa realidade, você imagina que financeiramente não se dá muito apoio para as questões de qualidade.(KD)

b) Categoria principal - Limitações técnicas e estruturais do laboratório.

Nessa categoria principal “**Limitações técnicas e estruturais do laboratório**” foram identificadas discussões sobre as limitações em fornecer serviços de identificação microbiológica de qualidade e capacidade estrutural do laboratório em receber amostras, ou seja, capacidade de processar um maior número de amostras

em situações de surto e falta de técnicas laboratoriais de discriminação clonal do agente por meio de técnicas de biologia molecular.

Com relação à qualidade técnica do laboratório verificou-se nas falas a importância do laboratório na definição e investigação do surto e a necessidade de se ter um serviço que forneça informações corretas que dêem segurança nas tomadas de decisão do SCIH, como por exemplo, definição do surto e a definição de ações baseadas no tipo de agente etiológico isolado.

É o que eu ia falar do laboratório, é assim...é o que também a gente tem a fragilidade em relação ao apoio do laboratório.... que ele...ele é, se ele é bom ele ajuda e se é ruim é um desastre... então desde de ter identificação é...no meu caso eu tive uma experiência [...] aconteceu de um surto numa unidade neonatal em que a gente faz vigilância de ESBL há...que praticamente tem casos e a gente faz, a gente considera como surto....e era sempre Klebsiella e nesse caso veio novamente o surto de Klebsiella só que com uma evolução muito atípica porque a gente não conseguiu controlar da mesma forma inclusive com óbitos... foi pra mídia e é... e a gente fez as medidas, todas as medidas e a gente conseguiu só que a posteriori é....no meu caso esse hospital do município ele, a gente manda todas as amostras de ESBL a gente manda para o Adolfo Lutz. E qual a minha surpresa vem outra espécie que nunca tinha tido no hospital, em vez de Klebsiella veio Serratia que tinha sido identificado, que nunca tinha sido identificado na unidade neonatal.(ZE)

Outra questão de... de...e pode também atrapalhar,provavelmente falo agora agora é assim num hospital provavelmente se está em curso, mas tem um pseudo surto de Staphylococcus aureus, infecção da corrente sanguínea por Staphylococcus aureus e que acontece... e pseudo surto de infecção da corrente sangüínea associada a cateter porque o profissional que está no laboratório era o mesmo, mas ele fez um curso X que orientou ele na mudança da metodologia de identificação, diferenciação entre Staphylococcus aureus e coagulase negativa, ele começou a... aparentemente é isso está de... o que era coagulase negativa identificar como Staphylococcus aureus pela mudança na metodologia. E ter um surto de Staphylococcus aureus e de um surto de infecção da corrente sanguínea. Por quê? Se é coagulase negativa numa amostra você vai ter um olhar, se é Staphylococcus aureus vai ter de notificar. É o ajudar e não atrapalhar. (ZE)

Outra questão discutida foi a falta de técnicas laboratoriais de discriminação clonal do agente, dificultando a identificação da cepa envolvida no surto e, conseqüentemente, a definição dos casos envolvidos no surto.

O que eu ia comentar é justamente são as dificuldades com o laboratório. [...] Então por exemplo, para ver clonalidade para ver se é a mesma cepa... olha é isso é artigo de luxo! [Risos entre os participantes representando a concordância com a entrevistada]. Então é isso a gente vê que fora do Brasil eles fazem e assim é normal... [Todos se envolvem na discussão e dizem é normal]. É normal o laboratório tem um banco de dados de todas as culturas, perfil de sensibilidade, eles tem desde a década de oitenta e eu brigo até hoje no meu hospital para ter alguma coisa nesse sentido. Então acho que a gente precisa avançar muito na questão do laboratório.(KA)

E a outra dificuldade é principalmente quando envolve uma bactéria multirresistente ou algum agente de transmissão é a identificação, a gente não tem identificação molecular adequada. Isso é muito difícil porque você não consegue realmente determinar quem de fato quem faz parte de um surto, você pressupõe por achados de microbiologia, mas não por análise molecular. (YA)

Com relação à falta de capacidade estrutural os participantes relataram a questão do laboratório não conseguir processar todas as amostras necessárias na investigação do surto, nesse caso, as culturas de vigilância para identificação de casos novos.

A dificuldade que nós tivemos nesse caso [investigação do surto] foi com relação de ampliar ainda mais as culturas de vigilância ainda porque, na verdade, o laboratório de microbiologia acabou ficando sobrecarregado, porque nós tivemos, porque nós ampliamos muito a coleta de material e então ficou uma coleta duplicada, não só para VRE, mas também começou a ter para kpc, que é uma técnica muito mais complexa do que a vigilância para o VRE. Então houve uma resistência inicial do laboratório, mas assim ela acabou sendo vencida pela realidade. (XA)

E o laboratório de microbiologia também, para você fazer uma cultura de vigilância, que é trabalhosa, sem falar na questão do custo, inclusive que não foi colocado, mas a limitação que o laboratório coloca para a gente é técnica, de espaço, de pessoal para fazer. Então, por exemplo, com relação a KPC a gente não está fazendo cultura de vigilância, porque o laboratório fala que não tem condições. (XA)

[...] Então a gente teve um apoio laboratorial, mas desde o começo eles reclamaram, por causa do trabalho, porque tiveram que desviar pessoas de funções, a princípio assistenciais. “Você não vai fazer hemocultura, vai fazer cultura de urina, a cultura do líquido” que para o laboratório é muito mais importante do que fazer uma cultura de vigilância. [...] Então para os dirigentes do laboratório, nesse contexto de falta de pessoal, é claro que procuram priorizar que eles julgam que é mais importante. Então no Hospital Y nós tivemos um apoio inicial, mas a todo o momento questiona se ainda precisamos. Aqui foi pior, porque apesar de eles saberem a importância eles falam que não tem como fazer. Simplesmente. É claro que nós não tivemos como obrigar e então nesse ponto houve uma barreira mesmo e não conseguimos fazer. Então a gente não faz e nem manda para fora fazer.[...] (XA)

c) Categoria principal: Perfil institucional

Na terceira categoria principal da dimensão intra-hospitalar **“Perfil institucional”** há a abordagem de como as características da instituição, como por exemplo, tipo de população atendida e o tipo de gestão, podem influenciar na investigação e controle do surto. Essa categoria principal reúne duas subcategorias: **Características da equipe envolvida no surto e tipo de gestão da instituição: pública ou privada.**

A subcategoria **“Características da equipe envolvida no surto”** destaca o quanto o tipo de população afetada pelo surto pode influenciar na investigação e controle do surto. Nas discussões os profissionais relataram que aparentemente surtos envolvendo setores pediátricos são mais fáceis de conduzir.

Às vezes com um adulto a gente é um pouco mais difícil, eu não digo... eu tive essa experiência pessoal... eu sinto que na unidade neonatal... nós tivemos três meses de surto numa UTI neonatal com ESB, uma coisa tremenda, um desgaste total para todo mundo. O coordenador era muito

envolvido, nós tínhamos reuniões semanais para discutir todos os casos daquela semana, todos os desfechos, todas as ações, nós tínhamos escalas de todos os profissionais, a gente sabia cada profissional que ficava com aquele bebê. Muita coisa partiu da própria unidade, a gente ia avançando. Então assim eu sinto na minha vivência que as unidades neonatal, pediátrica, unidades infantis em geral eu sinto que eles tem um pouco mais de receptividade, um pouco mais de cuidado em relação às medidas de controle. (KF)

[...] mas falando ...a gente sabe que pediatra, em geral, [...] que pediatra a gente tem uma relação mais fácil, a gente consegue interagir mais fácil com as especialidades pediátricas. [...] Uma unidade neonatal fechada é diferente, eu ter cinco neonatos e morrer é diferente se morrer cinco adultos, isso impressiona muito mais, isso dá bem mais ibope, então acho que tem esse outro lado também, mas que a gente tem essa sensação de que é mais fácil lidar com pediatras em geral eu acho que tem. Então temos que tomar cuidado. (YA)

Em dois grupos focais no momento de discussão desse tema houve bastante interação entre os profissionais, como uma concordância de que de fato essa característica, ser unidade pediátrica, influencia na investigação do surto, ou seja, é mais difícil investigar e controlar surtos em unidades com pacientes adultos.

É nós temos lá a unidade de UTI adulto e UTI neo, então assim o que a gente tem lá é que muitas vezes a coordenadora de unidade da UTI neo, por ser neo.. tem um olhar mais delicado por ser neném, então se preocupa mais, então a unidade em si abraça mais quando você tem algum problema e ela ajuda você resolver com mais eficácia ou ajuda a intervir melhor. Já na unidade adulta é um pouco mais complexa, porque é... o coordenador já não tem essa visão... ela acha que o problema não seria dela né, na realidade não é dela, mas é da unidade onde ela trabalha não encara dessa forma, encara como não é o meu problema então eu faço no meu plantão, no meu horário eu faço direito o resto né. Já a unidade neo não, ela cobre dos outros e dá-se a sequência disso tudo né. Já na unidade adulto a gente sempre tem essas dificuldades... (ZG)

É... mobiliza ..mobiliza... então eu acho que cria uma comoção às vezes, você saber que aquela unidade está passando por uma situação é quase uma comoção mesmo...e mesmo por quem não está ali na lida direta e...e..talvez isso seja uma situação pro...pra bem... parece acho que sim... acho que adulto sei lá é mais uma...(ZD)

Adulto já viveu.. né.... (ZF)

[...] não eu acho que talvez, eu não sei se uma postura da própria equipe, mas talvez exista uma ..uma sensibilização diferente por parte das até das outras pessoas que não estão ali no dia a dia, talvez pelo tipo de paciente. Eu acho que ele é um paciente que ..que... (ZD)

É um bebê! Então bebê... (ZF)

Às vezes com um adulto a gente é um pouco mais difícil, eu não digo... eu tive essa experiência pessoal... eu sinto que na unidade neonatal... nós tivemos três meses de surto numa UTI neonatal com ESB, uma coisa tremenda, um desgaste total para todo mundo. O coordenador era muito envolvido, nós tínhamos reuniões semanais para discutir todos os casos daquela semana, todos os desfechos, todas as ações, nós tínhamos escalas de todos os profissionais, a gente sabia cada profissional que ficava com aquele bebê. Muita coisa partiu da própria unidade, a gente ia avançando. Então assim eu sinto na minha vivência que a unidade neonatal, pediátrica, unidades infantis em geral, eu sinto que eles têm um pouco mais de receptividade, um pouco mais de cuidado em relação às medidas de controle. (KF)

Houve ainda discussão com relação a outras características de unidades que também podem influenciar na investigação de surto como a unidade ser fechada (unidades de terapia intensiva) ou aberta (unidades de internação), ser unidade clínica ou cirúrgica. Segundo os profissionais as unidades de terapia intensiva têm características que favorecem a adesão às recomendações de controle do surto, como maior quantidade de recursos humanos e materiais. Houve ainda muita interação, em um dos grupos focais, em que todos concordaram que em cirurgia é mais difícil trabalhar a questão da prevenção e controle de IRAS.

[...] sem querer assim, eu como clínica sempre nas áreas cirúrgicas, em minha opinião, é mais difícil de lidar nas áreas cirúrgicas do que nas áreas clínicas. Eu acho que dentro de unidades fechadas é um pouco mais fácil, eu acho que também porque são unidades menores [...] (YA)

Eu concordo com a YA no seguinte, nas áreas fechadas tem mais adesão sim na questão do isolamento, mas também tem um fator...na área fechada você tem mais recursos humanos e recursos materiais. Normalmente área fechada é área crítica e isso eu acho que favorece e contribui para que o profissional ...para a adesão às medidas de prevenção [...]É como ela falou a questão da cirurgia a gente vê que o cirurgião tem mais. (YC)

Todos: Resistência...

Resistência exatamente é essa palavra que eu estava procurando, [Risos de todos], resistência em aderir precauções, mas, por exemplo...[...] (YC)

A subcategoria **“Tipo de gestão da instituição:pública ou privada”** também foi levantada como uma característica importante, os profissionais fizeram um paralelo sobre as diferenças entre instituições com gestão pública e privada, revelando diversas situações que demonstram o quanto essas diferenças impactam no controle do surto.

[...] Mas existe uma diferença muito grande entre que eu vejo em discussões, é... existe uma diferença muito grande em diretoria participativa de hospital particular de um hospital público. Porque o hospital público ele depende de outras pessoas para poder fazer outras coisas. Já o particular é ele, então ele realmente faz a diferença, se ele realmente abraçar a causa e você conseguir mostrar as coisas você tem um grande aliado. Mas já num parti...num público as coisas são um pouco mais complexas, porque ele depende de uma outra instância pra ele conseguir fazer determinadas mudanças, ou ele não pode bloquear determinadas coisas, porque ele tem uma taxa para ser atingida mensalmente, então existe um..n fatores que isso dificulta também ele em abraçar e apoiar realmente todos os processos da CCIH. Quando você já tem um particular você mostra que aquele paciente vai ficar muito mais tempo ele vai ter um gasto maior, então você consegue lidar com isso. Já no público você não tem essa facilidade.(ZG)

Eu comecei em CCIH em hospital privado e hoje estou em hospital público. Eu sempre falo para as meninas, lá a dificuldade era muito menor por vários motivos [...] mas assim a principal é essa questão do ...eu acho que as pessoas como eu já tinha falado da questão de se preocupar com elas mesmas, elas também se preocupam com o emprego delas, então no hospital privado existe a grande autonomia de demissão, então se o cara não está indo bem ele vai ser demitido. Num hospital público como a demissão não é algo que acontece com facilidade, pelo contrário, não acontece é quase impossível demitir, é mais fácil...nem sei se já vi demitir alguém. A gente vê os grosseiros que ..ou o funcionário esta aí ou e foi mandado embora voltou com ação judicial.(YB)

[...] Então a gente teve que problema com número de funcionários, teoricamente é fácil, mas daí tem que fazer o concurso, mas eu não posso fazer o concurso porque é ano eleitoral, então não dá para ser concurso, só vai sair o concurso daqui não sei quanto tempo. Ah então vamos remanejar o funcionário de outro setor, mas daí você tira de outro lugar e o surto muda de lugar. No hospital privado não, faltou gente contrata amanhã. Então essa questão burocrática é muito diferente realmente. Realmente em todos os sentidos.(YB)

Durante a discussão o grupo relatou bastantes situações que ilustram a diferença entre a instituição com gestão pública e privada no controle de IRAS, porém foi questionado em relação à investigação de surto propriamente dita, se havia diferenças também. Segundo os profissionais essa diferença ocorre apenas no controle do surto, ou seja, na adesão às recomendações de prevenção e na instituição de medidas e controle, como por exemplo, o aumento de quadro de profissionais e a aquisição de equipamentos de proteção individual. Para outros passos da investigação do surto não há diferenças notáveis.

Acho que é a mesma questão, talvez eu nunca passei por uma questão de recursos, eu estou colocando exemplos aqui. Talvez de bactéria multirresistente por falta de avental suficiente. Em hospital privado você fala assim "Olha eu preciso de mil aventais hoje. Você quer interromper esse surto? Então eu preciso de mil aventais". Ele consegue ligar numa cirúrgica e comprar mil aventais hoje, mas se hoje dentro do Hospital A, que é público, eu precisar de mil aventais, ele não consegue numa ligação comprar mil aventais hoje. Tem uma questão burocrática, por mais que exista uma vontade da instituição para algumas situações existe uma limitação. (YA)

[sobre a diferença na investigação do surto entre hospitais públicos e privados] mas na investigação de surto, eu acho que não tem diferença [ser público ou privado], talvez no controle [do surto]tenha algumas limitações. (YA)

A gente investiga acho que geralmente o profissional da CCIH tem assim todos os fatores e investiga da mesma maneira, mas para conduzir eu acho que é bastante diferente também, por essa questão básica financeira que é a questão da burocracia no hospital público é muito grande, então para você conseguir adquirir material é bastante difícil. (YB)

5.2.3.3 O extra-hospitalar

Nessa dimensão houve a identificação de duas categorias principais: **Formação do profissional de SCIH insuficiente para investigação de surtos e Suporte insuficiente do laboratório de referência do Estado.**

a) Categoria principal: Formação do profissional de SCIH insuficiente para investigação de surtos

Na primeira categoria principal **“Formação do profissional de SCIH insuficiente para investigação de surtos”** foi abordada a questão da formação frágil do profissional de SCIH em epidemiologia. Foi discutido o quanto o conhecimento adquirido em cursos de formação em controle de IRAS é insuficiente em epidemiologia e o quanto esse fator prejudica o diagnóstico correto de surtos e seu manejo.

Assim eu falei de vários problemas, joguei a culpa para várias outras pessoas, mas eu acho que a nossa formação é insuficiente. A gente não tem formação de epidemiologista, como é bem claro nos Estados Unidos, eles são epidemiologistas e a gente não tem essas ferramentas em mãos. A gente não sabe fazer um estudo de caso-controle, um estudo de coorte, ou se eles sabem é porque apanharam bastante para fazer. Eu acho que os nossos cursos de...nossa educação em controle de infecção é muito falha nisso. É por isso que a gente tem dificuldade de montar um banco de dados, às vezes você faz um banco de dados com trezentas mil informações e você vai usar duas daquelas. Você perdeu tanto tempo e... então acho que eu tenho essa ...reconheço essa dificuldade e eu acho que é geral, então isso também dificulta.. a gente precisa dessas ferramentas de epidemiologia pra saber conduzir um surto como fazer até mesmo pra definir se aquilo é um surto ou não. Nem tudo vai ter um período de comparação e aí como eu vou dizer para minha instituição se aquilo é um surto ou não.(KA)

Eu acho que talvez a principal dificuldade nossa não é a questão de vigilância, muitas vezes é, maioria de serviços não tem uma experiência grande de investigação de surtos. Então como criar uma curva epidemiológica, como fazer um caso-controle, como criar coorte, a gente não tem formação boa nisso, pode ser na área médica, ou seja, na enfermagem também.(YA)

Nenhuma formação.[em investigação de surto] (YB)

Todos concordam. Há muita interação entre os participantes, em dois grupos focais em que esse tema emergiu, revelando a angústia desses profissionais de não ter o conhecimento necessário em epidemiologia para investigar surtos.

b) Categoria principal: Suporte insuficiente do laboratório de referência do Estado.

Na segunda categoria principal **“Suporte do laboratório de referência do Estado é insuficiente”** foi abordada a questão do suporte dos laboratórios de referência do Estado, que oferecem análises mais avançadas de identificação do agente, porém em velocidade insatisfatória e, sendo assim, acaba não auxiliando na investigação de surtos.

Eu só vou dividir uma angústia que na verdade que é assim eu trabalho em dois hospitais em um público e um privado, e no público eu sinto uma dificuldade grande quando a gente fala de laboratório. Como por exemplo, eu tenho laboratório que faz a identificação, mas não faz e-test de confirmação então a retaguarda é o Adolfo Lutz. O Adolfo Lutz não prioriza surto, gente o Adolfo Lutz é epidemiológico ele vai soltar o resultado, mas demora um mês ou mais para chegar o resultado. E aí às vezes você vive um surto, e você fala assim eu fechei um perfil resistente, mas é resistente mesmo? Você fica trabalhando com um dado subjetivo ou, vou fazer como um controlador de infecção fala...o segundo a crescer um Acinetobacter, a terceira kpc, eu acho que é....e aí você só tem isso muito tempo depois. Todo esse trabalho de investigação da onde que foi o caso índice e como ele circulou na sua instituição você perde, porque você até já se esqueceu que mandou para o Adolfo Lutz. Você já conteve a transmissão, mas a confirmação efetiva do agente a gente acaba perdendo.(KC)

[...] A gente tem uma dificuldade de quando a gente fala de laboratório de apoio, que realmente a gente tem o apoio, que é uma instituição pública, mas que não prioriza ali a questão é outra...você tem uma nota do Ministério inteira que fala que a gente tem que mandar os kpcs para confirmação no Adolfo Lutz, mas qual é o retorno disso? Qual é a rapidez? Então acaba que você como você trabalha isso na instituição? até porque vão questionar “Tem kpc ou não tem?” Você fala assim...”Eu não sei.” Porque você não tem essa resposta efetiva no dia a dia [...] (KC)

5.2.4 Barreiras para notificação do surto às autoridades sanitárias

No processo de análise verificou-se a necessidade em separar as categorias principais em três dimensões: a) o serviço de controle de infecção, b) o meio intra-hospitalar, ou seja, instituição em que o SCIH está inserido e c) o meio extra-hospitalar, que se traduz em fatores externos a instituição que influenciam a notificação de surtos.

No Quadro 8 está sintetizada a análise que, em seguida, será descrita detalhadamente.

Quadro 8 – Categorias elaboradas baseadas nos achados das entrevistas dos grupos focais sobre o tema barreiras para notificação de surtos às autoridades sanitárias. São Paulo; 2014.

Dimensão	Categoria Principal	Subcategoria
SCIH	Diagnóstico inseguro do surto inibe notificação	-
	Falta de conscientização sobre a importância da notificação do surto	Equipe do SCIH define qual surto notificar baseado na percepção de gravidade do evento
		Notificação não valorizada pela equipe do SCIH
		Crença de que o envio mensal dos dados de IRAS para o sistema de vigilância epidemiológica substitui notificação
Instituição Hospitalar	Falta de autonomia do SCIH: decisão sobre notificar surtos é institucional	Alta direção colbe qualquer notificação
		Alta direção não autoriza a notificação devido ao receio da exposição do serviço na mídia
	Falta de suporte laboratorial para confirmação do surto	Ausência de certificação de qualidade não estimula a notificação
Extra-hospital	Frágil interlocução entre vigilância (sanitária e epidemiológica) e SCIH	-
		O não-reconhecimento da vigilância (sanitária e epidemiológica) como apoio técnico em investigação de surto
		Postura punitiva da vigilância sanitária inibe notificação

Fonte: Elaborado pela própria autora.

5.2.4.1 O serviço de controle de infecção hospitalar:

Nessa dimensão foram identificadas duas categorias principais: **Diagnóstico inseguro do surto inibe notificação** e **Falta de conscientização sobre a importância da notificação do surto**.

a) Categoria principal: Diagnóstico inseguro do surto inibe notificação

Na primeira categoria principal “**Diagnóstico inseguro do surto inibe notificação**” há a discussão do quanto à dificuldade técnica em se diagnosticar um surto, torna-se uma barreira para notificar, ou seja, uma vez que não se tem certeza de que está vivendo um surto, os profissionais se sentem inseguros para notificar. A dificuldade em definir o surto está relacionada à dificuldade em transpor o conhecimento técnico na rotina de vigilância, mas embora não haja a certeza de que é um surto, as equipes realizam as ações da mesma forma.

Eu tenho um, eu tenho dois, eu tenho casos, quando aumenta Acinetobacter na enfermaria. É um surto? Aumentou Acinetobacter [...] Na UTI, que não tinha, no mesmo período e tal. Com certeza teve uma transmissão ali. Notifico como surto? [...] Então tem alguns que a gente precisa... ou tem dúvida mesmo de definição. Não para muito para pensar, vai cuidando de não ter outros casos a partir daí.(XD)

A gente optou por não fazer a notificação, ela falou assim “Vai na taxa e computa” eram pneumonias e iam aparecer, só que a gente não tinha certeza, eu não consegui dizer que aquelas cepas eram dali e que eram as mesmas cepas, foram casos que pipocaram em um espaço de tempo não tão junto, nem tão concentrado. Os casos eram espaçados e não dava para dizer “Não realmente”[refere-se à definição do surto].(YB)

b) Falta de conscientização sobre a importância da notificação do surto

Na segunda categoria principal “**Falta de conscientização sobre a importância da notificação do surto**” observa-se que a notificação do surto é baseada na decisão da equipe do controle de infecção, sendo que para a tomada de decisão não são consideradas as recomendações técnicas ou legais sobre a notificação. Nessa categoria principal foram identificadas três subcategorias: **Equipe do SCIH define qual surto notificar baseado na percepção de gravidade do evento**, **notificação não valorizada pela equipe do SCIH** e **crença de que o**

envio mensal dos dados de IRAS para o sistema de vigilância epidemiológica substitui notificação.

Na subcategoria **“Equipe do SCIH define qual surto notificar baseado na percepção de gravidade do evento”** observou-se a equipe define critérios internos para notificação de surtos, como por exemplo, um agravo inusitado, uma doença emergente e só notificam aqueles que consideram relevantes.

Na minha carreira não tive nenhum surto de uma doença emergente, nova ou um comunitário que talvez eu tenha julgado que nós tenhamos um dado que era importante notificar como um surto. Quer dizer... mas aqui VRE aqui, não necessariamente você sentiu que havia essa obrigação de ter que notificar como um surto, todo mundo ficou sabendo, mas não formalmente notificado. (XA)

Quando eu vejo doença, que o XA falou, qual algumas vezes que tem o agravo e eu notifico o surto, a notificação de um agravo inusitado faz com que o sistema acima veja, enxergue talvez um surto, e eu estou vendo um caso. [...] (XD)

Na fala abaixo verifica-se que essa decisão da equipe não notificar surtos, como por exemplo, os que envolvem multirresistentes já endêmicos na instituição, também está alinhada a uma crença de que essa informação não é relevante para a vigilância epidemiológica, ou seja, é um dado do hospital e não tem repercussão na comunidade.

Eu acho que também tem um pouco a ver com a percepção do que é importante você notificar como um surto ou não. Talvez a gente acredite e isso seja, não sei se é verdade ou não, mas talvez a gente tenha a percepção de que você notificar um surto intra-hospitalar às vezes não tem um função de você notificar para a vigilância necessariamente. Parece que o problema é seu, assim o hospital correndo aqui os germes....porque a gente comentou aqui a respeito dos multirresistentes, que é mais situação particular, conhecido que o morte R está no mundo e nos hospitais há muitos anos. Então é uma situação “corriqueira”, não vai notificar de bactéria multirresistente para o município se ele está dentro do hospital. (XA)

Na fala abaixo o participantes reforçam que apenas os surtos que tenham, em sua concepção, impacto direto na sociedade devem ser notificados e, nesse caso ressalta surtos de doenças que não são causadas por bactérias multirresistentes.

Você vai notificar um surto de escabiose, que é uma coisa que também não é uma doença nova e não é uma doença emergente, às vezes a nossa percepção de surtos seja você notificar um surto de uma doença realmente emergente, ou que não existiu ou que voltou. Você tem poliomielite, você vai notificar o surto de poliomielite, entendeu se tiver um surto de caxumba talvez você notifique um surto de caxumba. [...] então talvez os surtos que nós tivemos para nós não eram passíveis de ser notificados como surto, porque nós não tínhamos nenhuma implicação na comunidade, eles tinham no hospital. Eu tinha que resolver o problema dentro do hospital. É diferente de um surto de hepatite A que a gente notasse que está vindo hepatite A, cinco casos de uma região tal. [...] Notificaria informal ou formalmente para a vigilância e isso desencadearia alguma ação nesse sentido. Então eu vejo como talvez um pouco disso, tem as dificuldades do instrumento, mas tem a ver com aquilo que talvez a nossa percepção da importância de você fazer a notificação como um surto que tenha

importância na comunidade. Tem surtos que são importantes no hospital e você vai resolver localmente e se isso tem uma implicação na comunidade é outra história. (XA)

Na subcategoria **“Notificação não valorizada pela equipe do SCIH”** observa-se que, diferente da subcategoria anterior, não é considerado relevante o ato de notificar, ou seja, não é realizada a notificação de nenhum surto.

É errado, sim.. mas a gente acaba não fazendo a notificação do surto. Eles ficam até sabendo, às vezes até em congressos você leva o painel do surto, por exemplo, o nosso surto de VRE apareceu no painel de... então a gente não quer esconder o surto, não se escondem, eles ficam sabendo. (XD)

A gente não tem a prática, eu também acho que é a falta de cultura e a prática de notificar surto, o agravo ou doença, o surto não. Eu avalio que nos meus vinte e tantos anos de vigilância que é por isso que não chegava surto quando eu cobrava e quando eu mudei de posição eu não notificava. [...] (XD)

Na fala abaixo o participante revela que não enxerga a relevância que a notificação de surto tem para a vigilância epidemiológica.

Eu estou falando assim, não é por esconder o surto. Agente acaba não notificando [...] O último que eu fui tentar fazer algumas vezes eu deixei no meio, eu falei “Fica quieto, deixe esse surto aí, o CVE nem vai ligar para esse surto”. Eu nem sei se o quanto eles compilam surto, que é notificar os sistemas de vigilância. (XD)

A subcategoria **“Crença de que o envio regular dos dados de IRAS para vigilância epidemiológica substitui notificação”** revela a crença dos profissionais de que os dados enviados mensalmente para a vigilância epidemiológica sobre as UTIS, cirurgias e hemoculturas são suficientes para declarar que há um surto em sua instituição, ou seja, a responsabilidade de identificar elevações nesses dados mensais e definir o surto seria da própria vigilância epidemiológica.

A gente já faz essa divulgação dessas infecções e das nossas taxas, a gente manda com frequência essas taxas para a vigilância e inclusive os resultados das culturas são pedidas na planilha, o resultado das hemoculturas. Então assim a gente não tem o que esconder [refere-se à notificação do surto]. (YB)

Eu tenho certeza que a COVISA^a/CVE sabe que a gente teve um surto, está lá no gráfico, não é que a gente não manda os dados para...a gente só não fala assim “Olha um surto...” [RISOS-concordância geral]...eles sabem[...] (KD)*

(^aCoordenação de vigilância à saúde; *CVE: Centro de Vigilância Epidemiológica)

[...] Aí tem os dados [refere-se às planilhas mensais enviadas para vigilância com informações sobre as IRAS], mas os dados dos casos positivos vocês já não notificam mensalmente pra...para os órgãos [refere-se a vigilância “COVISA”]? “Sim” “Então na verdade não

precisa alarmar nesse sentido". Então quando a gente chega nesse ponto. "É você vai enviar os dados, não vai?" Então eles vão ver, então de certa maneira já está sendo notificado. [...] Então eles vão ver isso no final. [...] É o que realmente a gente sabe que indiretamente está notificado, então você não está escondendo o jogo.(ZA)

(" Coordenação de vigilância à saúde)

5.2.4.2 A instituição hospitalar

Nessa dimensão foram identificadas duas categorias principais **Falta de autonomia do SCIH: decisão sobre notificar surtos é institucional e Falta de suporte laboratorial para confirmação do surto.**

a) Categoria principal - Falta de autonomia do SCIH: decisão sobre notificar surtos é institucional

Na categoria principal "**Falta de autonomia do SCIH: decisão sobre notificar surtos é institucional**" foi discutida a influência da alta administração na decisão sobre notificar o surto de IRAS e, nesse caso, no domínio dessa decisão.

A categoria principal reúne três subcategorias **Alta direção coíbe a notificação, Alta direção não autoriza a notificação devido ao receio da exposição do serviço na mídia e ausência de certificação de qualidade não estimula a notificação.**

A subcategoria "**Alta direção coíbe a notificação**" revela uma proibição explícita pela alta administração do hospital da notificação do agravo para a vigilância epidemiológica/sanitária pelas equipes do SCIH.

Eu acho que nos últimos tempos eu não tive problemas com surtos então eu não posso falar. Mas um pouquinho lá atrás, não podia notificar né. (KE)

A diretoria emperra né.(KD)

KE[Concorda]

Em dois hospitais particulares que eu trabalhei, ao menos queeu estou falando de IRAS, vamos falar de IRAS porque você evidentemente ... a pouquíssimo tempo, eu não falei na primeira acho que eu fiquei um pouco "Nós não podemos notificar". Não notificamos, não sei não sei há muito tempo, mas a diretoria não permitia notificar, mesmo sendo a CCIH muito estruturada, de muitos anos e muito próxima a diretoria, não é liberada.(KD)

Na fala abaixo a participante descreve um dos motivos que identifica para a proibição da notificação, trata-se do receio de revelar as falhas ocorridas na instituição.

E outra coisa que eu sinto, pelo menos na minha vivência é que a gente até tem surto, mas a gente não consegue publicar o surto, por mais que sua diretoria entenda que você teve o surto e que você fechou... mas divulgar isso externamente é complicado, então falar de surto de influenza, de dengue, falar de surto de varicela é fácil....porque você está falando externo, quando você sabe que o problema é seu interno por quebra de processo é um pouco mais complicado [...].(KC)

Na subcategoria **“Alta direção não autoriza a notificação devido ao receio da exposição do serviço na mídia”** verifica-se que há um receio da alta administração em ter a imagem institucional exposta negativamente na mídia.

Então assim essa falta de experiência, para o controle de infecção não tem problema nenhum, a gente vê como muito positivo, mas a diretoria não vê assim...porque tem medo de vaziar na mídia.(KF)

Eu acho já vivenciei sim num hospital essa questão de “Não a gente não vai notificar”, porque para a gente é muito tranquilo[refere-se aos profissionais de controle de IRAS], na verdade a gente sempre vê como positivo. Tem alguém do outro lado que vai olhar e me ajudar a ver se estou fazendo...se eu estou indo pelo caminho certo. Às vezes a gente descobre que não está indo para o caminho certo e que a gente está fazendo uma grande besteira. Então assim essa falta de experiência, para o controle de infecção não tem problema nenhum, a gente vê como muito positivo, mas a diretoria não vê assim...porque tem medo de vaziar na mídia.(KF)

Então assim eu não tenho problema hoje, mas já tive do hospital dizer “Não...não vamos[refere-se a realização da notificação do surto], porque vai cair na mídia, a gente já falou que vai cair na mídia”.(KF)

A subcategoria **“Ausência de certificação de qualidade não estimula a notificação”** ilustra a influência do processo de aquisição do selo de certificação de qualidade e manutenção do mesmo na notificação de surtos de IRAS.

Mas eu posso estar enganada, me corrijam se eu estiver errada, posso estar falando uma besteira...acho que o selo de certificação, de qualidade ajudou um pouco nisso[refere-se à notificação do surto].(KD)

Concordo.(KE)

Participantes lembram-se que um dos requisitos para manutenção do selo de certificação da qualidade é a notificação de eventos adversos graves, dentre eles os surtos de IRAS. Dessa forma, a alta direção por receio de perder o selo de certificação acaba incentivando a notificação de surtos.

Nesse mesmo hospital eu tive essa questão do amadurecimento em relação a isto, porque nós tivemos uma reunião e durante a reunião estava rolando um surto de enterocolite. E a consultora[refere-se a consultora da empresa de Certificação de Qualidade] disse “olha se tiver um problema, se tiver um evento adverso muito grave, esses dados devem ser reportados, porque se cair na mídia antes de reportar para vigilância e para o órgão certificador o hospital perde a certificação no mesmo momento”. Desse dia para frente tudo mudou [...]”(KF)

Tem que vir um de fora para falar.[Risos e muita interação entre os participantes] (KD).

Desse dia para frente todo mundo se importa e porque aí já um problema. Daí falam então vamos aproveitar e vamos escrever. [...] Daí para frente não tivemos mais problemas.(KF)

b) Categoria principal - Falta de suporte laboratorial para confirmação do surto

Nessa categoria principal foi discutida a dificuldade em se diagnosticar o surto devido à falta de suporte laboratorial, no caso a confirmação do patógeno por biologia molecular, para confirmação do surto. Dessa forma, os profissionais não realizam a notificação por não conseguirem afirmar que se trata de um surto.

Eu já notifiquei no de vírus sincicial a gente fez a notificação, mas eu acho que tudo que a gente falou até agora é o que como fator dificultador de identificação do surto, eu acho que é o fator dificultador para notificar um surto. A gente tem muita dificuldade em dizer que realmente aquilo é um surto, eu acho que essa é a principal dificuldade e é o que nos faz muitas vezes deixar de notificar porque a gente não tem certeza. Então como a gente não tem confirmação de que é a mesma cepa, como a gente vai afirmar que realmente é o mesmo microrganismo que está sendo transmitido de um paciente para o outro? A gente faz as ações, mas a gente acaba restringindo essa questão da notificação por não ter certeza mesmo. [...] Eu acho que o receio maior é de não conseguir fechar que aquilo realmente é um surto.(YA)

5.2.4.3 Extra-hospitalar

a) Categoria principal - Frágil interlocução entre vigilância (sanitária e epidemiológica) e SCIH

Na dimensão extra-hospitalar identificou-se uma única categoria principal: **Frágil interlocução entre vigilância (sanitária e epidemiológica) e SCIH.**

Nessa categoria principal discutiu-se a interação do SCIH com a vigilância epidemiológica e sanitária em situações de surto e como essa interação influencia na notificação do agravo. Foram identificadas duas subcategorias durante a análise: **o não-reconhecimento da vigilância (sanitária e epidemiológica) como apoio**

técnico em investigação de surto e postura punitiva da vigilância sanitária inibe notificação.

A subcategoria **“O não-reconhecimento da vigilância (sanitária e epidemiológica) como apoio técnico em investigação de surto”** destaca que os profissionais de controle de IRAS consideram a vigilância epidemiológica e sanitária despreparada tecnicamente para auxiliar na investigação e controle do surto e, sendo assim, não enxergam os órgãos como um suporte técnico para investigação de surto. Isso culmina no acesso mínimo aos órgãos governamentais pelas equipes do SCIH, iniciando-se pela não notificação do surto. Profissionais evitam acioná-la porque perdem muito tempo contornando situações de conflito nas opiniões técnicas, ao invés ter como objetivo principal a investigação propriamente dita.

Esse tema foi discutido em apenas um dos grupos focais e no primeiro relato a participante descreveu uma situação positiva em que a vigilância epidemiológica e sanitária forneceu suporte para investigação e controle do surto, mas em seguida outros participantes revelaram uma situação totalmente oposta.

Geralmente assim quando a gente notifica eles querem saber o que de fato aconteceu e o que está acontecendo na unidade. A gente faz o relatório, é ... eles fazem a visita depois na unidade, ajudam também eles depois fazem um olhar. Porque assim é diferente quando você faz a visita na unidade pra procurar pra ver tudo os processos pra visualizar onde estariam os problemas. E uma pessoa de fora vem e olha...tem um olhar diferente né, então quando a gente faz a notificação que eles vem até o nosso hospital fazem a visita deles, a vigilância deles, eles mostram coisas que às vezes passou despercebida pela gente ou a gente não tinha dado tanta importância pra aquilo ali. E acaba nos ajudando pra fechar nosso relatório de surto. Mas a gente nunca teve dificuldade assim, para fazer as notificações. Que eu lembre não, não é doutora? [refere-se à uma profissional de sua equipe que também participava do grupo focal] (ZG)

Eu tenho uma percepção diferente, na prefeitura a gente sempre notifica no município. Até porque o hospital é, o laboratório ele é um laboratório terceiro. A microbiologia não fica no hospital, então é....pra eu poder é... ter o suporte do Adolfo Lutz para a investigação do surto eu notifico. Na prática é por isso, porque assim, é... a COVISA^a ela está próxima, mas é...não quero ser ingrata, não acrescenta. Eu discordo um pouco da (ZG) assim, não acrescenta é.. eu faço no município porque o laboratório é terceiro é.... e também porque a COVISA^a ela intermedia e aí não vem a vigilância sanitária.[...] (ZE)

(^aCOVISA: Coordenação de vigilância à saúde)

Então eu acho que justamente a gente trouxe nos debates, esse ciclo da fragilidade, dos serviços externos [refere-se à vigilância epidemiológica e sanitária] que vem tentar nos ajudar nessa parte de notificação de surto, mas realmente o despreparo ele ainda é... ele está muito grande [...].(XA)

Então as experiências de tentar notificar surto para esses serviços externos, órgãos não foram nenhuma positivas, no sentido de não realmente vieram a agregar, porque muitas vezes quando você precisa deles é que você já dá respostas e já que você tem que fazer tudo já fala “eu já pesquisei isso, isso, isso, isso e isso, o que mais eu preciso da sua ajuda como COVISA para o que? [...] Mas

fazer [refere-se a notificação do surto] já no começo já com eles, eu acho que a gente tem muito mais dor de cabeça do que da própria dor de cabeça que a gente já tem pra resolver lá. [...](XA)

(“COVISA: Coordenação de vigilância à saúde)

Na fala abaixo a participante faz uma comparação entre a vigilância epidemiológica e sanitária no tocante ao preparo técnico em IRAS e destaca o maior avanço da vigilância epidemiológica.

Acho que assim nessa questão da vigilância me assusta um pouco a gente está completando agora dez anos de vigilância epidemiológica dos dados do reporte dos dados para o Estado e a sanitária mesmo diante disso ter esse desconhecimento, esse despreparo, chegar dessa maneira, [...] Isso é o que me causa mais não sei se um desgosto ou..., mas poxa se num Estado que já tem a maturidade de ter dados há dez anos, existe este despreparo eu não tenho fé na situação fora ..fora de São Paulo [...] E às vezes a gente faz alguns apontamentos [refere-se a recomendações técnicas em situações de reforma] na prática nem ..nem só diante de surto, mas alguns apontamentos em sei lá... em planta e aí vem um é... “Ah, mas a vigilância sanitária não falou que isso precisa”, quer dizer ainda destrói um processo que você está tentando às vezes às duras penas colocar.(ZD)

A subcategoria **“Postura punitiva da vigilância sanitária inibe notificação”** revela o quanto essa postura prejudica o relacionamento interpessoal com o SCIH, culminando na baixa interação e conseqüente baixa adesão à notificação de surtos.

[...] Mas é...no outro hospital que é o hospital do Estado eu não notifico..é... porque a minha impressão, [...] a vigilância sanitária se ela vier ela não ...ela vem com outro olhar e não é...é... então a gente não notifica porque acha que é...por isso quando falo a gente falo eu como ... SCIH e como a instituição, porque a vigilância vem com um olhar é...[ZE]

[Um olhar] De punição.[Todos concordam, muita interação]

De olhar que está tudo errado, parte do princípio de que está tudo errado. Parte do princípio de que tem alguma coisa errada, muito errada e ..e a gente acaba perdendo tempo, o foco e no que é realmente relevante para o surto né. O tempo, o esforço pra ...pra... pro manejo do surto. O que ..o ruim é que agora é essencial pra pra você mandar as cepas para o IAL né, no caso enterobactérias, eles cobram que tenha sido feita a notificação.(ZE)

Então eles [vigilância sanitária] são muito punitivos pelo menos na instituição que eu trabalho. Não sei se, nunca foi assim uma coisa pra colaborar, só para punir.[...] (ZF)

Um dos participantes destacou uma situação em que a interação foi bastante positiva, mas na verdade teve contato apenas com a vigilância epidemiológica, logo em seguida, descreve outras situações vividas apenas com a vigilância sanitária e destaca que também teve uma experiência com abordagem agressiva.

Assim é esse surto grande por incrível que pareça, esse grande que eu estava até com medo de fazer a notificação da diarreia, eu falei gente isso não vai dar certo. Foi ..foi super boa a parceria é, mas eu acho que porque muito... apesar de a gente fazer a notificação ok, e aí assim mas a gente tratou muito com a epidemiológica e com o pessoal do município também da parte de doença transmitida por água e alimento São Paulo. Então assim foi muito bacana, eles ajudaram bastante e até na orientação [...] já tive..já passei por situação que nem foi motivada por notificação de surto, mas de postura em vistoria ou sei lá por algum motivo, alguma visita da vigilância sanitária, com uma postura agressiva de buscar culpado né, quem que vai pra força ou não...não..uma postura de alguém que vem para ouvir e nem pra ouvir, não quer nem saber o que você tem para falar né. E nossa super agressivo assim [...] Assim, então assim, não...não soma, então não vem pra ouvir de verdade e vem numa coisa meio que de inquisição, de caça as bruxas. [...](ZD)

5.3 FUSÃO DOS DADOS

As dimensões utilizadas para comparação e posterior fusão dos dados foram as categorias principais que emergiram dos achados dos grupos focais. Para a representação dessa fusão foram utilizados quadros comparativos (Quadro 9 e 10) e uma figura (Figura 5).

Quadro 9 – Interpretação da fusão de dados qualitativos e quantitativos sobre limitações para investigação de surto, segundo as dimensões de análises, categorias, subcategorias e resultados. São Paulo; 2015.

Dimensão	Dados qualitativos – Grupos Focais		Dados quantitativos - Inquérito		Fusão dos dados	Comentários sobre a fusão dos dados
	Categorias		Questões			
SCIH	<p>Dificuldade em transpor para a prática o conhecimento técnico sobre investigação de surtos: <i>A definição de surto ninguém tem dificuldade, nem eu nem as pessoas. [...] Agora como as bactérias hospitalares, [...] elas ocorrem sazonalmente e a gente tem essa dificuldade, não dificuldade de entender a definição, mas de olhar para os dados e ver se eu estou tendo aumento e surtos. (XD)</i></p>		70,6% (N=60) discordam de que o seu conhecimento em epidemiologia seja insatisfatório para a condução de uma investigação de surto.		Convergente	Os profissionais têm em conhecimento epidemiologia satisfatório, mas tem dificuldade em transpor esse conhecimento para a rotina de vigilância e, consequentemente, para a identificação e condução do surto.
	<p>Fragilidade nos processos de trabalho</p> <p>Subcategorias:</p> <p>a) Não priorização de análises de dados epidemiológicos</p> <p><i>Eu também senti que existem essas dificuldades [refere-se à realização da investigação] e acho que no dia a dia a gente tem tantas demandas, tantas atividades que acaba valorizando outras coisas e que vai com uma resposta melhor. (XC)</i></p> <p>b) Falta de planejamento das ações de controle de IRAS: o trabalho sob demanda</p> <p><i>Não que a gente não quer [refere-se à investigação de surtos], é que muitas vezes a rotina e a demanda de trabalho intensa fazem com que a gente fique preso numa redoma que a gente chega no final do ano e fala “nossa tem que encerrar tal coisa”... (XB)</i></p> <p>c) Interação insuficiente com unidades afetadas pelo surto</p> <p><i>Para conduzir com certeza o apoio da equipe o envolvimento, realmente eles entenderem que aquilo é importante e eles estarem junto com você para conduzir isso, porque ninguém conduz surto sozinho [...]. (YB)</i></p>		71,8% (N=61) discordam que o tipo de vigilância realizado na instituição não permite que haja um diagnóstico rápido/preciso de um surto de IRAS. 50,6% (N=43) discordam que os recursos humanos do SCIH são insuficientes para a investigação de surto de IRAS. 62,3% (N=53) discordam que o SCIH não possui todos os recursos materiais necessários para investigar os surtos de IRAS.		Convergente	Segundo a percepção dos profissionais o problema não é falta de recursos humanos e materiais e sim o processo de trabalho da equipe que acarreta na sobrecarga de trabalho, prejudicando as ações de investigação de surtos.

Dimensão	Dados qualitativos – Grupos Focais		Dados quantitativos - Inquérito		Fusão dos dados	Comentários sobre a fusão dos dados
	Categorias		Questões			
Instituição Hospitalar	<p>Cultura organizacional com pouco envolvimento em questões relacionadas à segurança em controle de IRAS</p> <p>Subcategorias:</p> <p>a) Envolvimento e apoio insuficiente da alta direção com o trabalho do SCIH</p> <p><i>Se você está numa instituição [refere-se à alta direção] em que ela não acredita ou não compra o serviço realmente é impossível levar a frente qualquer tipo de trabalho ainda mais em situação de surto. (YA)</i></p> <p>b) Envolvimento insuficiente da coordenação da unidade afetada com a investigação do surto</p> <p><i>Eu acho que [...] é que depende de questão de chefia, quando você envolve a chefia e a chefia daquele setor entende a gravidade é muito mais fácil você ter adesão. Se você tem uma chefia que não acredita naquilo, não apoia, a CCIH pode chorar todos os dias, ela não vai ter o mesmo impacto, acho que talvez tenha essa diferença. (YA)</i></p> <p>c) Dificuldade de compreensão das áreas envolvidas sobre o papel do SCIH na investigação e no controle do surto</p> <p><i>Como fazer acontecer [a adesão as recomendações para controle do surto] então eu acho que o único jeito é a supervisão. Seria da CCIH a supervisão? Eu acho que não! Eu acho que a supervisão tem que ser da gestão, de quem está, dos gestores, dos supervisores de cada uma das áreas. (YB)</i></p> <p>d) Não valorização institucional da qualidade dos dados de epidemiologia hospitalar</p> <p><i>A gente precisa de um sistema, a gente precisa de um investimento para que o controle de infecção possa atuar em conjunto, [...] em conjunto médico, enfermeiro, medicina do trabalho, enfim o hospital como um todo [...]. (KF)</i></p>		50,6% (N=43) discordam que os recursos humanos do SCIH são insuficientes para a investigação de surto de IRAS. <p>62,3% (N=53) discordam que o SCIH não possui todos os recursos materiais necessários para investigar os surtos de IRAS.</p>		Convergente	A questão financeira (recursos humanos e materiais) não se configurou como limitação para a investigação e controle do surto. O que foi apontado pelos profissionais como barreira para investigação e controle do surto foi o baixo envolvimento das lideranças na investigação, no respaldo e legitimização para as recomendações realizadas pelo SCIH.

Dimensão	Dados qualitativos – Grupos Focais		Dados quantitativos - Inquérito		Fusão dos dados	Comentários sobre a fusão dos dados
	Categorias		Questões			
	<p>Limitações técnicas e estruturais do laboratório O que eu ia comentar é justamente são as dificuldades com o laboratório. [...] Então, por exemplo, para ver clonalidade para ver se é a mesma cepa... olha é isso é artigo de luxo! (KA)</p> <p>E o laboratório de microbiologia também, para você fazer uma cultura de vigilância, que é trabalhosa, sem falar na questão do custo, [...] mas a limitação que o laboratório coloca para a gente é técnica, de espaço, de pessoal para fazer. (XA)</p> <p>[...] e nesse caso veio novamente o surto de Klebsiella só que com uma evolução muito atípica porque a gente não conseguiu controlar da mesma forma inclusive com óbitos [...] todas as amostras de ESBL a gente manda para o Adolfo Lutz. E qual a minha surpresa vem outra espécie que nunca tinha tido no hospital, em vez de Klebsiella veio Serratia [...] (ZE)</p> <p>Perfil institucional Subcategoria: a) Características da equipe envolvida no surto [...] coordenadora de unidade da UTI neo, por ser neo, tem um olhar mais delicado por [...] se preocupa mais, então a unidade em si [...] ajuda você resolver com mais eficácia ou ajuda a intervir melhor. Já na unidade adulta é um pouco mais complexa [...] (ZG) b) Tipo de gestão da instituição: pública ou privada [...] mas para conduzir eu acho que é bastante diferente também, por essa questão básica financeira que é a questão da burocracia no hospital público é muito grande, então para você conseguir adquirir material é bastante difícil. (YB)</p>		58,8% (N=50) discordam de que o suporte laboratorial da instituição não supre as necessidades do SCIH no que se refere à investigação de surto de IRAS.		Divergente	A percepção dos profissionais que participaram do inquérito é de que o laboratório fornece um suporte adequado para investigação de surtos. Esse dado diverge dos achados dos grupos focais, pois os profissionais relatam que o suporte laboratorial é insuficiente no processo de investigação.
					Item não contemplado na fase quantitativa.	

Dimensão	Dados qualitativos – Grupos Focais		Dados quantitativos - Inquérito		Fusão dos dados	Comentários sobre a fusão dos dados
	Categorias		Questões			
Extra - Hospitalar	<p>Formação do profissional de SCIH insatisfatória para investigação de surtos <i>Eu acho que talvez a principal dificuldade nossa não é a questão de vigilância, muitas vezes é, maioria de serviços não tem uma experiência grande de investigação de surtos. Então como criar uma curva epidemiológica, como fazer um caso-controle, como criar coorte, a gente não tem formação boa nisso, pode ser na área médica, ou seja, na enfermagem também. (YA)</i></p>		70,6% (N=60) discordam de que o seu conhecimento em epidemiologia seja insatisfatório para a condução de uma investigação de surto.		Divergente.	Embora a maioria tenha relatado considerar seu conhecimento epidemiológico satisfatório, um dos achados das entrevistas foi de que a formação do controlador de infecção é frágil em termos de epidemiologia.
	<p>Suporte do laboratório de referência do Estado é insuficiente <i>[...] A gente tem uma dificuldade de quando a gente fala de laboratório de apoio, que realmente a gente tem o apoio, que é uma instituição pública, mas que não prioriza ali a questão é outra...você tem uma nota do Ministério inteira que fala que a gente tem que mandar os kpcs para confirmação no Adolfo Lutz, mas qual é o retorno disso? Qual é a rapidez? (KC)</i></p>					

Fonte: Elaborado pela autora.

Item não contemplado na fase quantitativa.

Quadro 10 – Interpretação da fusão de dados qualitativos e quantitativos sobre barreiras para notificação de surto, segundo as dimensões de análises, categorias, subcategorias e resultados. São Paulo; 2015.

Dimensão	Dados Qualitativos – Grupos Focais		Dados Quantitativos - Inquérito		Fusão dos dados	Comentários sobre a fusão dos dados
	Categorias	Questões				
SCIH	<p>Diagnóstico inseguro do surto inibe notificação <i>Eu tenho um, eu tenho dois, eu tenho casos, quando aumenta Acinetobacter na enfermaria. É um surto? Aumentou Acinetobacter [...] Na UTI, que não tinha, no mesmo período e tal. Com certeza teve uma transmissão ali. Notifico como surto? [...] Então tem alguns que a gente precisa... ou tem dúvida mesmo de definição.(XD)</i></p> <p>Falta de conscientização sobre a importância da notificação do surto: Subcategorias: a) Equipe define qual surto notificar baseado na percepção de gravidade do evento <i>Na minha carreira não tive nenhum surto de uma doença emergente, nova ou um comunitário que talvez eu tenha julgado que nós tenhamos um dado que era importante notificar como um surto.</i> b) Notificação não valorizada pela equipe <i>É errado, sim.. mas a gente acaba não fazendo a notificação do surto. Eles ficam até sabendo [...] (XD)</i> c) Crença de que o envio regular dos dados de IRAS para vigilância epidemiológica substitui notificação <i>Eu tenho certeza que a COVISA/CVE sabe que a gente teve um surto, está lá no gráfico, não é que a gente não manda os dados para...a gente só não fala assim "Olha um surto..." [RISOS- concordância geral]...eles sabem [...] (KD)</i></p>	<p>62,3% (N=53) dos profissionais acreditam que a subnotificação é influenciada pela falta de conhecimento sobre a investigação de surto.</p> <p>55% (N=47) dos profissionais conhecem o instrumento de notificação de surto.</p> <p>84,6% (N=72) sabem como notificar para as autoridades sanitárias</p> <p>49,4% (N=42) concordaram que a alta demanda de trabalho influencia na não adesão à notificação, mas 47,1% (N=40) discordaram, mostrando que o grupo de participantes dividiu-se quanto às opiniões.</p> <p>50,6% (N=43) dos profissionais discordam que a falta de identificação da fonte de transmissão compromete na notificação de surtos.</p>	Divergente	Os profissionais têm conhecimento em epidemiologia satisfatório, mas tem dificuldade em transpor esse conhecimento para a rotina de vigilância e, consequentemente, para a identificação e condução do surto.		
			Convergente	Verifica-se que as equipes tem conhecimento sobre como notificar, sabem quais instrumentos utilizar para notificação, no entanto, acreditam que a grande demanda de trabalho compromete a realização da notificação. Nos achados das entrevistas dos grupos focais verificou-se que o problema não é o desconhecimento e sim a falta de conscientização da equipe sobre a importância da notificação e, sendo assim, essa ação não é reconhecida como prioridade no serviço.		

Dimensão	Dados Qualitativos – Grupos Focais		Dados Quantitativos - Inquérito		Fusão dos dados	Comentários sobre a fusão dos dados
	Categorias	Questões				
Instituição Hospitalar	<p>Falta de autonomia do SCIH: decisão sobre notificar surtos é institucional</p> <p>Subcategorias:</p> <p>a) Alta direção coíbe a notificação</p> <p>[...] “Nós não podemos notificar”. Não notificamos, não sei não sei há muito tempo, mas a diretoria não permitia notificar [...] (KD)</p> <p>b) Alta direção não autoriza a notificação devido ao receio da exposição do serviço na mídia</p> <p>[...] eu não tenho problema hoje, mas já tive do hospital dizer “Não...não vamos [refere-se a realização da notificação do surto], porque vai cair na mídia, a gente já falou que vai cair na mídia”. (KF)</p> <p>c) Ausência de certificação de qualidade não estimula a notificação</p> <p>[...] eu posso estar enganada, me corrijam se eu estiver errada, [...] acho que o selo de certificação, de qualidade ajudou um pouco nisso [refere-se à notificação do surto]. (KD)</p>	<p>64,7% (N=55) dos profissionais deixam de notificar, pois temem que isso os prejudique.</p> <p>51,7% (N=44) concordam que a preocupação com a reputação da instituição interfere na notificação.</p> <p>90,6% (N=77) discordam de que a diretoria da instituição pune as unidades que têm casos de IRAS notificados.</p>	Convergente	A instituição, nesse caso representada pela alta direção, é quem decide se a notificação do surto será realizada a despeito do que se apresenta na legislação. A decisão é pautada no quanto a informação sobre o surto pode repercutir negativamente na imagem da instituição.		
		<p>Falta de suporte laboratorial para confirmação do surto</p> <p>A gente tem muita dificuldade em dizer que realmente aquilo é um surto, eu acho que essa é a principal dificuldade e é o que nos faz muitas vezes deixar de notificar porque a gente não tem certeza. Então como a gente não tem confirmação de que é a mesma cepa, como a gente vai afirmar que realmente é o mesmo microrganismo que está sendo transmitido de um paciente para o outro? (YA)</p>	<p>58,8% (N=50) discordam de que o suporte laboratorial da instituição não supre as necessidades do SCIH no que se refere à investigação de surto de IRAS.</p>	Divergente	A percepção dos profissionais que participaram do inquérito é de que o laboratório fornece um suporte adequado para investigação de surtos. Esse dado diverge dos achados dos grupos focais, pois os profissionais relatam que o suporte laboratorial é insuficiente para confirmar o surto.	

Dimensão	Dados Qualitativos – Grupos Focais		Dados Quantitativos - Inquérito		Fusão dos dados	Comentários sobre a fusão dos dados
	Categorias	Questões				
Extra-hospitalar: Vigilância epidemiológica e sanitária	<p>Frágil interlocução entre vigilância (sanitária e epidemiológica) e SCIH:</p> <p>Subcategorias:</p> <p>a) O não-reconhecimento da vigilância (sanitária e epidemiológica) como apoio técnico em investigação de surto</p> <p><i>Então as experiências de tentar notificar surto para esses serviços externos, órgãos não foram nenhuma positivas, no sentido de não realmente vieram a agregar [...] já no começo já com eles, eu acho que a gente tem muito mais dor de cabeça do que da própria dor de cabeça que a gente já tem pra resolver lá. [...] (XA)</i></p> <p><i>Acho que assim nessa questão da vigilância me assusta um pouco a gente está completando agora dez anos de vigilância epidemiológica dos dados do reporte dos dados para o Estado e a sanitária mesmo diante disso ter esse desconhecimento, esse despreparo, chegar dessa maneira, [...] Isso é o que me causa mais não sei se um desgosto ou..., mas poxa se num Estado que já tem a maturidade de ter dados há dez anos, existe este despreparo eu não tenho fé na situação fora ..fora de São Paulo [...] (ZD)</i></p> <p>b) Postura punitiva da vigilância sanitária inibe notificação</p> <p><i>Então eles [vigilância sanitária] são muito punitivos pelo menos na instituição que eu trabalho. Não sei se, nunca foi assim uma coisa pra colaborar, só para punir [...] (ZF)</i></p>	<p>78,2% (N=25) têm conhecimento que as vigilâncias epidemiológicas e sanitárias têm escopos diferentes de ações na abordagem do surto.</p> <p>42% (N=36) dos profissionais tiveram experiência em notificar um surto e em 88,8% (N=32) dessas notificações houve a atuação da vigilância epidemiológica e/ou sanitária. 87,5% (N=28) dos profissionais relataram que a atuação da VE foi positiva e 50% (N=16) dos profissionais citaram uma atuação positiva da VS.</p> <p>90,6% (N=29) dos profissionais relataram que a atuação da VS/VE no surto que investigou não foi de caráter punitivo.</p>	Divergente	A maioria dos participantes teve uma interação positiva com as vigilâncias epidemiológica e sanitária. Destaca-se que os profissionais apontaram que a atuação da vigilância epidemiológica foi considerada mais positiva do que a vigilância sanitária. Nos achados das entrevistas verificou-se que a percepção dos participantes é de que a interlocução com a vigilância sanitária é mais frágil e, até se discutiu o quanto a vigilância epidemiológica tem alcançado nesses últimos anos um avanço em IRAS que não foi visto na vigilância sanitária.	Quanto à postura negativa observa-se que a maioria não teve uma experiência de caráter punitivo quando acionou as vigilância epidemiológica e sanitária, porém, nos grupos focais discutiu-se bastante os quanto a vigilância sanitária tem uma postura punitiva nas visitas aos hospitais.	

Fonte: Elaborado pela autora.

Figura 5 - Desenho esquemático da fusão dos dados quantitativos e qualitativos. São Paulo; 2015.

Nota: Texto em branco representa os dados convergentes, texto em azul representa dados divergentes, texto em preto representa achados qualitativos que não foram contemplados no questionário.

Fonte: Elaborado pela autora.

6 DISCUSSÃO

O uso de MM permitiu neste estudo captar um profundo entendimento sobre os fatores que limitam tanto o desenvolvimento de uma adequada investigação, como a notificação de surtos às autoridades sanitárias.

Em nossa casuística, a taxa de resposta obtida na fase quantitativa de apenas 2,5%, diferente de outros trabalhos desenvolvidos com a mesma metodologia que tiveram taxas de resposta acima de 50% em estudos que tiveram envolvimento governamental no envio dos questionários e^(27, 111-115), entre 30 e 50% em estudos independentes^(71, 116). Um aspecto de possível influência para essa baixa taxa de resposta pode ter sido o receio entre os profissionais para falarem sobre o tema "surto de IRAS". Trata-se de um assunto polêmico, pois muitas vezes há um elevado grau de morbidade e mortalidade e, que no senso comum é associado com falhas profissionais e institucionais. Não obstante tratar-se de um estudo que objetivou conhecer a experiência desses profissionais, os mesmos poderiam ter o receio de que essas informações fossem conectadas ao seu vínculo empregatício corrente.

Observou-se também, que houve uma participação similar entre enfermeiros e médicos nas duas abordagens. Apesar de geralmente a proporção de enfermeiros nas equipes de SCH hospitalares ser superior aos dos médicos, e em nossa casuística ter sido relatada a razão de enfermeiro/médicos de 4:3 profissionais.

Verificou-se ainda, que a generalização dos dados foi prejudicada pela amostra, uma vez que a maioria dos profissionais atuam em SCIH de hospitais de grande porte, com serviços de atenção especializados como unidades de transplantes e onco-hematologia e uma razoável estrutura de recursos humanos.

6.1 O conhecimento sobre investigação de surtos – translação do conhecimento para a prática

O conhecimento sobre epidemiologia, importante ferramenta para investigação de surto, foi, de modo geral, considerado pelos profissionais de controle de IRAS como satisfatório. Os dados foram convergentes aos achados das discussões de grupo focal em que os profissionais consideraram que possuem conhecimento satisfatório, mas nas falas percebeu-se que, na verdade, há uma dificuldade em

traduzir seu conhecimento para a rotina de vigilância que favoreça uma identificação segura de um surto.

A lacuna entre o conhecimento e a prática vem sendo discutida em diversas disciplinas na intenção de fazer o elo entre as pesquisas básicas e aplicadas, sendo conhecida como pesquisa translacional. Essa modalidade de pesquisa ganhou espaço na área da saúde no que se refere à aplicação de resultados de pesquisas básicas para estudos envolvendo pacientes ou populações⁽¹¹⁷⁾.

Dentro desse contexto há a discussão sobre a forma de disseminação dos resultados de pesquisas aos profissionais de saúde por meio de “*guidelines*”, políticas de educação e treinamento. Há também a preocupação de que as intervenções disseminadas sejam adotadas e aplicadas de forma correta. Diante do exposto percebe-se que na área de prevenção e controle de IRAS essa incorporação do saber científico é necessária na rotina dos profissionais de saúde, uma vez que, é preciso traduzir continuamente estes conhecimentos para o cuidado prestado ao paciente⁽¹¹⁸⁻¹²⁰⁾.

Essa problemática torna-se clara, à medida que a maioria dos profissionais participantes apresentou formação em prevenção de IRAS e afirmam que tem conhecimento necessário, mas nas falas dos grupos focais revelam a dificuldade em diagnosticar surtos em sua rotina de vigilância. Percebe-se que o conhecimento da forma como foi adquirido não foi suficiente para que esses profissionais tivessem plenas habilidades e segurança para atuar na investigação de surto.

Verifica-se, portanto, que há uma importante lacuna a ser preenchida por estratégias educacionais inovadoras que possam superar a barreira translacional do conhecimento para a prática.

6.2 Formação do profissional de SCIH para investigação de surtos

A formação específica em controle de IRAS foi elevada nos dois grupos 95% e 88%, para o inquérito e grupo focal, respectivamente. Esses dados revelam que o interesse em discutir tal tema foi maior entre os profissionais com formação na área. É importante salientar o potencial viés de recrutamento dos participantes pela lista de contatos da APECIH.

Apesar da maioria dos participantes nos dois grupos terem formação em controle de IRAS verificou-se a divergência no tema “Formação profissional” entre os dados do inquérito e os achados dos grupos focais. A maioria dos participantes (70,6%) afirmou que considera seu conhecimento em epidemiologia satisfatório para investigação de surtos, porém nas falas dos participantes dos grupos focais há uma crítica com relação à formação do controlador de infecção em que não há o ensino de epidemiologia voltado para a investigação de surtos. Há que se pensar no quanto essa formação em nosso país é baseada nas necessidades reais que um profissional tem em sua rotina de trabalho para o desempenho efetivo das ações de prevenção e controle de IRAS ou trata-se apenas de um cumprimento das obrigações descritas na Portaria 2616/98⁽²⁶⁾.

Algumas iniciativas foram criadas em diversos países pelos governos ou associação de profissionais de controle de IRAS para identificar quais são as competências desses profissionais e subsidiar os currículos dos cursos de formação^(121, 122).

O European Centre for Disease Prevention and Control (2013) publicou um documento com uma lista de competências mínimas para controladores de IRAS. O material pode nortear instituições de saúde pública, universidades, hospitais e outras organizações de saúde sobre as competências mínimas para um profissional do controle de IRAS, auxiliando a organização de programas de treinamentos e estágios e no plano de desenvolvimento profissional⁽¹²³⁾.

Nesse documento há a descrição, definida pelo órgão, do que é uma competência “Capacidade comprovada de utilizar o conhecimento, habilidades e capacidades pessoais, sociais e/ou metodológicas no trabalho ou situações de estudo.” Para uma das áreas de competências “Vigilância e investigação de IRAS” há o domínio “Identificar e investigar o surto”. Dentre muitas das ações descritas nesse domínio há, por exemplo, a capacidade de identificar os surtos e realizar um estudo epidemiológico. Sendo assim, ter o conhecimento sobre epidemiologia em investigação de surtos e não ter a capacidade de traduzi-lo para a prática, segundo este documento europeu já seria considerado como “Não ter essa competência”⁽¹²³⁾.

No Reino Unido em 2011, o “Infection Prevention Society and Competency Steering Group” em conjunto com líderes de governo elaboraram um documento sobre as competências dos profissionais de controle de IRAS. Dentro da competência clínica há a descrição do subitem “Investigação e manejo de surtos”,

em que o profissional deve ter conhecimentos e habilidades em epidemiologia para condução da investigação.

Nos Estados Unidos, há algumas ações para garantir uma boa formação dos profissionais de controle de IRAS. Uma delas é a certificação do profissional do controlador de IRAS pela instituição “Certification Board of Infection Control and Epidemiology, Inc (CBIC)”. A instituição existe desde 1981 e é voluntária, autônoma, ou seja, a instituição não é vinculada a nenhuma organização de profissionais de controle de IRAS. A avaliação é baseada em competências mínimas requeridas desse profissional, competências essas que são baseadas e revisadas em estudos periódicos e transversais, nesse caso a cada cinco anos, sobre as práticas atuais em controle de IRAS^(124, 125). Para o item “Vigilância e investigação epidemiológica” há o subitem “Investigação de surtos” e, nesse, é requerido, dentre outros, o conhecimento e a capacidade de se identificar um surto e formular hipóteses durante a investigação. Observa-se neste caso, a avaliação do profissional no tocante ao emprego de seu conhecimento frente a uma situação rotineira.

Ainda nesse país, a “Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology (APIC)” publicou em 2012 um modelo conceitual sobre as competências mínimas para um profissional de controle de IRAS, competências essas que são avaliadas nos diferentes estágios do profissional, ou seja, desde o profissional no início da carreira até o mais experiente, incentivando dessa forma, um plano de desenvolvimento profissional. No domínio de “Prevenção e Controle de Infecção” há a descrição da habilidade de se implantar a vigilância de IRAS e avaliar os dados epidemiológicos para realização de intervenções, como por exemplo, o diagnóstico de um surto. Para tanto, há a necessidade da aplicação de seu conhecimento sobre epidemiologia na rotina de vigilância⁽¹²¹⁾.

Nenhum dos documentos mencionados é normativo, ou seja, são iniciativas para descrever o que é esperado de um profissional de controle de IRAS, com a intenção de padronizar competências requeridas, sob diferentes contextos regionais e responder a uma necessidade de desenvolvimento profissional. O que se pode ter como ganho neste tipo de publicação é justamente o direcionamento para a construção de competências para profissionais altamente qualificados. Sendo assim, é altamente desejável que a formação desse profissional seja alinhada aos requisitos apontados em tais documentos. Ademais, esses trabalhos podem subsidiar as agências governamentais para tomada de decisão no tocante a uma

discussão sobre a formação do controlador de IRAS e a composição do currículo dos cursos oferecidos sobre esse tema, como foi sugerido pelo documento publicado por “European Centre for Disease Prevention and Control”⁽¹²³⁾.

6.3 Fragilidades no processo de trabalho do SCIH

A falta de recursos materiais não foi considerada como uma barreira para investigação de surtos, dado esse que vai ao encontro das informações da caracterização do serviço, em que se observou que quase todos os SCIH tinham área exclusiva de trabalho, acesso a computadores e internet. O achado do presente estudo mostrou-se diferente de trabalho realizado por O’ Boyle et al (2002), em que este elemento foi apontado como limitante para a realização de ação de controle e prevenção de IRAS⁽¹²⁶⁾.

De modo geral, a maioria dos profissionais não demonstrou a percepção de que haja falta de recursos humanos e, portanto, essa não seria uma barreira para a investigação do surto. Essa informação vai ao encontro do dado de proporção média de 2,4 profissionais a cada 100 leitos encontrada na caracterização do SCIH (inquérito), uma vez que em outros estudos essa proporção é menor. O’Boyle et al (2002), em um estudo sobre a identificação das atividades do SCIH, fazem uma estimativa de profissionais por tipo de hospital e número de leitos e estima que para um hospital geral a proporção seja de 1 profissional/ 100 leitos⁽¹²⁶⁾. Broek et al (2007) em um estudo sobre o número ideal de profissionais de SCIH por hospital sugerem uma relação de 0,5 profissionais/100 leitos. Em outros trabalhos realizados para descrição de estrutura dos SCIH nos Estados Unidos em âmbito da federação (Stone et al, 2009) e em Nova Iorque (Stricof et al, 2008) foram encontradas as proporções 0,5 e 1,4 profissionais/100 leitos, respectivamente^(72,113,127).

Ainda abordando a estrutura de recursos humanos, quase 80% dos SCIH possuem um profissional administrativo, enquanto que Stricof et al (2008), Wright et al e Stone et al (2009) verificaram que apenas 53%, 55% e 62%, respectivamente, dos serviços contavam com esse profissional na equipe^(72,113,128). Embora comparativamente o presente estudo apresente dados que configurem uma melhor estrutura de recursos humanos, observa-se que em termos de vigilância das IRAS, essa relação parece inverter-se quando comparada a outros estudos. Isto porque que as equipes no presente estudo relataram dimensionar em média 32% do tempo

com essa atividade, enquanto O Boyle et al (2002), Stricof et al (2008), Stone et al (2009) observaram as proporções de 39%, 45% e 49%, respectivamente^(72,113,126). Durante os grupos focais também não foi apontada a falta de profissionais como um fator que prejudicasse a investigação de surtos. Entretanto, é importante salientar que nesse grupo houve a proporção 1,4 profissionais de controle de IRAS/100 leitos e 84% das equipes possuíam um profissional administrativo. Ao contrário, as discussões revelaram que a forma de organização e gestão do trabalho da equipe acarreta uma sobrecarga de tarefas que prejudica as ações de vigilância e controle de surtos.

A maioria dos profissionais relatou no inquérito que o tipo de vigilância que realizam permite que seja realizado um diagnóstico rápido e preciso de um surto, porém, nas falas dos entrevistados emergiu que ao longo do surto outras ações são priorizadas em detrimento do manejo epidemiológico mais detalhado de dados, que fica postergado para um segundo momento. Este momento, no entanto, nem sempre ocorre, gerando uma frustração pela incompletude da investigação epidemiológica.

Essa problemática em que o SCIH desvia o foco de ações que lhe são pertinentes para outras demandas do hospital também foi verificada por O'Boyle et al (2002) que investigaram quais fatores influenciam a não realização de atividades pertinentes ao controle de infecção. Estes autores identificaram duas situações: a realização de "atividades concorrentes" e a falta de recursos humanos e materiais. As atividades concorrentes são aquelas ligadas à participação em comissões, como por exemplo, a comissão de segurança e a gestão de crises que ocorrem na rotina hospitalar. Ainda foi discutida a questão da realização de ações que não são pertinentes exclusivamente ao serviço de controle de IRAS como atividades administrativas, medicina ocupacional, gestão da qualidade e educação da equipe de enfermagem. Estimou-se que essas atividades podem eventualmente consumir entre 5% e 60% do tempo de atuação do SCIH.

Para Boyle et al (2002), o SCIH atual teve uma expansão do seu ramo de atividades, sendo necessário ampliar suas responsabilidades e, dessa forma, torna-se importante ter o conhecimento de seu escopo de atividades para gerenciar o processo de controle de IRAS⁽¹²⁶⁾. A gestão é uma das competências do controlador de IRAS, para tanto, ações como avaliação de risco para identificar as prioridades, alinhamento do serviço com a missão e visão da instituição, estabelecimento de metas, mensuração dos objetivos estabelecidos e desenvolvimento de planos de

ação são imprescindíveis para garantia de um adequado processo de trabalho ^(121, 123). Dessa maneira, verifica-se que o SCIH não pode apenas ser passivo às demandas do hospital, há a necessidade de planificar e gerenciar seus processos para garantir bons resultados. O mesmo é necessário durante a investigação de surto sendo fundamental o planejamento das ações para garantir que o processo de investigação seja desenvolvido plenamente.

A falta de interação com as equipes assistenciais e de apoio também foi apontada como um fator dentro do processo de trabalho do SCIH como limitante para investigação de surtos de IRAS. A percepção dos participantes é de não há a compreensão que o surto é um problema de toda a instituição e que se deve desenvolver um trabalho multidisciplinar para a investigação e controle do agravo. Essa interação deve suscitar a contribuição dos diferentes profissionais da equipe de saúde na prevenção e controle de IRAS, propiciando melhor identificação dos problemas e suas causas e, conseqüentemente, tornando claro o papel de todos os profissionais envolvidos nesse processo ^(129, 130).

6.4 A cultura organizacional – o baixo envolvimento institucional na investigação e controle do surto.

No que tange a dimensão institucional, verificou-se que a questão financeira (recursos humanos e materiais) não se configuraram como um dos principais fatores de limitação para a investigação do surto. O baixo envolvimento das lideranças na investigação, na implantação de medidas de controle, no respaldo e legitimização para as recomendações realizadas pelo SCIH, seja da alta direção ou da unidade afetada, é que se mostrou fundamentalmente como barreira para investigação e controle do surto.

Esse envolvimento frágil das lideranças culmina por sua vez o baixo envolvimento da equipe assistencial e de apoio, que não tem definida de forma clara o seu papel na investigação e controle de surto e, acaba não realizando as ações que lhe são pertinentes. Este efeito em cascata, acarreta uma sobrecarga de trabalho para o SCIH que assume todas as ações de investigação e controle. Além disso, adiciona-se também nesse contexto o prejuízo na adesão às medidas de controle. Assim sendo, uma cultura organizacional com pouco foco em prevenção e controle de IRAS influencia desde ações mais centrais de apoio ao SCIH, referindo-

se a alta gestão, passando por uma coordenação local que se envolve pouco na gestão de crise em seu setor, refletindo por fim numa equipe multiprofissional que pouco conhece e desempenha o seu papel na investigação de surto.

Vários estudos têm sido realizados com objetivo de se compreender essa dinâmica do envolvimento da gestão institucional na prevenção e controle de IRAS, em outras palavras, a problemática desse processo saindo da dimensão “SCIH” e abrangendo a “instituição”. Estudos sobre o papel e perfil das lideranças e a influência da cultura organizacional tem emergido nos últimos anos demonstrando a necessidade de compreensão do impacto do contexto institucional no controle de IRAS⁽¹³¹⁻¹³⁴⁾.

Em um estudo qualitativo foram entrevistados diferentes cargos de lideranças e profissionais de controle de infecção em 14 hospitais nos Estados Unidos, com objetivo de se entender quais comportamentos são exibidos por líderes de sucesso em prevenção de IRAS, identificaram-se quatro comportamentos comuns: i) o cultivo de uma cultura de excelência clínica e comunicação eficaz com a equipe; ii) cultura com foco na superação de barreiras sejam de questão pessoal ou de processo resistentes à prevenção da IRAS; iii) cultura que inspire seus colaboradores e (iv) pensamento estratégico com ações políticas prévias a tomadas de decisão cruciais e formação de parcerias entre as disciplinas⁽¹³¹⁾. Esses resultados apresentam um olhar para a prevenção e controle das IRAS que perpassa toda a instituição e abrange o trabalho multidisciplinar, entendendo que o problema “IRAS” é institucional.

Um estudo de revisão discutiu as diferentes situações sobre como a prevenção de IRAS se integra na estrutura de gestão de uma instituição de saúde. A primeira questão discutida foi a interação do controle de infecção com outros serviços ou processos de trabalho na instituição, ficando claro dessa forma, que um controle de infecção eficaz não pode ficar sob responsabilidade apenas de uma equipe especialista, mas deve sim ser incorporado em todos os níveis de gestão refletindo-se até a entrega do cuidado ao paciente. No entanto, o trabalho reitera que essa incorporação do controle de IRAS nos diversos níveis deve ser evidenciado de forma clara no planejamento estratégico do hospital, nas lideranças, na interação entre os gestores e a equipe assistencial e, conseqüentemente, na promoção de um ambiente que permita o aprendizado contínuo em melhoria da qualidade compartilhada entre os profissionais e os gestores⁽¹³²⁾.

Um estudo qualitativo realizado em hospitais norte americanos objetivou investigar quais ações de melhoria da qualidade, além das já conhecidas (barreira máxima para passagem de CVC, curativo impregnado com clorexidine e CVC impregnado com antibiótico) apresentavam maior probabilidade de sucesso em redução de infecção da corrente sanguínea. Foram incluídos seis hospitais e foram realizadas 38 entrevistas com profissionais de controle de IRAS, médicos coordenadores de UTI, médicos intensivistas e gerentes de enfermagem de UTI. Os achados revelaram que para a implantação das ações de prevenção de IRAS há a dependência do compromisso compartilhado entre os membros da organização com as ações de melhoria propostas. Ademais, demonstrou como as diferentes estratégias de melhoria da qualidade podem ter diferentes impactos a depender das características do contexto organizacional. Novamente revela-se a importância do envolvimento institucional, desde equipe de gestão até a equipe assistencial e de apoio, para que as mudanças sejam de fato incorporadas de forma eficaz⁽¹³³⁾.

Um estudo transversal realizado em 16 hospitais nos Estados Unidos avaliou a associação entre a cultura organizacional e o conhecimento, atitudes e práticas dos profissionais de saúde quanto à prevenção de *S aureus* resistente à oxacilina (MRSA). Foram incluídos no questionário itens relativos ao conhecimento, atitudes e práticas, como por exemplo, higiene de mãos e adesão a precaução de contato. Além disso, os profissionais foram questionados quanto às barreiras encontradas para higienização das mãos na instituição. Para avaliação da cultura organizacional foi utilizada a escala de Ohman-Strickland (foco em comunicação, tomada de decisão e estresse) e também questionado sobre otimismo e liderança no tocante à iniciativa de redução de MRSA. Verificou-se que quanto maior o engajamento profissional e envolvimento da liderança, menor foram as barreiras reportadas para realização das medidas de prevenção propostas e maior adesão reportada (atitudes positivas). Por outro lado, altos níveis de estresse foram associados a maior relato de barreiras para realização das medidas de prevenção propostas e menor adesão (menos atitudes positivas entre os profissionais). Esses resultados sugerem que a cultura organizacional influencia na percepção de barreiras para realização das medidas propostas e as atitudes dos profissionais de saúde⁽¹³⁴⁾.

A cultura organizacional e o envolvimento das lideranças para controle de IRAS, têm grande impacto na instituição rotineira de ações de prevenção e controle de IRAS. Em situações de crise, como os surtos de IRAS, esse contexto apenas fica

mais evidente. Uma evidência deste aspecto foi apresentada em uma publicação feita “Commission for Healthcare Audit and Inspection” oriunda de um hospital do Reino Unido em que se relatou a ocorrência de dois surtos no período entre 2003 e 2005. O primeiro surto, ocorrido entre outubro de 2003 e junho de 2004, teve 174 casos e 19 óbitos. No segundo surto, ocorrido entre outubro de 2004 e junho de 2005, houve 160 casos e 19 mortes. Ambos os surtos foram causados pelo agente *Clostridium difficile*. Houve a interferência da “Commission for Healthcare Audit and Inspection”, a pedido do governo, que realizou a investigação do surto, bem como das falhas envolvidas nesse processo. Foram entrevistadas 200 pessoas dentre elas profissionais, pacientes acometidos e seus familiares^(135,136). Como conclusão foi descrito que as práticas de prevenção de IRAS eram incipientes, havia falta de leitos para realização de isolamento desses pacientes e a alta direção não priorizou o surto como um problema grave e institucional e, portanto não forneceu o suporte necessário para a investigação e controle do surto.

Uma iniciativa do National Health Services (NHS) para garantir o envolvimento institucional na investigação de surtos foi a elaboração de um documento sobre essa temática, incluindo informações para o diagnóstico do agravo, notificação e manejo. O documento contém um descritivo sobre o papel de cada profissional no processo de investigação, incluindo a alta direção, setores de apoio, coordenação de unidades e a equipe assistencial⁽¹³⁷⁾.

Outro aspecto a ser abordado nesse enfoque do envolvimento institucional é a valorização do acesso, qualidade e segurança dos dados de epidemiologia hospitalar. Isto porque a vigilância das IRAS tem uma abrangência e interface com outras unidades e setores de apoio. Há uma necessidade de integração das informações geradas nas áreas, com segurança e rapidez de forma a favorecer uma vigilância de IRAS eficaz e consequentemente, a detecção oportuna de surtos. Ademais, um investimento em tecnologia de informação beneficia também os setores assistenciais e de apoio, como aqueles atrelados a qualidade e gestão de riscos.

Chaudhry et al (2006) em uma revisão sistemática observaram que alguns hospitais demonstraram o benefício da tecnologia de informação em saúde no aumento do cuidado baseado em evidências, no monitoramento das atividades de vigilância e na redução de erros de medicação⁽¹³⁸⁾.

Em relação especificamente a prevenção de IRAS vê-se como uma oportunidade o aumento da integração com as áreas não só na captação de informações, mas também como um importante aliado na divulgação dos dados gerados. Além disso, permite que os profissionais tenham mais tempo disponível para atividades relacionadas à educação e outras iniciativas de prevenção de IRAS^(139,140).

6.5 O suporte laboratorial na investigação de surtos

Nessa temática houve divergência entre as informações advindas do inquérito, em que 58% dos profissionais afirmaram que tem um suporte laboratorial adequado para investigação de surto e nos achados dos grupos focais houve praticamente um consenso de que esse suporte é insuficiente sob três formas: possui limitações em fornecer serviços de identificação microbiológica de qualidade, tem pouca capacidade estrutural de processar um maior número de amostras em situações de surto e há falta de técnicas de biologia molecular para discriminação clonal do agente. Há que se destacar a informação sobre a proporção de hospitais que tinham laboratório de microbiologia alocado na instituição que foram 62,3% e 82%, para os profissionais do inquérito e dos grupos focais, respectivamente.

Costa et al (2013), realizaram um estudo de prevalência sobre a qualidade dos laboratórios de microbiologia brasileiros. Foram incluídos hospitais com no mínimo 10 leitos de UTI e com envolvimento no programa do governo sobre eventos adversos, totalizando 467 serviços. Verificou-se que a maioria dos laboratórios não tinha condições mínimas de funcionamento (85,4%). Entre os problemas identificados, verificou-se que 41,9% não realizavam teste para confirmação de Betalactamases de Espectro Ampliado, 40,8% não conseguiam identificar as espécies de *Enterococcus* e 56,9% não realizavam controle de qualidade com cepas padrão⁽¹⁴¹⁾.

Esses dados corroboram os achados dos grupos focais em que os profissionais relataram desde problemas mais elementares até a falta de técnicas de discriminação clonal por técnicas com biologia molecular. No entanto, a divergência entre as informações geradas pode indicar uma necessidade de estudo mais

profundo que avalie a interação do controle de IRAS com o laboratório, em termos de conhecimento de rotinas e qualidade dos serviços prestados.

6.6 Diagnóstico inseguro do surto inibe notificação

Os profissionais, em sua maioria, afirmaram que o pouco conhecimento sobre investigação de surto pode inibir a notificação do evento. Nesse aspecto houve divergência com os dados dos grupos focais, uma vez que esses profissionais não mencionaram isso como um problema e sim, que na verdade, a dificuldade está na translação do conhecimento para a prática. No inquérito quantitativo duas questões foram estruturadas para abordar o tema do conhecimento sobre as técnicas de investigação de surto. A primeira questão estava focada no ato de investigar o surto e as competências do respondente, ou seja, no conhecimento individual do profissional participante da pesquisa *“Considero meu conhecimento de epidemiologia insatisfatório para a condução de uma investigação de surto.”* Nesse caso, os profissionais relataram ter conhecimento satisfatório. Na segunda questão o foco estava na competência de profissionais em geral e sua relação com a subnotificação: *“Há subnotificação pela falta de conhecimento dos profissionais sobre o processo de investigação de surto.”* Nesse caso os profissionais, em sua maioria, afirmaram que a falta de conhecimento pode inibir a notificação de surtos. O que se pode extrair destas informações é que os participantes consideram-se suficientes quanto ao seu próprio conhecimento, porém reconhecem que a notificação de surtos às autoridades pode ser afetada nas situações em que um profissional não tenha tais competências.

Contudo, não se identificou na literatura qualquer abordagem que relacione as falhas de notificação com as possíveis dificuldades técnicas no diagnóstico do surto.

Na Alemanha, em 2011, foi implantado pelas autoridades sanitárias um sistema de vigilância de surtos de IRAS, e para tornar mais sensível a vigilância optou-se por determinar exatamente o que era um critério de “surto notificável” “duas ou mais IRAS epidemiologicamente conectadas” deveriam ser consideradas surto. No período de um ano, dentre 605 notificações, apenas 27 foram descartadas segundo essa definição. Essa iniciativa facilitou a identificação de possíveis surtos, uma vez que elimina a necessidade de avaliação específica para o diagnóstico do evento como surto.

6.7 Falta de conscientização sobre a importância da notificação do surto

Os profissionais de controle de IRAS, de um modo geral, sabem como deve ser feita a notificação, mas não compreendem a importância dessa ação. De modo geral, os profissionais não conseguem compreender como esses dados podem repercutir na saúde pública. Dessa forma, o surto é encarado como um problema de interesse apenas restrito ao âmbito institucional sem qualquer repercussão na sociedade.

Na Alemanha a notificação de surtos é obrigatória desde 2001, mas só em 2011, iniciou-se o programa de vigilância de surtos. Após um ano do início do programa já foi possível identificar dois grandes surtos de IRAS por *Klebsiella pneumoniae* entre dois hospitais em distritos diferentes. A investigação realizada pelas autoridades sanitárias revelou que os surtos na verdade eram conectados, ou seja, havia uma ligação epidemiológica entre os serviços por meio da transferência de pacientes colonizados. Nesse caso o surto foi denominado como “*supra-regional*” e uma equipe de apoio foi oferecida para dar suporte a equipe, bem como o auxílio para análise das cepas em laboratórios de referência do país⁽¹⁴²⁾.

No Brasil, há descrição de surtos de *A. baumannii* que atingiram mais de uma instituição como o surto entre os hospitais de Porto Alegre e do Rio de Janeiro^(56, 143, 144). Em Porto Alegre, onde um surto atingiu 16 hospitais com mais de 500 casos entre 2004 e 2008, houve a organização de um grupo de trabalho composto por profissionais de controle de IRAS dos hospitais da cidade e Associação Gaúcha de Profissionais em Controle de Infecção Hospitalar para discutir e implantar ações de prevenção e controle⁽⁵⁶⁾. Foram realizadas várias ações para controle do surto, entre elas a elaboração de material para controle da disseminação do agente, realização de um estudo epidemiológico e realização de discriminação clonal do agente por biologia molecular⁽¹⁴⁴⁾.

Houve no Brasil, entre 1998 e 2009, uma epidemia por micobactéria de crescimento rápido que, a princípio, parecia acometer apenas algumas instituições, mas mostrou-se como de grandes dimensões atingindo 23 Estados com mais de 2.500 notificações. Os casos estavam associados a procedimentos de videocirurgia, cirurgias de mama e procedimentos não invasivos. Iniciou-se uma investigação em

todo o país, com foco em reprocessamento de materiais e uso de saneantes. Ao final da investigação algumas normativas oficiais no âmbito da federação, notas e informes técnicos foram elaborados para controle da epidemia, como a proibição do uso de agentes químicos por imersão para esterilização de produtos para a saúde, a recomendação de vigilância de IRAS em pacientes submetidos a procedimentos de videocirurgia por até 90 dias e a notificação dos casos diagnosticados de micobactérias de crescimento rápido, entre outros^(53-55, 145-148).

Verifica-se nos trabalhos expostos, que o surto pode muitas vezes não ser apenas um problema restrito à instituição, e que a notificação às autoridades sanitárias permite o reconhecimento de padrões que sugerem surtos de maior amplitude, em que há uma disseminação entre os serviços de saúde. Além disso, o diagnóstico oportuno de surtos desta magnitude favorece a investigação e intervenções mais efetivas para os serviços envolvidos.

6.8 Falta de autonomia do SCIH: decisão sobre notificar surtos é institucional

Mediante a uma situação de surto o profissional de controle de IRAS não tem autonomia para realizar a notificação às autoridades sanitárias. É importante destacar que a Portaria 2.616 define a CCIH como um órgão assessor do nível máximo de gestão da instituição⁽²⁶⁾. A administração pode restringir a notificação seja pelo receio de punição ou pelo receio de exposição negativa da instituição na mídia.

Gastmeier (2005) comenta em um artigo de revisão sobre surtos que os profissionais deixam de notificar devido ao medo das consequências que podem sofrer dentro da instituição⁽⁷³⁾. Haller et al (2014) comenta também sobre a subnotificação é influenciada pela falta de conscientização por parte da instituição sobre a importância da notificação⁽¹⁴²⁾.

Observa-se que a questão da notificação está atrelada a quanto alta direção é sensibilizada e conscientizada sobre a importância desta ação. Idealmente as autoridades sanitárias poderiam desenvolver um trabalho de esclarecimento junto a esses gestores, para além do aspecto legal da notificação do surto, mas principalmente o impacto dos surtos na saúde pública. Isto poderia minimizar o

embate entre a posição do controlador de IRAS e a alta direção no que se refere a decisão quanto a notificação.

Haller et al (2014) discutem outro fator que afeta a adesão à notificação de surtos, que é a exposição negativa da instituição na comunidade por meio da mídia. Nesse trabalho os autores citam um processo que uma instituição sofreu ao publicar um surto em uma UTI Neonatal e pediátrica⁽¹⁴²⁾. O trabalho citado é uma carta publicada por Gortner et al (2000) em uma revista a qual havia previamente publicado uma investigação de surto em uma UTI neonatal e pediátrica. O surto tinha como fonte de transmissão um desinfetante contaminado e o trabalho foi publicado com o objetivo de alertar a comunidade sobre o problema relativo ao controle de saneantes. Na carta o profissional relatou as consequências sofridas pelo hospital após a publicação. A divulgação acarretou em uma investigação policial, com abertura de processos e uma exposição na mídia pelas famílias envolvidas. O questionamento que emergiu a partir deste episódio foi: *“Qual é a solução para esse dilema em que há o direito da população saber o que ocorre e as potenciais consequências que a instituição sofre pela política de mídia pública”*. Sendo assim fica o impasse em divulgar uma experiência em uma investigação de surto para a comunidade científica e as consequências que a instituição pode sofrer devido a essa exposição^(149, 150).

Esta situação aponta para uma necessidade de interação entre as autoridades sanitárias e os serviços representativos da mídia visando alcançar um termo de conciliador entre o direito ao conhecimento, a salvaguarda da imagem institucional e os interesses de saúde pública.

Segundo os participantes dos grupos focais a aquisição do selo de certificação de qualidade parece estar relacionada de forma positiva com a notificação. Os participantes relataram que a certificação promove a realização da notificação, uma vez que a não notificação de surto pode acarretar em prejuízos na avaliação pela empresa certificadora. Dessa forma, os gestores acabam tendo um comprometimento com a notificação desses eventos, como uma forma de manter os padrões de qualidade pactuados nos processos de acreditação.

Algumas Instituições Acreditoras Credenciadas que atuam no Brasil determinam que em caso de evento que culmine em óbito ou dano permanente, deve ser obrigatoriamente notificado para a empresa, mas não é mencionado se isso se aplica também a notificação para autoridades sanitárias^(151,152).

Um trabalho realizado no Japão por Sekimoto et al (2008) visando a avaliação do impacto da acreditação nos programas de controle de IRAS verificou a melhor estruturação e performance dos hospitais acreditados. Entretanto, nesse estudo não foram investigadas essa relação nas questões relativas à investigação e notificação do surto⁽¹⁵³⁾. No Brasil, Pavanello et al (2011) também verificou, em hospitais do município de São Paulo, que os programas de controle de IRAS em instituições com processos de certificação em qualidade são mais estruturados, contudo também não foi investigado se a aquisição da certificação de qualidade impacta no processo de investigação de surto ou na notificação do evento⁽¹⁵⁴⁾.

6.9 Falta de suporte laboratorial para confirmação do surto

Esse tópico discutido anteriormente como uma das limitações para a investigação de surtos é também apontado como uma barreira para notificar o surto. Nesse caso, os achados dos grupos focais revelaram que, a falta de acesso à técnicas de biologia molecular para discriminação clonal do agente prejudica a confiança na definição de surto e a notificação decorrente. Apesar desse tema reaparecer há que se lembrar que houve divergência dos dados quantitativos e qualitativos, uma vez que mais da metade dos participantes no inquérito afirmaram que o suporte laboratorial é suficiente para uma investigação de surto. Não obstante, durante as discussões nos grupos focais não emergiu o apontamento para o fato de que o uso de técnicas de biologia molecular é apenas um adjuvante para complementar os estudos epidemiológicos e não o contrário⁽¹⁵⁵⁾.

6.10 Frágil interlocução entre vigilância (sanitária e epidemiológica) e SCIH

Nesse tema houve divergência entre os grupos participantes da fase quantitativa e qualitativa. Menos da metade dos participantes do inquérito tiveram a experiência de notificar um surto para a autoridade sanitária, mas observou-se que dentre os profissionais que já haviam notificado um surto, a grande maioria teve uma boa experiência com a participação da vigilância epidemiológica na investigação de surto e apenas metade considerou positiva a atuação da vigilância sanitária. Além disso,

quase 90% dos profissionais relataram que não houve uma atuação com caráter punitivo das vigilâncias epidemiológica e sanitária. Dentre os participantes do grupo focal houve apenas um profissional que relatou que essa experiência agregou positivamente para a investigação do surto. No entanto, a idéia que permeou a maior parte das discussões foi o não acionamento das vigilâncias por não reconhecê-las como apoio técnico em investigação de surtos em serviços de saúde. Os profissionais dos órgãos de vigilância não são reconhecidos como apoiadores técnicos porque não demonstram conhecimento específico na área de prevenção e controle de IRAS durante as visitas de auditoria.

Destaca-se, no entanto, uma diferença reconhecida pelos profissionais entre os segmentos de vigilância epidemiológica e de vigilância sanitária. Na perspectiva dos profissionais participantes, o segmento da vigilância sanitária apresenta-se com uma postura punitiva, o que contribui para inibir a notificação.

Rhinehart et al (2012) também discutem essa questão da interação entre o profissional de controle de IRAS e profissionais das autoridades sanitárias, referindo que os profissionais de controle de infecção são resistentes a incluir esses consultores externos na investigação de surto, sem contudo aprofundar os motivos para essa baixa interação⁽²⁹⁾.

Stricof et al (2012) investigaram como é a interação entre profissionais de controle de IRAS e autoridades sanitárias, segundo a visão dos profissionais de controle de IRAS. A questão apresentada foi “*Que fatores você considera como mais importantes para o estabelecimento de uma interação efetiva entre hospitais e autoridades sanitárias locais e/ou estaduais?*” Os três fatores mais citados foram: Comunicação e interação (38%), Construção de um ambiente de interação e disponibilidade do profissional. Dentro do tópico “Construção de um ambiente de interação” houve a ênfase sobre a importância desse relacionamento não ser baseado em punição para promover uma relação de colaboração que seja efetiva para o controle de IRAS⁽¹⁵⁶⁾. Os achados de Stricof et al (2012) são concorrentes com os achados dos grupos focais no presente estudo apontando que uma interação baseada em punição pode ser prejudicial para um relacionamento efetivo entre as autoridades sanitárias e o controle de IRAS⁽¹⁵⁶⁾.

Com relação ao conhecimento e expertise em controle de IRAS, segundo Stricof et al (2012), apenas 9,3% profissionais defendem esse fator como um dos mais relevantes para o relacionamento efetivo. Nesse tópico foi ressaltado que os

profissionais que atuam nas vigilâncias precisam ter experiência em hospitais e compreender o processo de assistência a pacientes para uma melhor interação com o SCIH⁽¹⁵⁶⁾.

No Canadá em 2014, foi publicado um documento sobre os papéis e responsabilidades entre autoridades sanitárias e hospitais no tocante ao manejo e notificação do surto de *Clostridium difficile*. Essa iniciativa governamental visou uma melhor definição de atribuições de cada setor no manejo do surto, reforçando a comunicação e colaboração entre essas organizações. Essa interação deve ocorrer desde a decisão de se notificar o surto até para a implantação de medidas de controle⁽¹⁵⁷⁾.

Diferente dos dois trabalhos acima citados, no Brasil há uma subdivisão do trabalho da vigilância em saúde que se dicotomiza nos grupos de vigilância epidemiológica e de vigilância sanitária. Sendo assim, há a necessidade de se analisar separadamente os escopos de trabalho de cada um destes grupos.

O escopo de trabalho da vigilância epidemiológica é a detecção de novos problemas de saúde pública, o diagnóstico de epidemias, a documentação da disseminação de doenças, a estimativa da magnitude da morbimortalidade causadas por determinados agravos e a identificação de fatores de risco envolvendo a ocorrência de doenças. Além destas ações diagnósticas, tem a função de recomendar as medidas necessárias para prevenir ou controlar a ocorrência de agravos à saúde, avaliar o impacto de medidas de intervenção e avaliar a adequação das estratégias de medidas de intervenção adotadas⁽¹⁵⁸⁾.

A vigilância epidemiológica, segundo os dados do inquérito e dos grupos focais, não foi apontada como uma apresentando uma interação negativa; mas não existe o reconhecimento desse serviço como apoio técnico para a investigação de surto em serviços de saúde.

A vigilância sanitária por sua vez, é um campo de práticas construído por diversas áreas de conhecimento, e tem como desafio a articulação dessas áreas para atender as dimensões da proteção, promoção da saúde e gestão do risco sanitário. As ações de vigilância sanitária não devem ser somente baseadas nas legislações vigentes, mas na união deste com os conhecimentos específicos dos campos que perpassa. Entretanto, no corpo técnico dos órgãos de vigilância sanitária não é possível encontrar todo o conhecimento necessário para o enfrentamento de riscos sanitários oriundos de novas tecnologias introduzidas.

Dessa forma, a articulação de saberes com as diversas áreas como universidades, institutos de pesquisa, entre outros, se torna um desafio para o setor.

Segundo Vecina Neto et al (2012) a construção que apóia o conhecimento da vigilância sanitária se baseia em três características a cooperação, a comunicação e a incorporação. A primeira fala a respeito da busca pelo conhecimento interagindo com vários segmentos da sociedade (universidades, consulta a especialistas, audiências públicas, etc). A segunda trata sobre a transmissão do conhecimento produzido para a sociedade e órgãos sanitários para apoiar de forma mais adequada a legislação sanitária. A última fala da incorporação desse conhecimento produzido⁽¹⁵⁹⁾.

Diante do exposto por Stricof et al (2012) e Vecina Neto et al (2012), corroborados pelos achados dos grupos focais no presente estudo, observa-se que há uma necessidade da vigilância sanitária aproximar-se do contexto hospitalar, e apropriar-se mais dos saberes pertinentes aos processos de prevenção e controle de IRAS. Assim, em momentos de crise como em uma investigação de surto, esse conhecimento já estaria estabelecido e haveria uma maior interação das áreas para resolução do problema^(156, 159).

As divergências encontradas nesse tema revelam a necessidade de realização de novos estudos com o objetivo de se compreender como ocorre essa interação entre os controladores de infecção e as autoridades sanitárias e os fatores que influenciam essa interação.

6.11 Categorias do estudo qualitativo que não sofreram fusão com dados quantitativos

6.11.1 Perfil institucional

O perfil institucional também foi discutido no tocante aos processos administrativos que burocratizam o serviço e consequentemente dificultam a realização de algumas medidas de prevenção para o controle do surto.

Um fator que os profissionais citaram foi o processo de licitação. A percepção dos profissionais é de que quando se faz necessário introduzir uma mudança de equipamento, material, ou qualquer outro insumo como resposta para controle do

surto, observa-se uma lentidão no processo devido às regras impostas pela legislação no processo de licitação⁽¹⁶⁰⁾.

Outro problema é em relação à postura profissional. Ao que parece, a “estabilidade” do profissional no emprego público reflete na adesão às medidas de controle, pois o servidor tem o conhecimento de que só perde o cargo em virtude de sentença judicial ou de processo administrativo disciplinar⁽¹⁶¹⁾.

Com relação ao perfil da equipe envolvida no surto os profissionais relataram que as equipes pediátricas (UTI neo e pediátrica) são percebidas como sendo aquelas com maior envolvimento durante a investigação de surto quando comparadas às equipes de UTI adulto. Não foram localizados trabalhos sobre maior participação de equipes pediátricas em investigação de surto. Apenas poucos estudos sobre a adesão à higienização das mãos em contextos não epidêmicos revelaram que a adesão em UTI pediátrica, incluindo-se aqui a UTI neonatal, é superior às outras unidades assistenciais, inclusive quando comparada a outras UTIs^(162, 163).

6.11.2 Suporte insuficiente do laboratório de referência do Estado

A percepção dos profissionais dos grupos focais é de que o suporte de laboratório de referência do Estado é insuficiente, especialmente pela lentidão na devolutiva do resultado. Sendo assim, muitas vezes não se tem em mãos a informação para uma tomada de decisão oportuna durante o surto.

No Estado de São Paulo tem-se o Instituto Adolfo Lutz como suporte de laboratório de referência. Em 2013, o Centro de Vigilância Epidemiológica, publicou informativos sobre o envio de cepas multirresistentes ao Adolfo Lutz, sendo que em casos de surtos é indispensável a notificação prévia^(67, 68).

A dificuldade de acesso e de resposta oportuna dos laboratórios de referência para identificação genotípica não é um problema exclusivo do Estado de São Paulo. Padoveze e Fortaleza (2014) discutem sobre os desafios da saúde pública em relação ao controle de IRAS e destacam a falta de laboratórios de referência no país para dar suporte imediato para as investigações de surtos⁽¹⁶⁴⁾. Esta limitação tem sido discutida desde 2004 em âmbito federal, no que se refere ao monitoramento da resistência microbiana em serviços de saúde. Uma ação inicial foi realizada pela Anvisa em parceria com a Organização Panamericana de Saúde e com a

Coordenação Geral de Laboratórios em Saúde Pública da Secretaria de Vigilância em Saúde criando em 2005, a Rede Nacional de Monitoramento da Resistência Microbiana⁽¹⁶⁵⁾.

Em 2013, a Anvisa através da Gerência-Geral de Laboratórios de Saúde Pública em parceria com a Gerência-Geral de Serviços de Saúde iniciou a conformação de uma Sub-rede Laboratorial de vigilância e monitoramento de resistência microbiana em serviços de saúde. Essa sub-rede é gerida pela Gerência Geral de laboratórios de saúde pública e tem como objetivo coordenar e gerenciar a Rede Nacional de Laboratórios de Vigilância Sanitária em articulação com as três dimensões de governo e propor, coordenar e apoiar ações para implantação e adequação de laboratórios estratégicos para execução das atividades de vigilância sanitária⁽¹⁶⁵⁾.

Nesse contexto a portaria que regula Sub-Rede Analítica de Resistência Microbiana em Serviços de Saúde tem adicionado as funções de detecção de microrganismos multirresistentes ainda não identificados no país e a detecção de microrganismos em situação de surto⁽¹⁶⁶⁾. Está prevista para o ano de 2015 a ampliação da capacitação técnica de laboratórios que não fazem parte Sub-Rede⁽¹⁶⁵⁾.

Sendo assim, ao que parece esse suporte, por ora, não tem sido suficiente e há uma estruturação em andamento das redes de laboratórios de referência para atender a todas as demandas de saúde pública.

6.12 Limitações da pesquisa

O desenho convergente paralelo, escolhido para este estudo, tem a característica de fornecer um conhecimento mais profundo do tema por ilustrar os resultados quantitativos com os achados qualitativos. Sendo assim, a síntese desses resultados fornece uma maior compreensão sobre o objeto de estudo. No entanto, algumas limitações foram identificadas durante a trajetória do trabalho.

Embora o questionário do inquérito quantitativo tenha sido elaborado e validado por especialistas por meio da técnica Delphi, verificou-se ao final que ele não apresentou plena potência para captar algumas informações relevantes sobre as barreiras para a investigação e notificação do surto que emergiram nos grupos focais. Dessa forma, na etapa de fusão dos dados, alguns dos temas nos achados qualitativos não puderam ser comparados com resultados quantitativos, pois esses

não estavam contemplados no questionário. As categorias temáticas que emergiram a posteriori no braço qualitativo do estudo foram: o perfil institucional e o suporte insuficiente do laboratório de referência do Estado.

O acesso majoritário aos participantes do inquérito foi feito com base na lista de associados da APECIH, a amostra pode ter apresentado o viés de participantes com maior engajamento profissional. Este potencial viés foi identificado na etapa de descrição do perfil dos participantes, os quais possuíam em sua maioria uma formação específica em controle de IRAS. Dessa forma, uma limitação existe quanto a possível generalização dos resultados aqui obtidos no que tange a formação e conhecimento técnico suficiente para uma investigação de surto.

Apesar do estudo ser baseado na experiência profissional as questões relativas ao envolvimento institucional poderiam sugerir uma conexão com a instituição em que os profissionais tinham vínculo empregatício. Sendo assim, isso poderia culminar em um viés de resposta para não expor a instituição. Para minimizar este risco optou-se por não acessar esses profissionais via instituição hospitalar. Outro recurso utilizado para limitar o viés de resposta referente a barreiras de notificação foi não utilizar qualquer meio envolvendo os órgãos sanitários para ter acesso à lista de e-mails das instituições hospitalares do Estado de São Paulo. Por conseguinte, não foi possível aplicar um método de recrutamento ideal de participantes que não favorecesse nenhum tipo de viés.

6.13 Recomendações

Frente aos resultados do presente estudo identificam-se algumas recomendações para melhoria do processo de investigação e notificação de surtos de IRAS.

No tocante às autoridades sanitárias recomenda-se a realização de capacitação dos profissionais de controle de IRAS, utilizando treinamentos translacionais, a fim de promover a integração do conhecimento com a prática. Recomenda-se também, a construção de novas estratégias que promovam o fortalecimento da comunicação e integração com os serviços de controle de IRAS, além da necessidade de um trabalho de esclarecimento junto aos gestores das instituições, sobre o seu papel no controle de IRAS e a importância da notificação de surtos. Recomenda-se ainda, que as autoridades sanitárias tenham uma interação com os serviços

representativos da mídia para estabelecer um termo de conciliador entre o direito à informação, a preservação da imagem institucional e os interesses de saúde pública.

Neste mesmo sentido pode-se recomendar que as instituições responsáveis pela formação na área de saúde, notadamente enfermagem e medicina, possam introduzir capacitações que favoreçam a ampliação da competência técnica para o manejo de surtos. Além disto, estas instituições têm potência para aportar enorme contribuição por meio de pesquisas em diversos aspectos das investigações de surto, com ênfase nos métodos translacionais para implementação da ciência baseada em evidência, estudos de mudanças comportamentais e estratégias de melhoria da cultura institucional.

Aos enfermeiros, importantes profissionais de controle de IRAS, e aos demais profissionais que atuam nesse campo, recomenda-se a busca por competências necessárias para sua atuação, sendo necessária uma auto-avaliação constante para diagnosticar as áreas em que mais educação ou aprimoramento de habilidades são necessárias para melhoria do desenvolvimento profissional.

7 CONCLUSÃO

As limitações para a investigação do surto são dificuldade em transpor para a prática o conhecimento técnico sobre investigação de surtos, a fragilidade nos processos de trabalho de controle de prevenção de IRAS e a cultura organizacional com pouco envolvimento em questões relacionadas à segurança em controle de IRAS.

Com relação à notificação identificou-se que a falta de conscientização sobre a importância da notificação do surto e a falta de autonomia do serviço de controle de IRAS para notificar o surto é que se revelaram como barreiras para a notificação do evento.

Foram identificadas algumas divergências entre os resultados quantitativos e achados qualitativos. A falta de suporte laboratorial nas instituições hospitalares e a formação insatisfatória do controlador de infecção em investigação de surtos não foram confirmadas como limitações para investigação do evento. Assim como, a frágil interlocução entre autoridades sanitárias e o serviço de controle de IRAS durante a investigação do surto não se sustentou como uma barreira para notificação do surto.

Não foi possível ainda realizar a fusão de dois achados qualitativos com resultados quantitativos, pois os temas que emergiram nas discussões dos grupos focais não foram contemplados no questionário. Trata-se do suporte insuficiente do laboratório de referência do Estado e a interferência do perfil institucional público ou privado no manejo do surto.

Os resultados dessa pesquisa podem subsidiar intervenções que potencializem o manejo de surtos de IRAS e a notificação dos eventos. Entre as recomendações, é altamente desejável que sejam elaboradas estratégias para ampliação da capacitação técnica e para melhorar a interação entre os profissionais envolvidos neste processo.

8 REFERÊNCIAS

1. Maciel AL, de Assis DB, Madalosso G, Padoveze MC. Evaluating the quality of outbreak reports on health care-associated infections in Sao Paulo, Brazil, during 2000-2010 using the ORION statement findings and recommendations. *Am J Infect Control*. 2014;42(4):e47-53.
2. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Portaria GM no 2.616, de 12 de Maio de 1998. Dispõe sobre o Programa de Controle de Infecção Hospitalar. Diário Oficial da União, Brasília, 13 mai. 1998.
3. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Pediatria: prevenção e controle de infecção hospitalar [Internet]. Brasília: ANVISA; 2005 [cited 2012 Mar 30]. Available from: http://www.anvisa.gov.br/servicosauade/manuais/manual_pediatria.pdf.
4. Divisão de Infecção Hospitalar. Centro de Vigilância Epidemiológica. Infecções Relacionadas a Serviços de Saúde: Orientação para Público em geral [internet]. São Paulo: CVE; 2012 [cited 2013 Aug 13]. Available from: http://www.cve.saude.sp.gov.br/him/i/pdf/IRAS12_pub_geral.pdf.
5. Organização Mundial da Saúde. Global Patient Safety Challenge: 2005–2006. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2005 [cited 2013 Jan 20]. Available from: http://www.who.int/patientsafety/en/brochure_final.pdf.
6. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. ANVISA intensifica controle de infecção em serviços de saúde. *Rev Saude Publica*. 2004;38(3):475-8.
7. Scott D. The Direct Medical costs of Healthcare-Associated Infections in U.S. Hospitals and the Benefits of Prevention [Internet]. Atlanta: Center for Disease Control; 2009 [cited 2012 Mar 23]. Available from: http://www.cdc.gov/HAI/pdfs/hai/Scott_CostPaper.pdf.
8. Zimlichman E, Henderson D, Tamir O, Franz C, Song P, Yamin CK, et al. Health care-associated infections: a meta-analysis of costs and financial impact on the US health care system. *JAMA Intern Med*. 2013;173(22):2039-46.
9. Kleven RM, Edwards JR, Richards CL, Horan TC, Gaynes RP, Pollock DA, et al. Estimating health care-associated infections and deaths in U.S. hospitals, 2002. *Public Health Rep*. 2007;122(2):160-6.
10. National Audit Office. Improving patient care by reducing the risk of hospital acquired infection: A progress report [Internet]. Londres: The Stationery Office; 2004 [cited 2012 Mar 17]. Available from: <http://www.nao.org.uk/report/improving-patient-care-by-reducing-the-risk-of-hospital-acquired-infection-a-progress-report/>.
11. Higuera F, Rangel-Frausto MS, Rosenthal VD, Soto JM, Castañón J, Franco G, et al. Attributable cost and length of stay for patients with central venous catheter-associated bloodstream infection in Mexico City intensive care units: a prospective, matched analysis. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2007;28(1):31-5.
12. Rosenthal VD, Guzman S, Migone O, Crnich CJ. The attributable cost, length of hospital stay, and mortality of central line-associated bloodstream infection in intensive care departments in Argentina: A prospective, matched analysis. *Am J Infect Control*. 2003;31(8):475-80.
13. Salomao R, Rosenthal VD, Maretti da Silva MA, Vilins M, Blecher S. The Attributable Cost, and Length of Hospital Stay of Central Line Associated Blood Stream Infection in Intensive Care Units in Brazil: A Prospective, Matched Analysis. *Am J Infect Control* 2006; 34(5): E22.

14. Allegranzi B, Bagheri Nejad S, Combescure C, Graafmans W, Attar H, Donaldson L, et al. Burden of endemic health-care-associated infection in developing countries: systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2011;377(9761):228-41.
15. Prade SS, Oliveira ST, Rodrigues R, Nunes FA, Neto EM, Felix JQ. Estudo brasileiro da magnitude das infecções hospitalares em hospital terciário. *Rev Cont Inf Hosp*. 1995;2(2):11-24.
16. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Indicador de Infecção Primária em Corrente Sanguínea: Análise dos dados das Unidades de Terapia Intensiva Brasileiras no ano de 2012. Brasília: ANVISA; 2013 [cited 2014 May 01]. Available from: file:///C:/Users/AMANDA/Downloads/boletim_06.pdf.
17. Assis DB. Análise dos dados do Sistema de Vigilância Epidemiológica das Infecções Hospitalares do Estado de São Paulo 2013. São Paulo: Centro de Vigilância Epidemiológica; 2014 [Cited 2014 Jul 20]. Available from: http://www.cve.saude.sp.gov.br/htm/IH/pdf/IH14_DADOS2013.pdf.
18. Haley RW, Tenney JH, Lindsey JO, Garner JS, Bennett JV. How frequent are outbreaks of nosocomial infection in community hospitals? *Infect Control*. 1985;6(6):233-6.
19. Rouquayrol MZ. O Processo Epidêmico. In: Rouquayrol MZ, Filho NA, editors. *Epidemiologia e saúde*. 6ª ed. Rio de Janeiro: Medsi; 2003. p. 124-40.
20. Arias KM. An introduction to epidemiology. In: Arias KM, editor. *Outbreak Investigation, Prevention, And Control In Health Care Settings: Critical Issues In Patient Safety*. 2 ed. Sudbury: Jones and Bartlet Publishers; 2010. p. 1-27.
21. Ostrowsky B, Jarvis WR. Efficient management of outbreak investigations. In: Wenzel RP, editor. *Prevention and control of nosocomial infection*. 4ª ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2003. p. 501-23.
22. Sydnor ER, Perl TM. Hospital epidemiology and infection control in acute-care settings. *Clin Microbiol Rev*. 2011;24(1):141-73.
23. Jarvis WR. Investigation of outbreaks. In: Mayhall CG, editor. *Hospital epidemiology and infection control*. 3ª ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2004. p. 107-15.
24. Reingold AL. Outbreak investigations-a perspective. *Emerg Infect Dis*. 1998;4(1):21-7.
25. Lopes CD, Lopes FFP. Construindo o futuro. Do risco a qualidade: A vigilância sanitária nos serviços de saúde. Brasília: Anvisa; 2008. p. 157-71.
26. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM n.2.616, de 12 de Maio de 1998. Dispõe sobre o Programa de Controle de Infecção Hospitalar. *Diário Oficial da União*, Brasília, 13 mai. 1998.
27. Santos AAM. O modelo brasileiro para o controle das infecções hospitalares: após vinte anos de legislação, onde estamos e para onde vamos? [Internet]. Belo Horizonte: Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais; 2006 [Cited 2013 May 15]. Available from: <http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/handle/1843/ECJS-6XRPRQ>.
28. Santos AAM, Lopes FFP, Cardoso MRA, Serufo JC. Programa de Pesquisas Hospitalares: Em Busca de Excelência: Fortalecendo o Desempenho Hospitalar em Brasil [Internet]. Brasília: Anvisa; 2005 [cited 2012 Mar 26]. Available from: http://www.anvisa.gov.br/servicos/saude/controlo/Infecoes%20Hospitalares_diag_nostico.pdf.
29. Rhinehart E, Walker S, Murphy D, O'Reilly K, Leeman P. Frequency of outbreak investigations in US hospitals: results of a national survey of infection preventionists. *Am J Infect Control*. 2012;40(1):2-8.

30. Vonberg RP, Weitzel-Kage D, Behnke M, Gastmeier P. Worldwide Outbreak Database: the largest collection of nosocomial outbreaks. *Infection*. 2011;39(1):29-34.
31. Jarvis WR. Nosocomial outbreaks: the Centers for Disease Control's Hospital Infections Program experience, 1980-1990. Epidemiology Branch, Hospital Infections Program. *Am J Med*. 1991;91(3B):101S-6S.
32. Oh HS, Chung HW, Kim JS, Cho SI. National survey of the status of infection surveillance and control programs in acute care hospitals with more than 300 beds in the Republic of Korea. *Am J Infect Control*. 2006;34(4):223-33.
33. Vashishtha VM, Mittal A, Garg A. A fatal outbreak of *Trichosporon asahii* sepsis in a neonatal intensive care Unit. *Indian Pediatr*. 2012;49(9):745-7.
34. Tresoldi AT, Padoveze MC, Trabasso P, Veiga JF, Marba ST, von Nowakowski A, et al. *Enterobacter cloacae* sepsis outbreak in a newborn unit caused by contaminated total parenteral nutrition solution. *Am J Infect Control*. 2000;28(3):258-61.
35. Pasqualotto AC, Sukiennik TC, Severo LC, de Amorim CS, Colombo AL. An outbreak of *Pichia anomala* fungemia in a Brazilian pediatric intensive care unit. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2005;26(6):553-8.
36. Muto CA, Pokrywka M, Shutt K, Mendelsohn AB, Nouri K, Posey K, et al. A large outbreak of *Clostridium difficile*-associated disease with an unexpected proportion of deaths and colectomies at a teaching hospital following increased fluoroquinolone use. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2005;26(3):273-80.
37. Yakupogullari Y, Otlu B, Dogukan M, Gursoy C, Korkmaz E, Kizirgil A, et al. Investigation of a nosocomial outbreak by alginate-producing pan-antibiotic-resistant *Pseudomonas aeruginosa*. *Am J Infect Control*. 2008;36(10):e13-8.
38. Bou R, Lorente L, Aguilar A, Perpiñán J, Ramos P, Peris M, et al. Hospital economic impact of an outbreak of *Pseudomonas aeruginosa* infections. *J Hosp Infect*. 2009;71(2):138-42.
39. Spearing NM, Jensen A, McCall BJ, Neill AS, McCormack JG. Direct costs associated with a nosocomial outbreak of *Salmonella* infection: an ounce of prevention is worth a pound of cure. *Am J Infect Control*. 2000;28(1):54-7.
40. Piednoir E, Bureau-Chalot F, Merle C, Gotzamanis A, Wuibout J, Bajolet O. Direct costs associated with a nosocomial outbreak of adenoviral conjunctivitis infection in a long-term care institution. *Am J Infect Control*. 2002;30(7):407-10.
41. Zingg W, Colombo C, Jucker T, Bossart W, Ruef C. Impact of an outbreak of norovirus infection on hospital resources. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2005;26(3):263-7.
42. Kanerva M, Blom M, Tuominen U, Kolho E, Anttila VJ, Vaara M, et al. Costs of an outbreak of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*. *J Hosp Infect*. 2007;66(1):22-8.
43. Piednoir E, Borderan GC, Borgey F, Thibon P, Lesellier P, Leservoisier R, et al. Direct costs associated with a hospital-acquired outbreak of rotaviral gastroenteritis infection in a long term care institution. *J Hosp Infect*. 2010;75(4):295-8.
44. Zivna I, Bergin D, Casavant J, Fontecchio S, Nelson S, Kelley A, et al. Impact of *Bordetella pertussis* exposures on a Massachusetts tertiary care medical system. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2007;28(6):708-12.
45. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Investigação de Eventos Adversos em Serviços de Saúde*. Brasília: ANVISA; 2013.

46. Edmond MB, Wenzel RP. Organization for Infection Control. In: Mandell G, Bennett J, Dolin R, editors. Principles and Practice of Infectious Diseases. 7^a ed. Philadelphia: Churchill Livingstone-Elsevier; 2010. p. 3669-72.
47. Waldman EA, Galvanese FAC. Vigilância em Saúde Pública e Investigações de surtos. In: Fernandes AT, editor. Infecção Hospitalar e suas interfaces com a área da saúde. São Paulo: Atheneu; 2000. p. 1386-400.
48. Beck-Sague C, Jarvis WR, Martone WJ. Outbreak investigations. Infect Control Hosp Epidemiol. 1997;18(2):138-45.
49. Arias KM. Investigation, prevention, and control of outbreaks in healthcare setting. In: Arias KM, editor. Outbreak Investigation, Prevention, And Control In Health Care Settings: Critical Issues In Patient Safety. 2 ed. Sudbury: Jones and Bartlet Publishers; 2010. p. 281-301.
50. Raslan O. Outbreak Management. In: Friedman C, Newsom W, editors. IFIC Basic Concepts of Infection Control. 2nd ed. Cambridge: International Federation of Infection Control; 2011. p. 57-69.
51. Organização Mundial da Saúde. Communicable disease control in emergencies: A fiel manual. Irlanda: Organização Mundial da Saúde; 2005 [Cited 2013 Jul 20]. Available from: http://www.who.int/infectious-disease-news/IDdocs/whocds200527/ISBN_9241546166.pdf.
52. Cook E, Marchaim D, Kaye KS. Building a successful infection prevention program: key components, processes, and economics. Infect Dis Clin North Am. 2011;25(1):1-19.
53. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Relatório descritivo de investigação de casos de infecções por micobactérias não tuberculosas de crescimento rápido (MCR) no Brasil no período de 1998 a 2009 [Internet]. Brasília: ANVISA; 2011 [cited 2013 May 28]. Available from: <http://www.anvisa.gov.br/servicosauade/controle/reniss.htm>.
54. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada Nº 8, de 27 de fevereiro de 2009 . Dispõe sobre as medidas para redução da ocorrência de infecções por Micobactérias de Crescimento Rápido - MCR em serviços de saúde. Diário Oficial da União, Brasília, 27 Fev. 2009., (2009).
55. Madalosso G, Padoveze MC. **Relatório descrito de Investigação de casos de Infecções por micobactérias não tuberculosas de crescimento rápido (MCR) no Brasil no período De 1998 a 2009.** Brasília: ANVISA; 2011 [Cited 2013 Jul 24]. Available from: http://www.anvisa.gov.br/hotsite/hotsite_micobacteria/relatorio_descrito_mcr_16_02_11.pdf.
56. Prefeitura de Porto Alegre. Manual de orientação para controle da disseminação de *Acinetobacter* sp resistentes a carbapenêmicos no município de Porto Alegre [Internet]. Porto Alegre: Prefeitura de Porto Alegre; 2008 [cited 2013 May 29]. Available from: www.agih.com.br/adm_agi/arquivos/ver_arquivo.php?id_arquivo=9.
57. Brasil. Ministério da Saúde. Investigação e Controle de Bactérias Multiresistentes [Internet]. Brasília: Anvisa; 2007 [cited 2013 May 25]. Available from: http://www.anvisa.gov.br/servicosauade/controle/reniss/manual%20controle_bacterias.pdf.
58. Brasil. Ministério da Saúde. Informe Técnico nº 05/07 - Surto de enterococo resistente a vancomicina em estabelecimentos de assistência a saúde: fundamentos e esclarecimentos gerais [Internet]. Brasília: Anvisa; 2008 [cited 2013 May 28].

Available

from:

http://www.anvisa.gov.br/servicosauade/controle/reniss/Informe_vre.pdf.

59. Brasil. Ministério da Saúde. Informe técnico sobre a RDC 20/2011 - Orientações de procedimentos relativos ao controle de medicamentos a base de substâncias classificadas como antimicrobianos, de uso sob prescrição, isoladas ou em associação [Internet]. Brasília: Anvisa; 2011 [cited 2013 May 28]. Available from: http://www.anvisa.gov.br/sngpc/Informe_Tecnico_Procedimentos_RDC_n_20.pdf.

60. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução da Diretoria Colegiada nº 20, de 5 de maio de 2011. Dispõe sobre o controle de medicamentos à base de substâncias classificadas como antimicrobianos, de uso sob prescrição, isoladas ou em associação. Diário Oficial da União, Brasília, 09 mai. 2011.

61. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução da Diretoria Colegiada nº 42, de 25 de outubro de 2010. Dispõe sobre a obrigatoriedade de disponibilização de preparação alcoólica para fricção antisséptica das mãos, pelos serviços de saúde do País, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 26 out. 2010.

62. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Portaria no 961, de 16 de Julho de 2010. Dispõe sobre a instituição de Grupo de Trabalho de Investigação de Surtos. Diário Oficial da União, Brasília, 16 jul. 2010.

63. Brasil. ANVISA. Investigação de Eventos Adversos em Serviços de Saúde. Brasília: ANVISA; 2013.

64. Brasil. ANVISA. Notificação de caso, agregado de casos e surto em serviços de saúde [internet] Brasília: ANVISA; 2013 [Cited 2013 Jul 20]. Available from: http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id_aplicacao=8934.

65. Brasil. Ministério da Saúde. Investigação de eventos adversos em serviços de saúde. Brasília: Anvisa; 2013.

66. Divisão de Infecção Hospitalar São Paulo: Centro de Vigilância Epidemiológica; 2011 [Cited 2013 Jul 22]. Available from: http://www.cve.saude.sp.gov.br/hm/ih/ih11_not.htm.

67. Centro de Vigilância Epidemiológica. Divisão de Infecção Hospitalar. Orientação para o envio de cepas de Enterococos resistentes a vancomicina (VRE) ao Instituto Adolfo Lutz [internet]. São Paulo: Centro de Vigilância Epidemiológica; 2013 [Cited 2013 Ago 01]. Available from: http://www.cve.saude.sp.gov.br/hm/ih/pdf/ih13_coleta_vre.pdf.

68. Centro de Vigilância Epidemiológica. Divisão de Infecção Hospitalar. Orientação para o envio de cepas de enterobactérias resistentes a carbapenêmicos ao Instituto Adolfo Lutz [internet]. São Paulo: Centro de Vigilância Epidemiológica; 2013 [Cited 2013 Ago 01]. Available from: http://www.cve.saude.sp.gov.br/hm/ih/pdf/ih13_coleta_enterobacterias_resistentes.pdf.

69. Zoutman DE, Ford BD, Gauthier J. A cross-Canada survey of infection prevention and control in long-term care facilities. Am J Infect Control. 2009;37(5):358-63.

70. Moro ML, Petrosillo N, Gandin C, Bella A. Infection control programs in Italian hospitals. Infect Control Hosp Epidemiol. 2004;25(1):36-40.

71. Sánchez-Payá J, Bischofberger C, Lizan M, Lozano J, Muñoz Platón E, Navarro J, et al. Nosocomial infection surveillance and control: current situation in Spanish hospitals. J Hosp Infect. 2009;72(1):50-6.

72. Stone PW, Dick A, Pogorzelska M, Horan TC, Furuya EY, Larson E. Staffing and structure of infection prevention and control programs. Am J Infect Control. 2009;37(5):351-7.

73. Gastmeier P, Stamm-Balderjahn S, Hansen S, Nitzschke-Tiemann F, Zuschneid I, Groneberg K, et al. How outbreaks can contribute to prevention of nosocomial infection: analysis of 1,022 outbreaks. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2005;26(4):357-61.
74. Moffatt S, White M, Mackintosh J, Howel D. Using quantitative and qualitative data in health services research - what happens when mixed method findings conflict? *BMC Health Serv Res*. 2006;6:28.
75. O'Cathain A, Murphy E, Nicholl J. Why, and how, mixed methods research is undertaken in health services research in England: a mixed methods study. *BMC Health Serv Res*. 2007;7:85.
76. Doyle L, Brady A-M, Byrne G. An overview of mixed methods research. *J Res Nurs*. 2009;14:175-85.
77. Curry LA, Krumholz HM, O'Cathain A, Plano Clark VL, Cherlin E, Bradley EH. Mixed methods in biomedical and health services research. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*. 2013;6(1):119-23.
78. Twinn S. Status of mixed methods research in nursing. In: Tashakkori A, Teddlie C, editors. *Handbook of Mixed Methods in Social & Behavioral Research*. Thousand Oaks: Sage Publications. p. 541–56.
79. Tashakkori A, Creswell JW. Editorial: The New Era of Mixed Methods. *J Mix Methods Res*. 2007;1:3-7.
80. Creswell JW, Plano-Clark V. *Pesquisa de Métodos Mistos*. 2ª ed. Porto Alegre: Penso; 2013.
81. Morse J, Niehaus L. *Mixed Method Design*. Walnut Creek: Left Coast Press; 2009.
82. Teddlie C, Tashakkori A. *Foundations of Mixed Methods Research: Integrating quantitative and qualitative approaches in the social and behavioral sciences*. Thousand Oaks: Sage Publications; 2009.
83. Johnson RB, Onwuegbuzie AJ, Turner LA. Toward a Definition of Mixed Methods Research. *J Mix Methods Res*. 2007;1:112-32.
84. Morgan DL. Paradigms Lost and Pragmatism Regained: Methodological Implication of Combining Qualitative and Quantitative Methods. *J Mix Methods Res*. 2007;1:48-75.
85. Denscombe M. Communities of Practice: A Research Paradigm for the Mixed Methods Approach. *J Mix Methods Res*. 2008;1:1-14.
86. Minayo MCS, Sanches O. **Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade?** *Cad Saúde Publ* 1993; 9(3): 239-262.
87. *Avances in Mixed Methods Research*. London: Sage Publications; 2008.
88. Bryman A. Integrating quantitative and qualitative research: how is it done? *Qual Res*. 2006;6:97-113.
89. Guest G. Describing Mixed Methods Research: An Alternative to Typologies. *J Mix Methods Res*. 2013;7:141-51.
90. *Mixed Methods Research for nursing and the health sciences*. Oxford: Blackwell Publishing; 2009.
91. Carvalho BA, Maciel ALP, Padoveze MC. Limitações no processo de investigação e notificação de surtos de Infecções relacionadas a assistência a saúde (IRAS): desenvolvimento e validação de instrumento de pesquisa [Monografia]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2015.
92. Brasil. Ministério da Saúde - Datasus. *Manual do Gestor FormSUS*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2010.

93. Brasil. Ministério da Saúde - Datasus. FormSUS [internet] Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2013 [Cited 2013 Sep 20]. Available from: <http://formsus.datasus.gov.br/site/default.php>.
94. Kitzinger J. Qualitative Research: Introducing focus groups. *BMJ*. 1995;311:299-302.
95. Freeman T. 'Best practice' in focus group research: making sense of different views. *J Adv Nurs*. 2006;56(5):491-7.
96. Iervolino AS, Pelicione MCF. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. *Rev Esc Enf USP*. 2001;35(2):115-21.
97. Halcomb EJ, Gholizadeh L, DiGiacomo M, Phillips J, Davidson PM. Literature review: considerations in undertaking focus group research with culturally and linguistically diverse groups. *J Clin Nurs*. 2007;16(6):1000-11.
98. Doody O, Slevin E, Taggart L. Focus group interviews in nursing research: part 1. *Br J Nurs*. 2013;22(1):16-9.
99. Redmond R, Curtis E. Focus groups: principles and process. *Nurs Res*. 2009;16:57-69.
100. Parahoo K. Focus groups. *Nurse Res*. 2007;14:4-6.
101. Barbour R. Grupos Focais. Porto Alegre: Artmed; 2009.
102. Stewart DW, Shamdasani PN, Rook DW. Focus Groups: Theory and Practice. Thousand Oaks: Sage Publications; 2007.
103. Doody O, Slevin E, Taggart L. Preparing for and conducting focus groups in nursing research: part 2. *Br J Nurs*. 2013;22(3):170-3.
104. Krueger RA, Casey MA. Focus Group: A practical guide for applied research. 3rd ed. Thousand Oaks: Sage Publications; 2000.
105. Rabiee F. Focus-group interview and data analysis. *Proc Nutr Soc*. 2004;63(4):655-60.
106. Onwuegbuzie AJ, Dickinson WB, Leech NL, Zoran AG. A Qualitative Framework for Collecting and Analyzing Data in Focus Group Research. *Int J Qual Methods*. 2009;8:1-21.
107. Plummer-D'Amato P. Focus group methodology Part 2: Considerations for analysis. *Int J Ther Rehabil*. 2008;15:123-9.
108. Doody O, Slevin E, Taggart L. Focus group interviews part 3: analysis. *Br J Nurs*. 2013;22(5):266-9.
109. Bardin L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2011.
110. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União, Brasília*, 13 Jun. 2013.
111. Hui Z, Jian-Shi H, Xiong H, Peng L, Da-Long Q. An analysis of the current status of hospital emergency preparedness for infectious disease outbreaks in Beijing, China. *Am J Infect Control*. 2007;35(1):62-7.
112. Rebmann T, Carrico R, English JF. Hospital infectious disease emergency preparedness: a survey of infection control professionals. *Am J Infect Control*. 2007;35(1):25-32.
113. Stricof RL, Schabses KA, Tserenpuntsag B. Infection control resources in New York State hospitals, 2007. *Am J Infect Control*. 2008;36(10):702-5.
114. Silva CPR, Lacerda RA. *Rev Saude Publica* 2011;45(1):121-8.
115. Sekimoto M, Imanaka Y, Kobayashi H, Okubo T, Kizu J, Kobuse H, et al. Factors affecting performance of hospital infection control in Japan. *Am J Infect Control*. 2009;37(2):136-42.

116. Braun BI, Wineman NV, Finn NL, Barbera JA, Schmaltz SP, Loeb JM. Integrating hospitals into community emergency preparedness planning. *Ann Intern Med.* 2006;144(11):799-811.
117. van der Laan AL, Boenink M. Beyond bench and bedside: disentangling the concept of translational research. *Health Care Anal.* 2015;23(1):32-49.
118. Rubio DM, Schoenbaum EE, Lee LS, Schteingart DE, Marantz PR, Anderson KE, et al. Defining translational research: implications for training. *Acad Med.* 2010;85(3):470-5.
119. Grady PA. Translational research and nursing science. *Nurs Outlook.* 2010;58(3):164-6.
120. Gonzales R, Handley MA, Ackerman S, O'Sullivan PS. A framework for training health professionals in implementation and dissemination science. *Acad Med.* 2012;87(3):271-8.
121. Murphy DM, Hanchett M, Olmsted RN, Farber MR, Lee TB, Haas JP, et al. Competency in infection prevention: a conceptual approach to guide current and future practice. *Am J Infect Control.* 2012;40(4):296-303.
122. Outcome competences for practitioners in infection prevention and control. *J Hosp Infect.* 2011;79(3):278.
123. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Core competencies for infection control and hospital hygiene professionals in the European Union. Estocolmo: ECDC; 2013.
124. Certification Board of Infection Control and Epidemiology, Inc (CBIC). Certification of Infection Control Prevention: Candidate Handbook. Milwaukee: CBIC; 2012.
125. Feltovich F, Fabrey LJ. The current practice of infection prevention as demonstrated by the practice analysis survey of the Certification Board of Infection Control and Epidemiology, Inc. *Am J Infect Control.* 2010;38(10):784-8.
126. O'Boyle C, Jackson M, Henly SJ. Staffing requirements for infection control programs in US health care facilities: Delphi project. *Am J Infect Control.* 2002;30(6):321-33.
127. van den Broek PJ, Kluytmans JA, Ummels LC, Voss A, Vandenbroucke-Grauls CM. How many infection control staff do we need in hospitals? *J Hosp Infect.* 2007;65(2):108-11.
128. Wright SB, Ostrowsky B, Fishman N, Deloney VM, Mermel L, Perl TM. Expanding roles of healthcare epidemiology and infection control in spite of limited resources and compensation. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2010;31(2):127-32.
129. Turrini RNT, Lacerda RA. Capacitação de recursos humanos para a implementação do programa de controle de infecção. *Texto Contexto Enferm* 2004; 13:25-33.
130. Azambuja EP, Pires DP, Vaz MRC. Prevenção e controle da infecção hospitalar: as interfaces com o processo de formação do trabalhador. *Texto Contexto Enferm* 2004;13:79-86.
131. Saint S, Kowalski CP, Banaszak-Holl J, Forman J, Damschroder L, Krein SL. The importance of leadership in preventing healthcare-associated infection: results of a multisite qualitative study. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2010;31(9):901-7.
132. Brannigan ET, Murray E, Holmes A. Where does infection control fit into a hospital management structure? *J Hosp Infect.* 2009;73(4):392-6.
133. Krein SL, Damschroder LJ, Kowalski CP, Forman J, Hofer TP, Saint S. The influence of organizational context on quality improvement and patient safety efforts

- in infection prevention: a multi-center qualitative study. *Soc Sci Med*. 2010;71(9):1692-701.
134. Sinkowitz-Cochran RL, Burkitt KH, Cuerdon T, Harrison C, Gao S, Obrosky DS, et al. The associations between organizational culture and knowledge, attitudes, and practices in a multicenter Veterans Affairs quality improvement initiative to prevent methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*. *Am J Infect Control*. 2012;40(2):138-43.
135. Commission for Healthcare Audit and Inspection. Investigation into outbreaks of *Clostridium difficile* at Stoke Mandeville Hospital, Buckinghamshire Hospitals NHS Trust. Londres: Healthcare Commission; 2006.
136. Commission for Healthcare Audit and Inspection. Investigation into outbreaks of *Clostridium difficile* at Maidstone and Tunbridge Wells NHS Trust. Londres: Healthcare Commission; 2007.
137. National Health Service (NHS). Outbreak and Significant Incident Recognition, Notification, Investigation and Management in Hospital. London: NHS; 2012.
138. Chaudhry B, Wang J, Wu S, Maglione M, Mojica W, Roth E, et al. Systematic review: impact of health information technology on quality, efficiency, and costs of medical care. *Ann Intern Med*. 2006;144(10):742-52.
139. Elmore K, Flanagan B, Jones NF, Heitgerd JL. Leveraging geospatial data, technology, and methods for improving the health of communities: priorities and strategies from an expert panel convened by the CDC. *J Community Health*. 2010;35(2):165-71.
140. Du M, Xing Y, Suo J, Liu B, Jia N, Huo R, et al. Real-time automatic hospital-wide surveillance of nosocomial infections and outbreaks in a large Chinese tertiary hospital. *BMC Med Inform Decis Mak*. 2014;14:9.
141. Costa LB, Cardoso MR, Ferreira CG, Levy CE, Borba HM, Sallas J, et al. National prevalence survey in Brazil to evaluate the quality of microbiology laboratories: the importance of defining priorities to allocate limited resources. *Rev Panam Salud Publica*. 2013;33(1):73-8.
142. Haller S, Eckmanns T, Benzler J, Tolksdorf K, Claus H, Gilsdorf A, et al. Results from the first 12 months of the national surveillance of healthcare associated outbreaks in Germany, 2011/2012. *PLoS One*. 2014;9(5):e98100.
143. Carvalho KR, Carvalho-Assef AP, Peirano G, Santos LC, Pereira MJ, Asensi MD. Dissemination of multidrug-resistant *Acinetobacter baumannii* genotypes carrying bla(OXA-23) collected from hospitals in Rio de Janeiro, Brazil. *Int J Antimicrob Agents*. 2009;34(1):25-8.
144. Martins AF, Kuchenbecker R, Sukiennik T, Boff R, Reiter KC, Lutz L, et al. Carbapenem-resistant *Acinetobacter baumannii* producing the OXA-23 enzyme: dissemination in Southern Brazil. *Infection*. 2009;37(5):474-6.
145. Duarte RS, Lourenço MC, Fonseca LeS, Leão SC, Amorim EeL, Rocha IL, et al. Epidemic of postsurgical infections caused by *Mycobacterium massiliense*. *J Clin Microbiol*. 2009;47(7):2149-55.
146. Monego F, Duarte RS, Nakatani SM, Araújo WN, Riediger IN, Brockelt S, et al. Molecular identification and typing of *Mycobacterium massiliense* isolated from postsurgical infections in Brazil. *Braz J Infect Dis*. 2011;15(5):436-41.
147. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Nota Técnica conjunta nº 01/2009 - SVS/MS e ANVISA: infecções por micobactérias de crescimento rápido - fluxo de notificações, diagnósticos clínico, microbiológico e tratamento. Brasília: ANVISA; 2009.

148. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas para a interrupção do surto de infecção por MCR e ações Preventivas. Brasília: ANVISA; 2007.
149. Gortner L, Borkhardt A, Reiss I. Consequences of scientific reports of complications. *Lancet*. 2000;356(9246):2015.
150. Reiss I, Borkhardt A, Füssle R, Sziegoleit A, Gortner L. Disinfectant contaminated with *Klebsiella oxytoca* as a source of sepsis in babies. *Lancet*. 2000;356(9226):310.
151. Organização Nacional de Acreditação (ONA). Evento sentinela – como aprender com os erros [internet]. São Paulo; 2014 [cited 2014 Feb 15]. Available from: <https://www.ona.org.br/Noticia/159/Evento-sentinela-%E2%80%93-como-aprender-com-os-erros>.
152. Compromisso com a Qualidade Hospitalar (CQH). Evento sentinela [internet]. São Paulo: CQH; 2012. [cited 2015 Feb 13]. Available from: http://www.cqh.org.br/portal/pag/doc.php?p_ndoc=775.
153. Sekimoto M, Imanaka Y, Kobayashi H, Okubo T, Kizu J, Kobuse H, et al. Impact of hospital accreditation on infection control programs in teaching hospitals in Japan. *Am J Infect Control*. 2008;36(3):212-9.
154. Silva CP, Lacerda RA. Validation of a proposal for evaluating hospital infection control programs. *Rev Saude Publica*. 2011;45(1):121-8.
155. Blanc DS. The use of molecular typing for epidemiological surveillance and investigation of endemic nosocomial infections. *Infect Genet Evol*. 2004;4(3):193-7.
156. Stricof RL, Hanchett M, Beaumont J, Kaiser K, Graham D. The relationship of public health to the infection preventionists in United States hospitals, 2011: a partnership for change. *Am J Infect Control*. 2012;40(5):392-5.
157. Public Health Division. Ministry of Health and Long-Term Care. Roles and Responsibilities of Hospitals and Public Health Units for *Clostridium difficile* Infection (CDI) Reporting and Outbreak Management. Ontario: Ministry of Health and Long-Term Care; 2014.
158. Waldman EA. Vigilância Epidemiológica como Prática de Saúde Pública [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1991.
159. Vecina Neto G, Marques MCC, Figueiredo AM. Vigilância sanitária no Brasil. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Jr M, Carvalho YM, organizadores. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec editora; 2012. p. 689-714.
160. Brasil. Casa Civil. Lei Nº 8.666, de 21 de junho de 1993. Regulamenta o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências. [Cited 2015 Feb 20]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/8666cons.htm.
161. Brasil. Casa Civil. Lei Nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990. Dispõe sobre o regime jurídico dos servidores públicos civis da União, das autarquias e das fundações públicas federais. [Cited 2015 Feb 21]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/8112cons.htm.
162. Cantrell D, Shamriz O, Cohen MJ, Stern Z, Block C, Brezis M. Hand hygiene compliance by physicians: marked heterogeneity due to local culture? *Am J Infect Control*. 2009;37(4):301-5.
163. Mahfouz AA, El Gamal MN, Al-Azraqi TA. Hand hygiene non-compliance among intensive care unit health care workers in Aseer Central Hospital, south-western Saudi Arabia. *Int J Infect Dis*. 2013;17(9):e729-32.
164. Padoveze MC, Fortaleza CMCB. Healthcare-associated infections: challenges to public health in Brazil. *Rev Saúde Pública* 2014;48(6):995-1001.

165. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Rede Nacional de Monitoramento da Resistência Microbiana em Serviços de Saúde - Rede RM [internet]. Brasília: ANVISA; 2014 [cited 2015 Feb 20]. Available from: <http://portal.anvisa.gov.br/wps/content/Anvisa+Portal/Anvisa/Inicio/Servicos+de+Saude/Assunto+de+Interesse/Controle+de+Infeccao+em+Servicos+de+Saude/Projetos/Rede+Nacional+de+Monitoramento+da+Resistencia+Microbiana+em+Servicos+de+Saude+-+Rede+RM>.
166. Brasil. Portaria Nº 3.120, de 17 de dezembro de 2013. Institui para o ano de 2013, no âmbito do Componente de Vigilância Sanitária do Bloco de Financiamento de Vigilância em Saúde, incentivo financeiro de custeio destinado ao fortalecimento das ações de monitoramento da Sub-Rede Analítica de Resistência Microbiana em Serviços de Saúde, no âmbito da vigilância sanitária. Diário Oficial da União, Brasília 18 dez. 2013. Seção 1.

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO ELETRÔNICO (FORMSUS)

Formulário fora do período de validade!
Data Inicial: 26/11/2014
Data Final: 31/01/2015
Em caso de dúvida entre em contato com:
Nome: Amanda Luiz Pires Maciel
Email: amandalpmaciel@usp.br
Telefone: (11) 9874-20590

Pesquisa USP - Investigação de Surto de IRAS

Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

PESQUISA USP: "IDENTIFICAÇÃO DAS LIMITAÇÕES NA INVESTIGAÇÃO E NOTIFICAÇÃO DE SURTOS DE IRAS ENTRE OS PROFISSIONAIS DE CONTROLE DE INFECÇÃO DO ESTADO DE SÃO PAULO: UMA ABORDAGEM DE MÉTODOS MISTOS"

Este é um questionário online produzido na plataforma do FORMSUS que obedece as diretrizes e normas de segurança do Datasus. Sendo assim, os dados dos participantes coletados nos formulários têm assegurado o sigilo e confidencialidade. Para sua participação na pesquisa você deverá ler o **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (abaixo)** e, em seguida no final do texto, realizar a opção de participar ou não do estudo.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Amanda Luiz Pires Maciel, mestrande da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, estou realizando uma pesquisa intitulada: "Identificação das limitações na investigação e notificação de surtos de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde entre profissionais de Controle de Infecção do Estado de São Paulo: Uma abordagem de métodos mistos" sob a orientação da Professora-Doutora Maria Clara Padoveze.

O objetivo da pesquisa é Identificar as limitações para realização de investigação e notificação de surtos de IRAS, entre os profissionais de CIH do Estado de São Paulo.

Os resultados dessa pesquisa poderão subsidiar intervenções que potencializem o manejo de surtos de IRAS e a notificação de eventos nas instituições hospitalares do Estado de São Paulo.

Assim como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido o questionário elaborado para a pesquisa foi elaborado no FORMSUS. O FORMSUS tem como objetivo assegurar o sigilo e confidencialidade dos dados dos participantes e das informações coletadas. As regras de armazenamento de dados do FORMSUS estão em acordo com as diretrizes e normas de segurança do Datasus.

Sendo assim informo:

1. Os nomes dos participantes não serão divulgados em nenhum momento da pesquisa.
2. A sua participação é **voluntária** e você tem total liberdade em se recusar a participar ou desistir em qualquer momento de participar da pesquisa e até mesmo retirar os dados fornecidos, sem que haja prejuízo algum.
3. Não será cobrado nenhum valor para sua participação e você não será remunerado.
4. Em caso de dúvida você poderá entrar em contato com a pesquisadora Amanda (11) 987420590 ou com a professora Maria Clara (11) 3061-7652, ou clicar em **dúvidas**.
5. Ao terminar de responder o questionário, clique em **GRAVAR** e os dados serão gravados e enviados automaticamente.
6. Após o envio dos dados as alterações só poderão ser realizadas com contato direto com a pesquisadora.

Data aprovação do projeto no Comitê de Ética: 18/03/2014 - Número do parecer:
561.819

Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (CEP -
EEUSP)

Telefone: 3061-7548 e-mail: edilpesq@usp.br

1) Li o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e:

Clique em gravar para avançar no questionário se você aceitar em participar da pesquisa

- ☐ ACEITO participar da pesquisa
☐ NÃO ACEITO participar da pesquisa

Dados Pessoais**2) Data de Nascimento:**

Dia/Mês/Ano 99/99/9999

Dados Profissionais**3) Profissão :**

Formação acadêmica

- ☐ Enfermeiro
☐ Médico
☐ Farmacêutico
☐ Outros

4) Qual a sua formação específica em Controle de Infecção Hospitalar? :

	Sim	Não
Aprimoramento em controle de infecção hospitalar:	☐	☐
Aprimoramento em epidemiologia hospitalar:	☐	☐
Capacitação em controle de infecção hospitalar:	☐	☐
Curso básico da APECIH :	☐	☐
Especialização em controle de infecção hospitalar:	☐	☐
Residência em Infectologia:	☐	☐
Não tenho formação específica:	☐	☐
Outros :	☐	☐

5) Tempo de atuação em controle de infecção hospitalar (anos):

6) Já notificou profissionalmente algum surto para vigilância sanitária ou epidemiológica do município ou estado? :

☐ Sim

☐ Não

7) Se a resposta acima foi afirmativa, houve algum tipo de atuação da vigilância epidemiológica ou sanitária nesse surto? :

Caso não tenha notificado nenhum surto avance para a questão 9

☐ Sim

☐ Não

8) Caso você tenha presenciado a atuação da vigilância epidemiológica e sanitária no surto a que se refere a questão acima, assinale a alternativa que melhor reflete esta atuação, segundo a sua percepção: :

	Positiva	Negativa
A atuação da vigilância epidemiológica foi: :	☐	☐
A atuação da vigilância sanitária foi:	☐	☐

9) Você costuma pesquisar em sites específicos de vigilância epidemiológica ou sanitária como está a situação epidemiológica das IRAS do município/estado/país?

Caso a resposta seja "sim", responda abaixo quais são suas fontes de informação

☐ Sim

☐ Não

10) Quais sites você costuma acessar?

11) Está satisfeito (a) com a sua profissão e atividades desenvolvidas dentro dela?

☐ Sim

☐ Parcialmente

☐ Não

12) Você participa de reuniões com as autoridades sanitárias (SUVIS, GVE e CVE) para discussão dos dados epidemiológicos? :

☐ Sim

☐ Não

Caracterização da instituição

Dados relativos a instituição em que atua

13) Município:

14) Assinale a alternativa que corresponde à natureza da instituição de serviço: :

☐ Público

☐ Privado

☐ Filantrópico

15) Número de leitos ativos na instituição:

16) O hospital em que você trabalha possui laboratório de microbiologia fisicamente alocado na instituição?

- ☐ Sim
☐ Não
☐ Desconheço a informação

17) Assinale abaixo as unidades críticas presentes na instituição onde você trabalha:

	Sim	Não
UTI Adulto:	☐	☐
UTI Neonatal:	☐	☐
UTI Pediátrica:	☐	☐
Unidade de transplantes:	☐	☐
Unidade de Onco-hematologia :	☐	☐
Unidade de queimados :	☐	☐
Pronto Socorro:	☐	☐
Hemodíalise :	☐	☐
Outras unidades críticas:	☐	☐
Não há unidades críticas na instituição onde trabalho:	☐	☐

Caracterização do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH)

18) Quantos profissionais há na equipe?

Assinale "0" caso não haja o profissional descrito.

	0	1	2	3	4	5 ou +
Número auxiliares administrativos:	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Número de enfermeiros:	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Número de farmacêuticos:	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Número de médicos:	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Número de outros profissionais:	☐	☐	☐	☐	☐	☐

19) Carga horária auxiliar administrativo:
(horas/semana) - Digitar

20) Carga horária enfermeiro :
(horas/semana) - Digitar "0" caso não haja esse profissional em sua equipe

21) Carga horária farmacêuticos:
(horas/semana) - Digitar "0" caso não haja esse profissional em sua equipe

22) Carga horária médicos:
(horas/semana) - Digitar "0" caso não haja esse profissional em sua equipe

23) Carga horária (outros profissionais):
(horas/semana) - Digitar "0" caso não haja esse profissional em sua equipe

24) Assinale quais são os recursos do SCIH na instituição:

	Sim	Não
Sala própria:	☐	☐
Computador:	☐	☐

Internet:	☐	☐
Impressora:	☐	☐
Fax:	☐	☐
Bip:	☐	☐
Tablet:	☐	☐
Telefone:	☐	☐
Celular:	☐	☐

25) Assinale o tipo de vigilância realizada pelo SCIH da instituição:

- ☐ Ativa
☐ Passiva
☐ Mista passivo-ativa
☐ Desconheço a informação

26) Quantas horas semanais são dedicadas à vigilância das IRAS na instituição? :
(valor médio - soma de todos os profissionais de sua equipe)

27) Há monitoramento de dados endêmicos na sua instituição e há divulgação dos relatórios epidemiológicos para as equipes? :

- ☐ Sim
☐ Não
☐ Desconheço a informação

Questões relativas à importância da investigação e notificação de surtos de IRAS

28) Em sua opinião, qual pode ser a importância da investigação de surto de IRAS? :
(é possível assinalar mais de uma alternativa)

- ☐ Reduzir a gravidade e o número de pessoas afetadas
☐ Identificar os elos da cadeia para, desta forma, interromper a transmissão
☐ Obter dados mais precisos para as autoridades sanitárias analisarem o evento
☐ Revisão do processo de trabalho e adoção de comportamentos e metas que estabelecerão a segurança do paciente como prioridade da instituição
☐ Nenhuma das opções anteriores

29) De qual forma a comunidade científica pode usar os dados obtidos a partir da notificação/divulgação de surto de IRAS? :
(é possível assinalar mais de uma alternativa)

- ☐ Ampliando os conhecimentos de epidemiologia hospitalar, pois durante a investigação são identificadas falhas que devem ser corrigidas, e também identificando novas doenças ou novos agentes etiológicos
☐ Desenvolvendo tratamentos novos, melhores e mais rentáveis para a indústria farmacêutica.
☐ Identificando aspectos que devem ser melhor trabalhados na formação dos profissionais da área da saúde, através do compartilhamento de experiências na investigação e controle de surtos.
☐ Desafiando os pesquisadores a estudarem sobre epidemiologia e serem reconhecidos mundialmente.
☐ A notificação não é importante para a comunidade científica.

Agora queremos saber a sua opinião sobre as afirmações realizadas abaixo

(Para responder as questões leve em consideração toda a sua experiência em SCIH)

30) Alguns profissionais deixam de notificar o caso de IRAS pois temem que isso os prejudique. :

- ☐ Concordo Fortemente
☐ Concordo
☐ Estou Indeciso
☐ Discordo
☐ Discordo fortemente

31) A falta de identificação da fonte de transmissão do agente infeccioso compromete a notificação do

Internet:	☐	☐
Impressora:	☐	☐
Fax:	☐	☐
Bip:	☐	☐
Tablet:	☐	☐
Telefone:	☐	☐
Celular:	☐	☐

25) Assinale o tipo de vigilância realizada pelo SCIH da instituição:

- ☐ Ativa
☐ Passiva
☐ Mista: passiva-ativa
☐ Desconheço a informação

26) Quantas horas semanais são dedicadas à vigilância das IRAS na instituição? :
(valor médio - soma de todos os profissionais de sua equipe)

27) Há monitoramento de dados endêmicos na sua instituição e há divulgação dos relatórios epidemiológicos para as equipes? :

- ☐ Sim
☐ Não
☐ Desconheço a informação

Questões relativas à importância da investigação e notificação de surtos de IRAS

28) Em sua opinião, qual pode ser a importância da investigação de surto de IRAS? :
(é possível assinalar mais de uma alternativa)

- ☐ Reduzir a gravidade e o número de pessoas afetadas
☐ Identificar os elos da cadeia para, desta forma, interromper a transmissão
☐ Obter dados mais precisos para as autoridades sanitárias analisarem o evento
☐ Revisão do processo de trabalho e adoção de comportamentos e metas que estabelecerão a segurança do paciente como prioridade da instituição
☐ Nenhuma das opções anteriores

29) De qual forma a comunidade científica pode usar os dados obtidos a partir da notificação/divulgação de surto de IRAS? :
(é possível assinalar mais de uma alternativa)

- ☐ Ampliando os conhecimentos de epidemiologia hospitalar, pois durante a investigação são identificadas falhas que devem ser corrigidas, e também identificando novas doenças ou novos agentes etiológicos
☐ Desenvolvendo tratamentos novos, melhores e mais rentáveis para a indústria farmacêutica.
☐ Identificando aspectos que devem ser melhor trabalhados na formação dos profissionais da área da saúde, através do compartilhamento de experiências na investigação e controle de surtos.
☐ Desafiando os pesquisadores a estudarem sobre epidemiologia e serem reconhecidos mundialmente.
☐ A notificação não é importante para a comunidade científica.

Agora queremos saber a sua opinião sobre as afirmações realizadas abaixo

(Para responder as questões leve em consideração toda a sua experiência em SCIH)

30) Alguns profissionais deixam de notificar o caso de IRAS pois temem que isso os prejudique. :

- ☐ Concordo Fortemente
☐ Concordo
☐ Estou Indeciso
☐ Discordo
☐ Discordo fortemente

31) A falta de identificação da fonte de transmissão do agente infeccioso compromete a notificação do

evento adverso. :

- ☐ Concordo Fortemente
- ☐ Concordo
- ☐ Estou Indeciso
- ☐ Discordo
- ☐ Discordo fortemente

32) A preocupação com a reputação da instituição em que trabalham interfere na notificação de um caso de IRAS. :

- ☐ Concordo Fortemente
- ☐ Concordo
- ☐ Estou Indeciso
- ☐ Discordo
- ☐ Discordo fortemente

33) A grande demanda de atividades a serem desempenhadas pelos profissionais da saúde, tanto assistenciais como da SCIH, fazem com que a notificação não seja feita corretamente devido à falta de tempo.

- ☐ Concordo Fortemente
- ☐ Concordo
- ☐ Estou Indeciso
- ☐ Discordo
- ☐ Discordo fortemente

34) Eu não sei qual é o procedimento a ser seguido para notificar o surto para a vigilância epidemiológica/sanitária.

- ☐ Concordo Fortemente
- ☐ Concordo
- ☐ Estou Indeciso
- ☐ Discordo
- ☐ Discordo fortemente

35) Os profissionais da área da saúde, tanto assistenciais como de SCIH, não conhecem o instrumento de notificação de surto e por isso não notificam corretamente. :

- ☐ Concordo Fortemente
- ☐ Concordo
- ☐ Estou Indeciso
- ☐ Discordo
- ☐ Discordo fortemente

36) Há subnotificação pela falta de conhecimento dos profissionais sobre o processo de investigação de surto. :

- ☐ Concordo Fortemente
- ☐ Concordo
- ☐ Estou Indeciso
- ☐ Discordo
- ☐ Discordo fortemente

37) A diretoria da instituição pune as unidades que têm casos de IRAS notificados.

- ☐ Concordo Fortemente
- ☐ Concordo
- ☐ Estou Indeciso
- ☐ Discordo
- ☐ Discordo fortemente

38) Existem diferenças entre as ações da vigilância sanitária e da vigilância epidemiológica na abordagem do mesmo surto.

(Caso você nunca tenha notificado um surto de IRAS vá para a questão 40)

- ☐ Concordo fortemente
- ☐ Concordo

- ☐ Estou indeciso
- ☐ Discordo
- ☐ Discordo fortemente

39) A atuação da vigilância epidemiológica e/ou sanitária no surto que investiguei foi de caráter punitivo. (Caso você nunca tenha notificado um surto de IRAS vá para a questão 40)

- ☐ Concordo fortemente
- ☐ Concordo
- ☐ Estou indeciso
- ☐ Discordo
- ☐ Discordo fortemente

40) Considero meu conhecimento de epidemiologia insatisfatório para a condução de uma investigação de surto.

- ☐ Concordo fortemente
- ☐ Concordo
- ☐ Estou indeciso
- ☐ Discordo
- ☐ Discordo fortemente

41) O suporte laboratorial da instituição não supre as necessidades do SCIH no que se refere à investigação de surto de IRAS. :

- ☐ Concordo fortemente
- ☐ Concordo
- ☐ Estou indeciso
- ☐ Discordo
- ☐ Discordo fortemente

42) Os recursos humanos do SCIH são insuficientes para a investigação de surto de IRAS. :

- ☐ Concordo fortemente
- ☐ Concordo
- ☐ Estou indeciso
- ☐ Discordo
- ☐ Discordo fortemente

43) O SCIH não possui todos os recursos materiais necessários para investigar os surtos de IRAS. :

- ☐ Concordo fortemente
- ☐ Concordo
- ☐ Estou indeciso
- ☐ Discordo
- ☐ Discordo fortemente

44) O tipo de vigilância realizado na instituição não permite que haja um diagnóstico rápido/preciso de uma surto de IRAS. :

- ☐ Concordo fortemente
- ☐ Concordo
- ☐ Estou indeciso
- ☐ Discordo
- ☐ Discordo fortemente

APÊNDICE B – CARTA DE SOLICITAÇÃO DE ACESSO AOS ENDEREÇOS ELETRÔNICOS DOS MEMBROS DA APECIH

Escola de Enfermagem
Universidade de São Paulo

São Paulo, 19 de agosto de 2014

Meu nome é Amanda Luiz Pires Maciel, sou aluna de mestrado da Escola de Enfermagem - USP e estou desenvolvendo uma pesquisa sob orientação da Prof Dr^a Maria Clara Padoveze, sobre o seguinte tema: "Identificação das limitações na investigação e notificação de surtos de infecções relacionadas à assistência a saúde entre os profissionais de controle de IRAS do Estado de São Paulo: uma abordagem de métodos mistos".

O projeto tem como objetivo analisar as limitações para realização de investigação e notificação de surtos de infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS), entre os profissionais de controle de IRAS no Estado de São Paulo.

O projeto foi aprovado em 19 de março de 2014 no Comitê de Ética da Escola de Enfermagem da USP, número do parecer: 561.819.

Para a fase quantitativa estamos elaborando um questionário e nosso plano, ou seja, o que definimos na metodologia do projeto, é enviar este instrumento aos profissionais de controle de infecção associados à APECIH. Na verdade, será enviado um link que direcionará o participante para um questionário eletrônico, formatado na plataforma do FORMSUS.

Solicito a autorização para uso dos endereços eletrônicos dos profissionais associados para esse fim acadêmico.

Atenciosamente,

Amanda Luiz Pires Maciel

APÊNDICE C – CONVITE POR CORREIO ELETRÔNICO PARTICIPAÇÃO DO INQUÉRITO

APECIH
Associação Paulista de Epidemiologia e
Controle de Infecção Relacionada à
Assistência à Saúde

CONVITE PARA PARTICIPAÇÃO DE PESQUISA USP INVESTIGAÇÃO DE SURTOS DE IRAS

Caro (a) controlador (a) de infecção,

Meu nome é Amanda Luiz Pires Maciel, sou aluna de mestrado da Escola de Enfermagem - USP e estou desenvolvendo uma pesquisa sob orientação da Prof Drª Maria Clara Padoveze, sobre o seguinte tema: *"Identificação das limitações na investigação e notificação de surtos de infecções relacionadas à assistência a saúde entre os profissionais de controle de IRAS do Estado de São Paulo: uma abordagem de métodos mistos"*.

Gostaria de convidá-lo(a) a participar dessa pesquisa respondendo ao questionário eletrônico (link abaixo). O questionário tem 45 questões e o tempo médio de resposta é de 20 minutos.

[Clique aqui caso deseje participar](#)

APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO GRUPO FOCAL

Eu, Amanda Luiz Pires Maciel, mestranda da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, estou realizando uma pesquisa intitulada: *"Identificação das limitações na investigação e notificação de surtos de Infecções Relacionadas à Assistência a Saúde entre os profissionais de Controle de Infecção Hospitalar do Estado de São Paulo: Uma abordagem de métodos mistos"* sob orientação da Professora-Doutora Maria Clara Padoveze.

O objetivo da pesquisa é Identificar as limitações para realização de investigação e notificação de surtos de IRAS, entre os profissionais de controle de IRAS do Estado de São Paulo.

Os resultados dessa pesquisa poderão subsidiar intervenções que potencializem o manejo de surtos de IRAS e a notificação dos eventos nas instituições hospitalares do Estado de São Paulo.

Venho por meio de esse documento solicitar o seu consentimento para participação da pesquisa que terá como método de coleta a realização de uma entrevista em grupo, denominada GRUPO FOCAL.

- A atividade durará entre uma e duas horas, será gravada e posteriormente transcrita. O sigilo e privacidade serão respeitados, sendo assim, o seu nome não será divulgado em nenhum momento da pesquisa ou divulgação dos dados.

- A sua participação é voluntária e você tem total liberdade em se recusar a participar ou desistir em qualquer momento de participar da pesquisa e até mesmo retirar o seu depoimento prestado, sem que haja prejuízo algum.

- Não será cobrado nenhum valor para sua participação e você não será remunerado.

Em caso de dúvida você poderá entrar em contato com a pesquisadora (Amanda- 974771314) ou com a professora (Maria Clara - 3061-7652)

São Paulo, ____ de ____ de ____.

Pesquisadora

Declaro que fui esclarecido a respeito da pesquisa e concordo em participar do grupo focal.

Data: ____/____/____

Participante

APÊNDICE E

GUIA DE TÓPICOS – GRUPO FOCAL

Tipo de questão	Questão
Questão introdutória:	1- Apresentação e falar de alguma experiência/vivência com investigação de surto de IRAS na experiência profissional.
Questão de transição:	<div>2- Que elementos ou estrutura vocês consideram essenciais como suporte na investigação de surto?</div> <div>Pontos a serem observados ou instigados para discussão: Estrutura das instituições para enfrentamento do surto:<ul style="list-style-type: none">- Suporte laboratorial;- Suporte de informática;- Suporte administrativo;- Suporte de equipe de controle de IRAS (quantitativo de colaboradores e qualitativo, ou seja, conhecimento técnico).</div>

Tipo de questão	Questão
Questões-Chave “Processo de investigação de surto”	3 - Dentre esses suportes citados, quais vocês encontram maior facilidade de acesso para condução da investigação?
	4 - Dentre esses elementos/estruturas quais vocês sentiram maior dificuldade de acesso durante a condução de uma investigação de surto?
	Pontos a serem observados ou instigados para discussão: <i>a. Conhecimento técnico (formação básica e cursos);</i> <i>b. Operacional (tempo disponível para realização da atividade e conhecimento das ferramentas de investigação)</i>

Tipo de questão	Questão
Questões-Chave “Notificação de surtos”	Introdução ao assunto: Com relação à notificação do surto de IRAS as autoridades sanitárias, um estudo realizado em São Paulo revelou que entre 2000 e 2010 foram publicados 87 surtos e apenas 17% deles estavam notificados ao Centro de Vigilância Epidemiológica.
	<p>5 - Que fatores vocês acreditam influenciar na realização da notificação de surtos de IRAS?</p> <p>5.1. Ordem individual;</p> <p>5.2. Ordem institucional.</p>
	<p>Pontos a serem observados ou instigados para discussão:</p> <p>Ordem individual:</p> <p>c. Conhecimento sobre a obrigatoriedade imposta pela legislação;</p> <p>d. Meios de notificação;</p> <p>e. Perfil profissional (medo exposição de seu trabalho)</p> <p>Institucional:</p> <p>a. Perfil da instituição (medo da exposição à mídia ou comunidade);</p> <p>b. Desconfiança do Estado (qualidade do serviço);</p> <p>c. Não valorização da notificação.</p>
Questão de encerramento	<p>Reforço do objetivo do estudo:</p> <p><i>Esse estudo objetiva identificar e descrever as limitações para investigação de surto e notificação do evento às autoridades sanitárias, entre os profissionais de controle de IRAS do Estado de São Paulo.</i></p> <p>Há mais alguma informação que não foi discutida e deveria ser incluída?</p>

APÊNDICE F – TRANSCRIÇÃO GRUPO FOCAL Z

Pesquisadora: Pra começar acho que o que é interessante é a gente resgatar um pouco do que vocês tiveram como experiência para investigação de surto. Então eu vou abrir nesse primeiro momento assim pra quebrar...pra quebrar um pouco o gelo pra vocês falarem de algum surto que vocês vivenciaram. Pode ser um que aconteceu há pouco tempo, um mais antigo, enfim o que marcou vocês. É contem como foi a experiência de investigar esse surto, como é que foi essa vivência pra vocês. E não tem ordem gente quem se sentir mais a vontade para falar nesse momento pode começar tudo bem?

Silêncio... 10s

ZA: O nome da instituição?

Pesquisadora: Não precisa.

ZA: Não precisa...Bom gente minha primeira experiência com, minha primeira experiência com controle de surto foi realmente já traumático no sentido de eu trabalhava numa unidade neonatal... ela tinha dez leitos na parte crítica, tinha 50 leitos na UTI neonatal. Só que dez leitos eram somente crítico e nessa unidade crítica a gente começou a desenvolver... os pacientes começaram a desenvolver *Klebsiella* na hemocultura começou com um caso, só depois em menos de um dia já estavam com 4 casos positivos. As crianças começaram a passar muito mal tudo e a gente em três dias já tinha já muitos casos. Já em cerca de seis ou sete que tinham já feito coorte dos pacientes e aí começou a fazer um caso-controle de cada um deles. Só que aí vinha nossa posição como controle de infecção tentar estipular ou tentar identificar a causa. Como é que é isso ... o que é. A gente checava dietas, a gente checava os profissionais envolvidos em cada um deles, tanto médico, fisioterapia, enfermagem... tentando ver tudo quanto é tipo de infusão, que essas crianças estavam recebendo. Os pais, a gente fez uma tabela grande, com todos os casos de um a sete. Depois a gente colocou por turnos manhã, tarde e noite. E aí entre cada turno a gente via os profissionais envolvidos e isso nessa parte de estrutura. Depois na parte de processo a gente via tudo que as crianças passaram no sentido de curativo, quais delas recebiam curativo, quais os tipos de invasões elas tinham, tipo de cirurgia e enfim a gente planeou, fizemos um mapa gigantesco de tudo e depois os casos-controle já estavam numa outra unidade. Essas eram quatro unidades e aí uma ficou então só pra os casos a outra só para os controles e os outros três casos que chegaram e não eram positivos e não estavam no meio desses contactantes. É e em paralelo foi uma semana e meia de estudo e no fim a gente não conseguiu identificar a causa e foi resolvida a situação por si só. A gente viu que os médicos não atenderam concomitante as crianças, enfermagem cada uma estava num leito separado, então a gente não conseguiu fechar. Nossa maior suspeita sempre caiu pela a dieta só que a gente tinha feito um controle é... dos lotes, tinha feito controle de todos os medicamentos, também dos lotes de cada um deles. E aí a outra suspeita nossa que pode ter sido uma causa foi na mudança, na vigência daquelas obras com pressão negativa. E é aí que veio, era uma coisa nova que estava começando. Será que não estava fazendo a desinfecção correta... né dessas válvulas e tudo? Mas que também não conseguimos provar nada. Então essa foi uma ...minha primeira experiência com surto. No sentido de tentar identificar a causa, mas a gente não conseguiu identificar a causa.

Pesquisadora: Alguém mais?

ZD: Na realidade uma situação que eu vivi logo no começo também na UTI neonatal, assim foi primeiro hospital que.... segundo hospital que eu trabalhei com infecção e a gente teve um caso de rotavírus na UTI neonatal. E eu falei "Gente da onde veio esse rotavírus?". E aí a gente foi ver e não tinha funcionário com história de sintomas e a gente acabou descobrindo que os pediatras e os neonatologistas eles tinham um apego na balança da UTI neonatal. E aí os pacientes que voltavam pra fazer retorno e tal eles pediam pra pesar na balança da UTI neonatal. E aí tinha ido pesar uma criança com diarreia e sabe-se Deus também como que estava a desinfecção e o uso da balança. Mas assim a gente... foi um caso só e... aí a gente descobriu essa questão do ...mudou... gente a balança só esta calibrada, tal balança... balança que saco, mas que balança (RISOS), mas assim, eu nunca ia imaginar que ia ter paciente externo indo para tão...fazendo revisão dentro da UTI neonatal...como então isso foi muito atípico, foi só um caso, não foi... a gente até ficou de olho se tivesse qualquer outra situação pra colher a pra colher a pesquisa de vírus, mas só foi esse mesmo... na investigação a gente ficou um tempo é...esperando também ver se algum profissional tinha alguma coisa, mas isso chamou a atenção e aí isso me marcou porque depois numa outra situação, num outro hospital maior até a gente teve também um, não foi diarreia....foi um.... aí eu nem ... agora nem me lembro o que aconteceu, mas era uma infecção comunitária também a gente, a gente, mas da onde eu perguntei "Espera aí por um acaso vem criança externa aqui?" E daí eu

descobri que tinha esse fluxo da criança externa vindo por que a galera tinham um, mas não era balança, eles tinham, mas eles atendiam as crianças num espacinho dentro da UTI neo. Então assim essa vivência lá me ajudou num outro negócio depois...mas, é falei gente, mas eu nunca ia imaginar, assim essa foi a minha primeira...não foi tem outras situações, mas essa me marcou também...foi a primeira.... e foi. (RISOS).

ZE: É a outra questão é em relação a parte assim é, quando você fala em surto, você pensa também no suporte. Então você fica muito em função de identificar, sempre a gente quer saber a causa que é pra tentar controlar e ainda mais se passam semanas. Você falou que o seu foi só uma semana, eu achei muito rápido porque a minha experiência em surto não é de uma semana, é de várias semanas, até você ... uma questão é conseguir controlar, então é algo mais longo, acho que você teve sorte é enfim... ou foi muito eficiente (RISOS-discute com ZA sobre estrutura). E coorte ...então a estrutura ajuda, porque nossa...porque minha experiência não é de surtos de curta duração, o surto demora semanas, não é incomum durar dois meses, meses, inclusive né, é.....e a gente não como você não identificou. Muitas, a maioria da vezes, não consegue identificar uma causa. A gente identifica... é.... a gente não identifica a gente faz as ações, as ações básicas, as ações de prevenção vinculadas ao problema e resolve, graças, a maioria das vezes resolve, mas a gente não consegue identificar. É o que eu ia falar do laboratório, é assim...é o que também a gente tem a fragilidade em relação ao apoio do laboratório.... que ele...ele é, se ele é bom ele ajuda e se é ruim é um desastre... então desde de ter identificação é...no meu caso eu tive uma experiência a Cris é que trabalha nesse mesmo hospital onde aconteceu de um surto numa unidade neonatal em que a gente faz vigilância de ESBL há...que praticamente tem casos e a gente faz, a gente considera como surto....e era sempre *Klebsiella* e nesse caso veio novamente o surto de *Klebsiella* só que com uma evolução muito atípica porque a gente não conseguiu controlar da mesma forma inclusive com óbitos... foi pra mídia e é... e a gente fez as medidas, todas as medidas e a gente conseguiu só que a posteriori é....no meu caso esse hospital do município ele, a gente manda todas as amostras de ESBL a gente manda para o Adolfo Lutz. E qual a minha surpresa vem outra espécie que nunca tinha tido no hospital, em vez de *Klebsiella* veio *Serratia* que tinha sido identificado, que nunca tinha sido identificado na unidade neonatal. E que isso com certeza iria ter um olhar diferente e foi o que a gente conseguiu relacionar que provavelmente foi relacionado a um foco de boas práticas, em relação a água na alimentação da dieta e que a água quando era criança com dieta no caso-controle foi é... se viu uma associação importante com a água é...e criança com dieta enteral. A dieta vinha e ficava 24h sem troca e era a mesma água que era utilizada para todas as dietas.

Então a gente não pôde como já tinha resolvida essa água não foi pesquisada para ver se tinha... Então a questão do laboratório é algo que a quando a gente tem o laboratório do lado é... mas quando a gente não tem o laboratório é uma coisa bastante complicada.

ZB: O meu, estou terminando de viver um surto agora nesse momento. Durou mais ou menos um ano. Então a gente já teve uns outros surtos de *Klebsiella* e de kpc e começou um surto de *Enterobacter*, com o mesmo perfil. Então quando a gente identificou já foram os sete primeiros casos. Então a gente começou já a isolar esses pacientes e pesquisar possíveis causas relacionadas e a agente conseguiu, não conseguiu chegar a identificar direito qual realmente é o fator, mas acreditamos que são mais os profissionais mesmos que estavam envolvidos com os atendimentos desse paciente... desses pacientes. A gente institui diversas medidas, inclusive a intensificação da limpeza de superfícies próximas ao paciente com produto específico e foi que ao longo de alguns meses foi reduzindo. A questão do laboratório a gente conseguiu identificar as cepas, e aí viu-se que eram tudo a mesma cepa num primeiro momento. E aí a gente conseguiu intervir mais fortemente. Então é uma coisa que acabou ficando e a gente acha que vai...vai acabar sendo endêmico porque continuamos a ter alguns casos pingados. Mais conseguimos reduzir bastante a quantidade de pacientes que adquiriram VRE.

ZA: é só adulto ou tem criança?

ZB: É adulto, e o engraçado é assim foi numa UTI e dentro dessa UTI são cinco salas com dez leitos sendo que um é exclusivo pra criança, as crianças não foram atingidas, então a gente acha que é mais, a gente acha que ela funciona como uma ilha ali dentro, que são os únicos profissionais que não trocam, é uma equipe mais fixa. O resto a gente tem uma troca uma movimentação maior, entre residentes, enfermagem, estudantes, então tem bastante rotatividade.

Pesquisadora: alguém mais?

ZC: Sou tímida mais assim diante das colocações de vocês em relação aos surtos que tivemos de *Acinetobacter* numa UTI de adulto, então é reforçar sempre as recomendações de limpeza do ambiente é... e sempre válido o óbvio né é a primeira coisa que a gente faz, mas descobrir a fonte é realmente muito complicado, por mais que a gente pesquisa, colha culturas, divida quem é

colonização e quem é infecção. Vamos colher cultura de vigilância ou não dos pacientes que estão chegando, mas a limpeza e o reforço das recomendações é sempre o mais importante e acaba surtindo efeito mesmo sem achar a fonte. Não é fácil.

Pesquisadora: pode voltar para pessoa que já falou ok?

ZE: Uma questão que é assim que eu acho ... que eu pensei agora é a questão do encerramento da... do surto. Eu acho que é... a gente .. eu nem vou colocar como que a gente define surto, quando a gente abre o...a questão é de um processo de dizer que alguma unidade está em surto. O que você define isso como um surto? Mas eu...mas o que está me angustiando agora é quando que eu defino que eu não... que eu fechei o surto.... porque agora eu sai de férias a UTI adulto estava com um surto de kpc, voltei e a UTI continua tendo kpc colonizado e eventualmente tendo alguns casos de infecção. A pergunta é quando eu vou definir que eu é vou continuar fazendo isolamento colocando metade da UTI está tendo colonização pelo germe? Vou manter as coletas de swabs de vigilância semanal ? Vou manter é assim o que esta é a minha queixa que eu estou vivendo isso agora então pode ser que isso está, é então quando definir que olha não é mais surto e ficou endêmico. Então acho que essa é uma questão também que para mim e eu vou até olhar... vou levantar publicação pra ver qual é o critério que eu vou utilizar pra definir que olha infelizmente eu não consegui controlar é... a gente vai manejar isso de outra forma não como surto. Parar de coletar de no caso, nesse caso a gente faz coleta semanal de cultura de vigilância. Coloca todos os pacientes em isolamento, os colonizados, faz a limpeza mudou completamente a rotina de limpeza, em vez da terminal ser a cada sete dias está sendo a cada 48h. Então assim toda uma demanda que eu tenho que pensar se nesse momento além das outras medidas que foram feitas de treinamento, retorno a unidade é agora eu ainda tenho, eu penso o quanto isso... se isso não foi eficiente se vale a pena a gente continuar é a pergunta é quando, o que eu vou utilizar como critério de encerramento de um surto que não terminou? Que ele se tornou outro...se tornou endêmico.

ZA: Bom ZE eu acho que assim, uma outra experiência que eu tive foi numa UTI adulto de um hospital é público também municipal que a gente não tem espaço físico,não tem área física então a gente só tem um retangulozão. E é aí o que acontece é quando a gente é uma UTI de adultos quando entra num determinado surto por Enterobactérias, o que a gente faz com os casos novos? Porque nunca para de chegar casos. Casos que eu falo são pacientes novos, e aí eu estou com dez pacientes colonizados, dois ou três infectados e aí a gente não consegue fazer direito corte disso. Então o que a gente poderia fazer pra poder encerrar esse ciclo e realmente falar “Não... acabou” “Eu não estou tendo nenhum caso” e então a gente pega o caso índice o caso que foi considerado o primeiro de todos e a gente dividiu a unidade no sentido de direito e esquerdo do lado direito ficavam os pacientes novos e da metade para a esquerda os contactantes e os casos ficavam no outro lado, do lado esquerdo. Não sei se deu para entender mais ou menos. E aí a gente individualizou cada material para cada um deles. O swabs faziam cada sete dias tanto dos casos quanto dos contactantes e o dos novos ficavam

em observação e não entravam nessa rotina de cultura de vigilância deles a não ser que viessem a apresentar sinal ou sintoma dentro desse triangulozão aqui. E aí quando os casos ou iam tendo alta, ou iam a óbito a gente ia remanejando os paciente eles iam “andando” da esquerda para a direita e aí depois que a gente via que não estava tendo nenhum casos desses. Os casos novos já tinham ido a óbito ou já tinha tido uma alta para o andar e os outros contactantes os swabs ficavam positivos mesmo então ficavam em isolamento eterno e os outros novos já estavam dominando mais um lado e não tava aparecendo nenhum caso a gente dava por encerrado essa situação de um surto controlado. Porque aí depois nesses novos não tinha mais caso positivo, então foi esse sistema que a gente conseguiu tentar naquele momento fazer isso para falar deu-se por encerrado, mas é... muito difícil.

ZD: é em situação em que a gente teve sincicial respiratório tanto na UTI neo quanto na pediátrica, a gente acabou fazendo medidas que...é acabaram, perduraram na fase considerada de sazonalidade do vírus, então mesmo eu não tendo mais caso identificado de transmissão a gente manteve as medidas nessa situação. A gente considerou entre as medidas a gente parou visita de qualquer outro parente que não fosse mãe e pai, mudou rotina de limpeza, fez palivizumabe para os contactantes e eram muitos, muitos contactantes e tal. Agora essa questão de quando interromper com bactéria eu estou...a gente esta vivendo isso agora em três unidades do hospital. E assim a gente o que podia ser um corte e aí a gente definiu quatro semanas clean, mas assim X da onde? Mas eu to assim super angustiada. (RISOS....ZE comenta definição e dificuldade em estabelecer fim do surto)

ZE: na verdade assim a gente definiu também, a gente definiu três semanas. Sem nenhum caso de colonização, mas acontece é que fica uma semana, retorna.

ZD: aí volta

ZE: Exatamente. É um critério, é um critério mesmo. Três semanas, mas não tem acontecido.

ZD: e depois quando a gente pensa que vai comemorar aí todo mundo.....aí todo mundo frustra.

ZE: principalmente com enterobactéria.

ZD: mas é exatamente enterobactéria.

ZE: Enterobactéria na UTI adulto, que é um grande salão, é um grande corredor, que não tem mais estrutura e eu tenho dois isolamentos, então a questão da estrutura para você separar. E por outro lado é fechar a unidade isso não está na ...outra questão fechar a unidade a gente sabe que não é uma questão viável e até que realmente garanta, é uma..é uma... não tem outro lugar para mim botar...colocar o paciente. Um hospital regional onde vai esse paciente de UTI, então essa iatrogenia que a gente pode provocar ela não se justifica né.

ZB: É uma grande dificuldade nossa foi que a gente conseguiu deixar todo mundo dentro de uma UTI, mas os pacientes alguns começaram a ter alta então a gente começou a transferir o problema de lugar. E foram tudo para uma...a gente conseguiu centralizar tudo numa única enfermaria, mas foi aumentando a quantidade de pacientes internados. Então isso é uma coisa que, a gente consegue até hoje manter essa única sala da UTI exclusiva para esses pacientes, mas com muitas dificuldades. Então questão de profissionais, baixa profissional, alta rotatividade, está bem difícil.

ZF: eu tive um em 2010 com *Clostridium* e aí nós tomamos umas medidas de controle, mas que não foram as mesmas de 2012. Não tivemos em 2011 quando 2012 tivemos. É a gente tinha um caso que a gente tivesse controle mensal. Um caso esse mês e aí mês que vem não tinha nada. De repente nós tivemos oito casos num mês, doze casos, nossa... então e aí fizemos uma planta física do hospital e separamos até por cores para a gente tentar identificar se estava localizado num lugar. Começava na UTI depois o paciente ia para o andar. Do andar lá passava para os demais pacientes e lá são todos quartos individuais. E.... aí nós mandamos, reforçamos as medidas com hipoclorito, mandamos fazer placa específica para *Clostridium* porque eles é... é...porque tinha um pouco de dúvida com relação aos demais isolamentos então a gente mandou fazer placa específica para o *Clostridium*... então precauções por contato para o *Clostridium* é..... o que mais nós fizemos? Pegamos pesado em só em higienização das mãos com água e sabão então naquele momento ficava ruim porque você só falava em água e sabão e aí caía um pouco por terra o tanto que a gente pega com álcool gel. e aí depois de dois meses é.....os pacientes acabaram tendo alta e a gente mantinha o isolamento até a alta. Todos depois tiveram alta, era só uma criança os demais, aquele fator mesmo crítico que era uso de antimicrobianos, idade avançada, é... dieta e.... aí depois que esteve controlado a gente a gente faz mensal controle e aí nunca mais tivemos. Mas sempre assim, que nem abriu nenhum caso e aí a gente tem um protocolo.

ZA: Esse controle mensal seu como é?

ZF: A gente faz se independente da idade, se for criança se não for, independente de dieta, uso prévio de antimicrobiano se tiver 3 episódios de diarreia dentro de 24h a gente faz a coleta, coloca em precaução empírica e já faz a coleta. Então às vezes o médico é um pouco resistente então a gente vai explica, fala não tem que coletar aí eles coletam. Então aí dessas coletas a gente faz é... uma busca dos que foram coletados e positivos e está zerado.... Graças a Deus. (Risos)

ZD: Essa angústia de quando encerra, por exemplo, eu percebo alguns surtos que eu tive oportunidade de viver, oportunidade né (RISOS), que tive a infelicidade de viver. E....Que talvez pudesse ser relacionado a alguma fonte única aí fica bem claro né a hora que termina e aí aquela.... alívio mesmo quando não consegue identificar a fonte. Por exemplo, a gente viveu com *Enterobacter* é.... que ...que em UTI neo com óbito, mas assim foi quadro muito....é...foi muito agudo a situação clínica e aquele monte de resultado chegando. Foram oito casos num curto espaço, a gente não conseguiu definir fonte também, mas possivelmente era é... foi...foi fonte única. Só que essas situações quando você não tem fonte única e que tem esse papel de transmissão via profissional e via um processo inadequado e via... quer dizer quando você se livra do problema...é eu acho que são esses que me angustiam mais né... porque a fonte bem ou mal o negócio acaba então não...agora isso me angustia muito né.

ZG: Nós também tivemos kpc em 2010, no nosso hospital e... nós fizemos um isolamento desses pacientes, fizemos coorte também e... Calhou de a gente ter que fazer uma reforma. Então nós isolamos então essa reforma acabou ajudando então a gente teve um controle melhor desse surto de kpc dentro do nosso hospital e não tivemos mais porque ficou bom tempo também sem poder internar por causa da reforma. Então de certo modo é o que ela, a Dr ZE falou, é quando você não tem essa possibilidade de fechar a unidade aquilo fica constante. No nosso caso nós conseguimos fechar um tempo a unidade por causa da necessidade da formada reforma da unidade e com isso a gente conseguiu breicar o surto.

Pesquisadora: Vou aproveitar o gancho dela. Acho que ela acabou introduzindo a outra parte da questão que eu tinha que fazer... agora pensando nas vivências que vocês tiveram ...vamos tentar aí resgatar um pouco do que quais fatores que vocês identificam que ajudaram na condução da

investigação do surto. Eu preferi começar no que ajudaram porque senão a gente não se lembra do que ajudou a gente tende a lembrar mais do que atrapalhou. Então vamos começar só tentando trazer um pouco do que ...quais foram os elementos que ajudaram vocês nisso. Que ajudaram você a conduzir essa investigação de surto, ok? Por isso que eu peguei seu gancho, você já contou a sua história. Alguém quer começar? Difícil lembrar do que foi bom, do que foi positivo?

ZA: Eu acho que uma das coisas que foi positiva, que nos ajuda bastante como a ...a ZE colocou foi o fato do laboratório né. Então eu acho que isso é um caso assim que se você confia no laboratório, você confia no seu fluxo da...de...de... tem caso positivo já como é que ta sendo feita a emissão dos laudos, como que está sendo a comunicação com o médico. Então eu acho que é... este fato já ajuda bastante por sinal. Realmente eu tenho que confiar porque já são duas *Klebsiella*, já são três *Acinetobacter* que aí você já sabe que pode confiar. Confio no meu método, confio no meu biomédico, confio no fluxo então realmente é... checar aí agora qual que é o sítio que ta envolvido. Acho que já partindo desse princípio do agente etiológico, do sítio envolvido que aí facilita pra gente ir direto na unidade ver o que realmente ta acontecendo. A...a segunda coisa que acaba ajudando no caso é você ver se você ter controle de estoque das coisas na unidade ou não. Então se você já sabe que não tem controle de estoque e de materiais, de qualquer insumo dentro unidade isso também ajuda bastante e que aí você vê o que entra de novo naquela unidade. Então como é que ta sendo feito o balanço de entrada de medicamento, de entrada de materiais, essa entrada ta por plantão, ta por...por... 24h então o que entrou de novo. O que tem de lote novo? O que tem de artigo novo que entrou? As vezes ah...são torneirinhas novas que entraram agora, então será que essa torneirinha é o que é o que foi essencial para desenvolver esse surto ou não foi, ah não foram as dietas... ah chegaram tudo na mesma hora. Então onde foi que você deixou suas dietas. E aí que a gente começa a fazer os levantamentos e as hipóteses né do que pode ser. O segundo é você ter um controle de escala... O terceiro tópico que eu acho que ajuda bastante é o controle da escala. Tem caderno de escala? Não tem caderno de escala, de profissional? Ta por leito? como é que ta, ou simplesmente fala ó você vai ficar com 3 funcionários, ou com 3 pacientes e cada funcionário fica com 3 pacientes e pronto e cada um se escolhe. E isso dificulta muito, se você já tem um controle de quais funcionários vão ficar num determinado leito isso já ajuda mapear os pacientes e quem ta fazendo o cuidado de cada um deles. Então eu acho que esses 3 já dá pra gente conduzir o caso. E depois vem já o perfil desse paciente né, é cirúrgico, não é cirúrgico, já tem comorbidades, não tem, né ... idade, né e.... a suscetibilidade de cada um deles. Então a gente vai fechando esse mapa, mas acho que o mais importante disso tudo é fazer um mapa desse começo geral. Mas acho que o carro chefe é o laboratório que nos dá esses alertas.

ZD: Acho que isso que você comentou laboratório, a questão de rastreabilidade de material. Uma coisa que ...que ajuda assim muito... assim é quando você vai para a literatura e encontra também relato porque as vezes você se depara com uma situação que não está descrita ou que as vezes...o que ta descrito também não te ajuda, então acho que também acho que encontrar uma situação já descrita eu sinto como como grande ajuda porque as vezes te da uma pista te da um norte. Então acho que também...

ZA: Ah... uma outra coisa que nos ajuda também é saber se naquela escala houve falta de profissional né. Então por exemplo teve algum deficit na sua escala da noite anterior, do dia anterior para o dia seguinte, da limpeza teve que faltar alguém ou sobrecarregou algum da limpeza. Então são questões que a gente já vai levantando que a gente já começa a facilitar pra conduzir o.... a investigação desse surto.

ZE: é, por exemplo, eu também assim ... somando o que você está falando olhar os casos de infecção e às vezes chama a atenção você ver o perfil do paciente, o paciente é cirúrgico, mas no caso é um outro surto de VRE na UTI adulto, então um surto de VRE associado a cateter que pacientes eram cirúrgicos que estavam na UTI e aí que a princípio pareceria ser um surto da UTI, mas quando a gente vai olhar eram infecções muito precoces relacionadas associadas a cateter e aí quando a gente vai olhar esses pacientes uma grande proporção dos cateter foram feitas...foi feita a inserção no centro cirúrgico. E centro cirúrgico é uma caixa preta, a gente não...a gente fica preocupada com a UTI, com a semi-intensiva, com o pronto-socorro, como é a rotina de inserção e no centro cirúrgico não a gente não tem kit lá dentro. Então eu descobri que não tinha kit de cateter central de inserção, a gente não faz auditoria da inserção que muitas vezes é feita de urgência, porque o paciente no meu caso é um hospital de cirurgia de trauma a Regis ta do lado. Então a gente identificou que 40% dos pacientes cirúrgicos no período que a gente foi avaliar todos os pacientes que vinham daque vinham ... que iam para a UTI que eram é...vinham do centro cirúrgico 40% tinha inserção é...de ou PAI e/ou cateter central no centro cirúrgico. Então talvez tenha uma questão de cuidado na...no centro cirúrgico, então olhar as..é e é interessante que nesse caso a gente colheu é... swab de vigilância e deu 100% de positividade de... porque tem uma história é...o hospital... esse

hospital tem uma endemicidade por VRE de colonização muito grande há vários anos,mas não aparece infecção nesse caso apareceu infecção. Então olhar também que talvez não seja só a questão de tradicional, ou seja, problemas relacionados àolhando o perfil, olhando a história, identificar até fora da unidade que apareceu ou foi identificado o caso de infecção. Então acho que isso também acho interessante, olhar e sempre que possível fazer um caso controle.

Pesquisadora: Então eu posso...

ZE: você quer falar?

Pesquisadora: É e pensando na questão é... deixa eu pensar como que eu posso falar isso. Enfim na questão de metodologia mesmo de investigação de surto tem alguma... algumasituações...enfim...algum suporte que vocês tiveram que fizeram toda a diferença pra investigar esse surto? Que foram assim essenciais e que enfim aquilo foi o que fez a diferença pra você conseguir ter um sucesso na sua investigação de surto. Enfim descobrindo a causa ou não, fazendo todo o seu papel de controlador de infecção. Alguém tem alguma experiência nesse sentido?

ZC: no surto acho que foi de *Acinetobacter* mesmo né foi a ajuda do laboratório para identificação da cepa né, pegamos os casos esses materiais aí ainda estavam no laboratório e foi feita a identificação que fez toda a diferença para ter certeza que realmente havia sido... tinha uma fonte X que acabou transmitindo. Pelo que eu sei parece que não é muito fácil né de conseguir isso.

Pesquisadora: No seu laboratório da instituição onde você trabalha?

ZC: É.

ZE: Mas quando você fala da identificação de cepas, você fala em que sentido? Você tá pensando em biologia molecular?

ZC: Tipo *Acinetobacter* é....então isso é o que não sei certeza, sempre falam identificação da cepa. Existe *Acinetobacter baumannii* vários, mas quando você vai fazer uma análise que eu não sei o nome.

ZE: é pulsed Field que você tá falando?

ZC: é eu acho que sim. E aí você vai através das bandas

ZE: das bandas é pulsed Field

ZC: é exatamente...é....

ZE: pra ver se é o mesmo clone.

ZC: é isto, é isto mesmo.

ZA: uma outra coisa que ajuda muito é a gente entrevistas cada profissional individualmente né, de ver o que que ele acha que pode tá acontecendo então é você chegar no profissional, desinibir ele né, falar não....eu não estou aqui para julgar o teu trabalho o que você acha que pode tá acontecendo aqui na unidade, o que que você apontaria como a principal causa desse surtos né, e eles sabem muita coisa, eles dão algumas pistas essenciais. No caso falou olha eu não tenho muita certeza não, higienização das mãos com certeza é, eles mesmos falam isso. Só que olha só, umas duas semanas atrás trouxeram aqui ó, trouxeram essa...essa torneirinha aqui ó que é muito ruim. Aí você começa a despertar para outras questões que às vezes você não pensa nelas, você não sabe o que chegou de novo ou não chegou principalmente para os hospitais que trabalham com sistema de pregão essas coisas então é muito complicado, porque um dia você tem uma marca, mas no mês seguinte ou quando acaba esse lote às vezes vem uma outra marca porque então...isso é difícil para o controlador de infecção ver o que entra agora o profissional que está no beira leito que está manipulando tudo eu acho que essa entrevista individual com cada um deles acaba ajudando bastante também.

Pesquisadora: alguém mais teve algum...

ZE: meu exemplo é esse é da *Serratia*, porque quando é.. o Adolfo Lutz identificou que a ...que na verdade a espécie era *Serratia* e não era *Klebsiella* fui fazer a revisão, o que a ZD falou e aí na revisão tinha uma relação muito grande com a questão da água e aí em cima disso é que eu fui com esse olhar tudo que tinha relação com água eu fui buscar e...uma... como .. em relação a parte de ventilação não era um problema porque todos os pacientes tinham colonização prévia na...no swab retal todos tinham antes de aparecer a infecção da corrente sanguínea eu pensei na água da dieta (RISOS) e aí que eu fui atrás da água da dieta também. Então é... a questão de você saber mesmo que você não tenha biologia molecular, mas saber que germe é você tem um olhar, se é uma se.... dependendo do germe você vai ter ... se é...se é...ou se é comunitário... ou se você vai ter uma forma de buscar os focos. Acho que esta questão também de identificação. Outra questão de... de..e pode também atrapalhar (RISOS), provavelmente falo agora agora é assim num hospital provavelmente se esta em curso, mas tem um pseudo surto de *Staphylococcus aureus*, infecção da corrente sanguínea por *Staphylococcus aureus* e que que acontece... e pseudo surto de infecção da corrente sanguínea associada a cateter porque o profissional que está no laboratório era o mesmo mas ele fez um curso X que orientou ele na mudança da metodologia de identificação, diferenciação entre *Staphylococcus*

aureus e coagulase negativa, ele começou a... aparentemente é isso está de... o que era coagulase negativa identificar como *Staphylococcus aureus* pela mudança na metodologia. E ter um surto de *Staphylococcus aureus* e de um surto de infecção da corrente sanguínea. Por quê? Se é coagulase negativa numa amostra você vai ter um olhar, se é *Staphylococcus aureus* vai ter de notificar. É o ajudar e não atrapalhar.

ZD: de ajuda também é... por exemplo o ..eu já vi situação que também atrapalhou mas também ajudou, por exemplo na questão sincicial respiratório a... a diretoria teve que apoiar um aumento na carga horária de fisioterapeuta, porque tinha um número X de fisioterapeuta para atender e agente na hora de fazer coorte definiu um dos profissionais que teria que ter um para os paciente positivos e um para os negativos, foi uma das situações, mas assim, vender o peixe e esse peixe ser comprado foi importante e a história do palivizumabe, que uma dose custa só cinco mil reais quase e assim morreu esse... isso com o hospital porque afinal foi uma situação que foi provocada lá dentro. Então quando você tem um apoio da diretoria, mas assim infelizmente isso não é sempre que é comprado como....como...é...como prioridade... E acho que às vezes as nossas angustias não encontram um eco em esferas não sei se às vezes essas situações que tão mais endêmicas e que sei lá não está atingindo uma determinada população é complicado às vezes eu sinto no mesmo local...é.... pesos diferentes para situações que para mim são angustiantes da mesma maneira. Então é um apoio que ajuda e as vezes também pode ter um olhar de não de desdém, mas não valorizar da mesma maneira que você valoriza e aí vai para o buraco qualquer outra coisa que você tá fazendo.

ZA: uma outra coisa que ajuda muito são as anotações multiprofissional que aí você vê que pra nós do controle de infecções uma anotação faz muita diferença então se você tem por exemplo é.. a equipe, o grupo de cateter, então meus pacientes todos eles tinham dispositivos invasivo então vamos ver esse grupo de cateter, que passou, quem que ajudou, quem que é que auxiliou, quem que trouxe o material, então isso tudo você vai identificar onde nos formulários escritos, depois na evolução, como que é o paciente estava de manhã, estava de tarde, tava de noite? Então aí dá pra gente identificar os sinais e sintomas, justamente pra poder fechar o caso, fazer a...a.. a própria...o diagnóstico de uma forma correta, pacientes que estão apresentando XYZ de diagnóstico que começou no dia tal e encerrou no dia tal. Então isso tudo a gente vai extrair das anotações, então eu acho que se a gente tem uma boa evolução de enfermagem, uma boa evolução médica e de fisioterapia que ajuda muito também... é muita gente, muitas pessoas não valorizam ainda a anotação da fisioterapia, mas a anotação da fisioterapia está cada vez mais rica. Ela tá se igualando muitas vezes com uma anotação completa de enfermagem, porque eles já estão colocando como eles estão recebendo o paciente, tudo e como o paciente estava antes do exercício, após exercício respiratório e como é que estava a secreção, a cor a quantidade. Então isso se a gente está investigando um surto respiratório a anotação da fisioterapia ajuda muito então isso acho que ..que ..que isso é que facilita bastante. E os médicos também porque é... a mudança dos antibióticos, o porque é explicado o que é que levou eles a mudarem esse esquema terapêutico, é pra ampliar ou é realmente pra tratar isso. Então agente vê que tem muita confusão nisso, então se vier a parte agora o que veio complicar a gente entra no segundo caminho, no segundo debate dos complicadores.

Pesquisadora: É não é por acaso que eu coloquei os facilitadores primeiro, porque é muito difícil fica assim eu acho que quando é ao contrário começa pelo que foi ruim as pessoas tendem a ...

ZE: A interação com a unidade é outra questão..

Pesquisadora: então agora vamos falar do que foi difícil....

ZE: mas a interação com a unidade pode ser tudo ...dos dois lados...se você ter uma boa integração com a unidade o... a resolução do surto ela se dá de uma forma completamente diferente com um local que você não tem uma ...por alguma razão sua ou do outro (RISOS) da unidade que você não conseguiu né colocar o pé na unidade como uma forma consistente, de que te reconheça que você esteja lá ...e...e... veja junto até pra ter essa oportunidade que você disse ZA de as pessoas falarem, você abrir também isso de as pessoas falarem, de que existiu...entrou um material novo na unidade, então essa proximidade esse contato também é fundamental de como a unidade assume aquele...aquele... esse exemplo de surto como dela. De como ela encara essa.... além da diretoria que é fundamental, mas também vamos dizer o que está na moda falar..lideranças da unidade, seja médica, seja de enfermagem, como elas encaram essa... e pode encarar como oportunidade, então eu acho que não é uma... as vezes um surto pode ser uma oportunidade de corrigir de algo que estava crônico e que é...se somou a alguma outra coisa e que aí foi a gota d'água pra...para evoluir pra surto.

Pesquisadora: meninas que estão mais quietinhas tiveram alguma experiência que seja negativa, mas algo que complicou ou algo que não ajudou na investigação de surto.

ZG: É nós temos lá a unidade de UTI adulto e UTI neo, então assim o que a gente tem lá é que muitas vezes a coordenadora de unidade da UTI neo, por ser neo.. tem um olhar mais delicado por

ser neném, então se preocupa mais, então a unidade em si abraça mais quando você tem algum problema e ela ajuda você resolver com mais eficácia ou ajuda a intervir melhor. Já na unidade adulta é um pouco mais complexa, porque é... o coordenador já não tem essa visão... ela acha que o problema não seria dela né, na realidade não é dela, mas é da unidade onde ela trabalha não encara dessa forma, encara como não é o meu problema então eu faço no meu plantão, no meu horário eu faço direito o resto né. Já a unidade neo não, ela cobre dos outros e dá-se a sequência disso tudo né. Já na unidade adulto a gente sempre tem essas dificuldades... então aquilo que a ZE falou, aquela coisa que a unidade abraçar a causa e lutar junto com a gente pra gente terminar com esse surto né. Já tem aquelas dificuldades que você tem aqueles que não abraçam e aí você tem as dificuldades pela frente.

Pesquisadora: A interação com a unidade de novo como fator sendo positiva ou negativa.

ZG: e pode ser negativo também.

Pesquisadora: A ZG falou uma coisa e eu não sei se todo.. alguém mais teve essa percepção é... dessa diferenciação quando é unidade adulto ou neonatal. Alguém mais sentiu isso...essa diferença de quando é um surto é em UTI neo quando é um surto em adulto. Existe....existiu isso pra vocês também a..como essa equipe encara e como ajuda a resolver essa questão de surto?

ZD: não eu acho que talvez, eu não sei se uma postura da própria equipe, mas talvez exista uma ..uma sensibilização diferente por parte das até das outras pessoas que não estão ali no dia a dia, talvez pelo tipo de paciente. Eu acho que ele é um paciente que ..que...

ZF: É um bebê! Então bebê...

ZD: É... mobiliza ..mobiliza... então eu acho que cria uma comoção as vezes, você saber que aquela unidade ta passando por uma situação é quase uma comoção mesmo...e mesmo por quem não está ali na lida direta e...e..talvez isso seja uma situação pro...pra bem... parece acho que sim... acho que adulto sei lá é mais uma...

ZF: Adulto já viveu.. né....

ZC: é nós tivemos um surto de VRE né, então foi feita todas as medidas, separamos os casos dos pacientes não colonizados, não infectados é... de um modo geral a gente tem bastante ajuda da equipe da unidade, mas nessa situação é... foi uma coisa que nos não esperávamos... chefia médica se sentiu perseguida, ela teve um "*piti*" porque estavam fazendo isso na unidade dela né....então na verdade os casos de infecção estavam acontecendo ali..as medidas tinha que ser naquela unidade né e ficou todo mundo assim sem ação. Continuamos né.

ZA: fica bem difícil.

ZC: é.

Pesquisadora: Eu gostaria que quem não viu diferença, não sei...no seu hospital tem UTI neo? (aponta e pergunta para os participantes) tem? O seu tem ZF?

ZF: tem.

Pesquisadora: Você...eu queria que você falasse o porque que você não sentiu diferença se é igual mesmo pra... enfim pra falar pra gente um pouco porque você não sentiu essa diferença.

ZF: não senti primeiro porque é... era só um caso em criança...então no meu caso foi uma caso só e...e... os demais eram todos adultos e... assim a UTI neo e "ped" é um setor que é bem envolvido, muito envolvido e aí a gente tem algumas peculiaridades desses setores. Então lá a gente tem ...começou taxa de higiene de mãos separado por setor, separado por categoria profissional e aí o pessoal da UTI adulto comprou a idéia. Então hoje tem taxa de higiene das mãos por categoria profissional na UTI neo e "ped" e aí o pessoal da adulto pediu então também foi pra adulto e foi pra UCO também e foi pra unidade de internação depois. Então o pessoal da adulto hoje eles estão muito envolvidos. Antes quando a gente passava eles não aceitavam assim é.. é... dois três anos atrás...mas isso não é infecção não.... e hoje não, hoje a gente fecha os casos juntos eles ...é...realmente a gente aqui podia ter.. a gente podia ter....Então semanal agora os casos discutidos com lês então hoje o medico, a chefia médica da UTI adulto, que é o diretor clinico do hospital, ele passa visita diária, ele passa cobrando higiene das mãos, então é uma pessoa que abraçou a idéia. Então ele hoje é um grande parceiro, então assim hoje nosso exemplo é... ele foi o primeiro a se mobilizar então os demais se .. se.. poderiam se sentir é... meio que ofendidos quando a gente tenta é... entrar no espaço a primeira coisa que vem é... mas na UTI adulto (RISOS) o diretor clínico comprou a idéia. Então hoje ficou muito fácil, fácil de uma forma né é..é..... que o que antes era uma barreira hoje com ele foi uma construção de muita melhoria pra gente. Então é..é ...virou um parceiro então a UTI adulto virando um parceiro os outros setores acabam virando gancho né então eu não tive dificuldade, por causa da diretoria.

ZE: A outra dificuldade, mas aí é essa é questão de estrutura né... tanto de estrutura física quanto de RH. Quando fala de estrutura é..é... número de leitos, como está disponível, omo está feita. Uma UTI de 20 leitos para um salãozão, não é o ideal...é... ou então a relação de enfermagem com relação a

leito, de fisio, é... não é ideal e de higiene também. Como é que está a hotelaria, como que está o controle de ..da higiene. É... eu acho que a questão aí tem a questão da estrutura física, RH e hotelaria que também, ainda mais com essa questão de ambiente como um componente importante para determinadas infecções e disseminações de determinadas infecções pode ser um problema.

ZA: Uma das vivências do ponto de vista negativo que eu já tive eu não estava envolvido diretamente no controle de infecção, mas eu era responsável pela qualidade...é do hospital só que aí houve um problema interno no controle de infecção dessa instituição que já definição de caso já saiu errado dentro do próprio controle de infecção, então houve uma supervalorização dos resultados. Na qual induziu-se toda a diretoria né que estavam com um surto, que precisava fechar a UTI do hospital, que não podia receber mais ninguém, então tinha que não era para receber mais maca no pronto-socorro. E aí quando me vi eu já tava nessa situação. Eu falei não, mas peraí como que tá a definição desse caso? O que que foi caso positivo e o que que foi colonização? E aí houve aquela..aquela.. confusão... no sentido de não você quer se intrometer não onde não precisava. Então os dificultadores já começou dentro do próprio controle de infecção que estava supervalorizando os casos, na verdade, caso mesmo só tinha um e o restante era tudo colonização né...então isso envolveu que este fato estressou a diretoria que chegou pro diretor da área e aí veio uma..uma...reação em cadeia, é todo mundo que banalizou-se isolamento que não tinha como fazer isolamento sendo que a estrutura já é prejudicada, RH já era prejudicado, né então e aí, teve ..colocou 100% da unidade em isolamento. Eu falei peraí então tinha que ficar em isolamento os casos novos né, os pacientes que estava chegando não os que já estavam tudo, então desse jeito não esta batendo as contas não estão batendo. Pra gente arcar com essas medidas então foi aí que eu comecei. Acionou-se as vigilâncias externas, mídia caiu no hospital. Eu falei gente, não peraí, diretor, por favor, vamos conversar aqui. Será que esse infecto fechou o caso direito? O que é o caso positivo, o que é de colonização? Na onde que está o sítio, que ele soltou que realmente foi um surto. Na verdade, ele deu de colher swab de todo mundo. É óbvio que se a gente sai colhendo swab de todo mundo vai vim colonizado. Então na verdade está colocando uma situação que é injusto para os profissionais que estão dentro da instituição, dentro da unidade, daquela unidade, falar que são eles são causadores de um surto, sendo que não está acontecendo um surto. Então porque se perdeu um tempão, investigando um monte de coisa, estressando a equipe de enfermagem, porque o problema sempre cai no enfermeiro, que..que.. é a enfermagem que está envolvida lá, que o enfermeiro que não prestou atenção, então isso estressa de um modo geral. Então que não sabe fechar o caso direito, e saber que realmente isso é caso, isso é colonizado, isso já faz de forma completamente distorcida. Eu tava até lendo uma matéria hoje, que saiu no Hemocentro do Rio lá tão falando que agora ta mudando o termo de superbactéria, tão usando superbactéria, mas na verdade é multirresistente, estão confundindo o que é superbactéria, essas multirresistentes. O Hemocentro está com 25 pacientes, mas você vai ver *Klebsiella*, *Pseudomonas* e *Acinetobacter*, mas colonização. Só que já saiu, repercutiu na mídia, já está lá um monte de coisas. Então como já sai tudo errado de quem ta fornecendo esses dados, aí o negócio complica, aí deixe de ver o que é surto, o que é colonização e aí estressa todo mundo.

Pesquisadora: Eu já vou passar, mas é só pra não perder isso senão eu vou me esquecer....é eu queria...bom enfim eu acho que não sei...você corrija...você quis dizer que é uma dificuldade de definir o que é o que não é um surto. É...só deixar, mas eu vou passar para, mas pense um pouco o quanto isso de fato acontece só com vos, ou com alguém que vocês conheçam. Se vocês existe também essa dificuldade de definir um surto.

ZE: é que minha dúvida, minha dúvida, não na verdade, eu...eu...que os que são colonizados também fazem parte do surto ZA. Assim, é... você quando tem uma bactéria que entra nova na unidade, você vai fazer cultura de vigilância, você considera como caso dentro do surto, os que tem infecção e o que estão colonizados. Então por exemplo se eu tenho uma unidade, vou dar uma...uma unidade que eu nunca tive. Vamos dar uma Nova Delhi, vamos fazer uma coisa bem drástica, entrou esse..essa nova enterobactéria que tem esse padrão de resistência que é novo, eu nuca tive no hospital, entrou com esse padrão de NDM de... padrão de resistência é...na unidade. Eu tenho casos de infecção e vou fazer swab de vigilância nos demais contactantes e os eu vierem positivos vão entrar como caso dentro do surto. Dentro do surto vão considerados como casos, então é ... só pra gente é...dentro do surto o colonizado com raríssimas exceções aquela é...são situações especiais talvez que você tenhavocê tenha....por exemplo eu falei no VRE se você tem um ..um nível de endemicidade e colonização que eu não sei explicar, que é alto, eu colher swab de vigilância atrás de VRE eu vou ter uma proporção enorme de mais, de muito maior que 50% com VRE positivo, eu não to falando que isso VRE de VRE pode até ser alto, posso até ter uma proporção alta de 20% de VRE positivo eu não considerar isso como surto, porque é colonização isso tem há muitos anos por alguma razão no hospital. E no teu caso, eu não sei, agora depende da situação...se eu tenho uma

bactéria nova e é e apareceu um caso de infecção e além disso, as culturas de vigilância vieram positivas, elas vão ser incluídas como caso de surto.

ZA: É porque quando as coisas vão acontecendo, vão tomando umas medidas vão desencadeando tudo errado.

ZE: Você tem que identificar, ao invés de ficar tem que deixar muito claro o que é um caso no surto, faz parte da definição.

ZA: Isso....da própria definição, se a definição já sai errado, você sai fazendo uma coleta de swab em todo mundo, você não pode considerar que isso é um surto, porque é que a coisa tomou proporção diferente. Quais são pacientes? Tem um caso índice? Quem estava próximo ao caso? Então já começou tudo errado, então vamos colher swab de todo mundo, não aí dentro dessa coleta exagerada é falou que já soltou um surto. Na verdade não era, era só um caso positivo. Então não podia ter falado que era um surto.

ZD: e no dia a dia, por exemplo, eu sinto essa dificuldade na definição de que vai ser caso ou cai também, por exemplo, agora que a gente está nesse enfrentamento em três unidades, então é.... será que eu considerado...é são coisas que passam lá pela nossa cabeça. Uma de nossas UTIs tem um salão e tem os boxes e tem casos nos dois, então o que por ou não? O que que a gente vai considerar? Até pra gente nessa questão, quando que é o tempo, quando que começa, acho que aquelas coisas de definir quem, onde e quando, são momentos que a gente para pra fazer não e aí? Vai ser aqui? É só aqui? Se veio de acolá também entra? Vai incluir lá? Então definir o caso considerando respondendo a essas três perguntas, eu.... sempre me angustio um pouco prá.porque eu fico com medo de ...de repente fazer uma definição muito sensível ou por outro lado uma definição pouco sensível e perder ...e perder situação. Então tipo a gente viveu não é exatamente associado à saúde, mas foi dentro do hospital, a gente se envolveu em diarreia entre os profissionais, e assim foram muitos casos, bateu em duzentos casos. Assim foi e uma loucura e depois a gente viu que foi transmissão de norovírus. E esse aí pra gente definir o que era quem em que local que ia ser que ..porque assim, é que a gente começou a pesquisar ativamente diarreia, mais possivelmente num hospital que tem três mil, sei lá quantos funcionários, sempre tem uma galera com diarreia, então aí definir o que que era o endêmico o que que não era e tal, mas acho que são..são momentos que ficam putz e agora... quem que é a pessoa, o lugar, e tal...me angustia. E uma coisa que me angustia, que eu vou tipo assim uma confissão (RISOS), de às vezes quando pára para olhar um dado ou da incidência de uma bactéria e tal, falo "Olha acho que rolou alguma coisa, lá que já rolou e acabou, e a gente passou e não.... e...". Então isso é uma coisa que me angustia, que às vezes assim, se for ver por questão de ... limite superior ou quando vai ... então a gente talvez nem ter... e aí é uma questão tempo, acho a questão da infraestrutura que você levantou, até dentro da gente ter RH suficiente, com tempo suficiente para olhar para o dado que você coleta, porque eu já vivi isso por alguns momentos, de...quando você vai olhar para o dado retrospectivamente você percebe "Tive um problema". Às vezes pensei ainda bem que acabou que bom RISOS, alguém cuidou, e isso me angustia muito, de ver ou por conta de perfil ou por agente, ou de repente ou tipo de infecção.... é que às vezes não é um agente muito diferente, mas sei lá a *Pseudomonas* multi R, amiga, companheira esta lá, mas aí de repente faz um boom....até pra ela é muito foi nossa foi muito, o que será que aconteceu aqui? E deve ter acontecido alguma coisa que a gente simplesmente nem olhou porque não era um perfil anômalo, não era kpc, não era tal, era a *Pseudomonas* velha. Então eu acho que às vezes talvez a gente tenha até mais casos do que a gente consegue.... (INTERAÇÃO ZE E ZA).Isso me angustia muito. E acho que cai um pouco nessa coisa da infraestrutura porque a gente acaba fazendo tanta coisa dentro do hospital. Putz e ..e...vai lá ver 2616,não está bom, não precisa de mais gente. (RISOS)

Pesquisadora: Então as meninas que falaram pouco, também sentiram essa dificuldade?.... Elas não respondem....

Silêncio (15 segundos)

ZA: Olha acho que outra dificuldade também é com os nosso terceirizados, porque eles trabalham com muita terceirização, porque se tem algum problema, por exemplo, no lote que eles entregam e aí até eles conduzir para a instituição nossa.. então...eles são responsáveis para entregar o material, só que às vezes acontece algumas coisas desses terceirizados que às vezes a gente não fica sabendo e aí por exemplo se troca um fornecedor e aí pega por exemplo um que não tem aquela destreza de levar um determinado medicamento, ou uma dieta naquela temperatura X, de ficar controlando a temperatura e tal. Então assim, entrega-se as coisas e a gente esquece de ver como é que é o fluxo desse terceirizado. As terceirizadas às vezes acontecem algumas coisas que eles precisam comunicar a instituição na qual eles estão responsáveis, porque houve um problema com o nosso fornecedor X né, eu precisei pegar outra empresa. Então se a gente não tem esse *feedback* complica tudo nesse meio de campo.

Pesquisadora: Eu vou ter que avançar pra outra fase, mas acho que no fechamento eu gostaria de voltar num ponto que foi a questão do apoio da diretoria. Eu queria é..sentir um pouco mais, mas no final quando a gente for fechar ta. É.....em que...em que hierarquia se dividiria assim, o que vocês querem dizer quando falam diretoria. Se é um nível mais e alta gestão, mas a gente no fechamento eu acho que a gente podia voltar um pouco nisso. Eu estou preocupada um pouco com a hora só. É...bom acho que a outras fase que enfim, na verdade é o caminhar das coisas né....a gente está investigando o surto, está falando das dificuldades, o que ajudou e o que não ajudou. E eu acho que uma das fases que a gente encara que tem que fazer é uma angustia para muita gente, na literatura está descrito a questão da notificação. Então assim, vocês tiveram alguma, em alguma desses surtos que vocês mencionaram bastantes surtos. Vocês tiveram a experiência de tentar notificar esse surto para a vigilância. Alguém, algum de vocês já conseguiu fazer isso, de notificar algum surto?

ZE: já, já... É na

Pesquisadora: Vou passar pra você, depois eu passo pra ela, por que ela falou menos...

ZG: Geralmente quando a gente tem um surto, nós temos realmente que fazer a notificação. Então a doutora ZE, ela já comunica a COVISA, já toma as providências e faz a notificação do surto.

Pesquisadora: Mas como foi isso, como é que se deu essa notificação, quais foram as repercussões que isso tomou?

ZG: Geralmente assim quando a gente notifica eles querem saber o que de fato aconteceu e o que está acontecendo na unidade. A gente faz o relatório, é ... eles fazem a visita depois na unidade, ajudam também eles depois fazem um olhar. Porque assim é diferente quando você faz a visita na unidade pra procurar pra ver tudo os processos pra visualizar onde estariam os problemas. E uma pessoa de fora vem e olha...tem um olhar diferente né, então quando a gente faz a notificação que eles vem até o nosso hospital fazem a visita deles, a vigilância deles, eles mostram coisas que às vezes passou despercebida pela gente ou a gente não tinha dado tanta importância pra aquilo ali. E acaba nos ajudando pra fechar nosso relatório de surto. Mas a gente nunca teve dificuldade assim, para fazer as notificações. Que eu lembre não, não é doutora?

ZE: Eu tenho uma percepção diferente, na prefeitura a gente sempre notifica no município. Até porque o hospital é, o laboratório ele é um laboratório terceiro. A microbiologia não fica no hospital, então é....pra eu poder é... ter o suporte do Laboratório de Referência para a investigação do surto eu notifico. Na prática é por isso, porque assim, é... a vigilância sanitária ela tá próxima, mas é...não quero ser ingrata, não acrescenta. Eu discordo um pouco da Cris assim, não acrescenta é.. eu faço no município porque o laboratório é terceiro é.... e também porque a COVISA ela intermedia e aí não vem a vigilância sanitária. Aí vem a COVISA, tanto que a COVISA pede sempre que a gente notifique primeiro pra ela extra oficialmente antes de mandar pra vigilância sanitária, pra ela não ser é.... surpreendida com um surto dentro do hospital público do município de São Paulo sem ela ter ciência. Mas é...

Estado eu não notifico..é... porque a minha impressão, primeiro porque a vigilância epidemiológica do município onde eu estou inserida é.. não vai ..não vai acrescentar, é diferente de uma COVISA que ainda pode ter alguma é... algo...para me acrescentar, mas a vigilância epidemiológica nesse... e a vigilância sanitária se ela vier ela não ...ela vem com outro olhar e não é... então a gente não notifica porque acha que é...por isso quando falo a gente falo eu como ... SCIH e como a instituição, porque a vigilância vem com um olhar é...

ZA: de punição.

ZE: de olhar que está tudo errado, parte do princípio de que está tudo errado. Parte do princípio de que tem alguma coisa errada, muito errada e ..e a gente acaba perdendo tempo, o foco e no que é realmente relevante para o surto. O tempo, o esforço pra ...pra... pro manejo do surto. O que ..o ruim é que agora é essencial para você mandar as cepas para o laboratório de referência, no caso enterobactérias, eles cobram que tenha sido feita a notificação.

ZD: Assim é esse surto grande por incrível que pareça, esse grande que eu tava até com medo de fazer a notificação da diarreia, eu falei gente isso não vai dar certo. Foi ..foi super boa a parceria é, mas eu acho que porque muito... apesar de a gente fazer a notificação ok, e aí assim... mas a gente tratou muito com a epidemiológica e com o pessoal do município também da parte de doença transmitida por água e alimento São Paulo.Então assim foi muito bacana, eles ajudaram bastante e até na orientação, olha agora faz assim, faz assado. Putz foi parceria mesmo. É .. agora das outras assim, já tive ..já passei por situação que nem foi motivada por notificação de surto, mas de postura em vistoria ou sei lá por algum motivo, alguma visita da vigilância sanitária, com uma postura agressiva de buscar culpado, quem que vai pro pra forca ou não..não ..não..uma postura de alguém que vem para ouvir e nem pra ouvir, não quer nem saber o que você tem para falar. E nossa super agressivo assim, de ..de numa situação eu falei ah não a gente esta fazendo assim olha.. a OMS...e assim muito tranquilo.. e ela falou assim então a OMS pode falar besteira, estou falando XYZ, assim com essas palavras (RISOS). Assim, então assim, não...não soma, então não vem pra ouvir de

verdade e vem numa coisa meio que de inquisição, de caça as bruxas. Então a gente não, o único que eu notifiquei que foi esse da diarreia e realmente não tive problema ali, mas de outras situações eu acabei e a diretoria quando "a gente fala ah não sei o que vai notificar tal"... "ah mas espere aí porque vem a vigilância, nossa e aí a vigilância"... E assim, você tem até..você não quer concordar, mas em algumas situações você fica realmente.... eu vou falar que a vigilância tem uma postura super legal? É difícil né?

ZA: Então eu acho que justamente a gente trouxe nos debates, esse ciclo da fragilidade, dos serviços externos que vem tentar nos ajudar nessa parte de notificação de surto, mas realmente o despreparo ele ainda é... ele está muito grande, a experiência negativa que eu tive, quando a própria controle de infecção fez já um levantamento de um estudo de caso errado que passou para a diretoria, e já passou por cima já notificando a COVISA eles simplesmente já chegaram falaram assim "não vai colher swab de todo mundo, vai por todo mundo em isolamento" sem antes entender como que era a situação sabe, aí isso caiu na mídia e aí vem a mídia matando em cima, mas uma situação extremamente negativa, e a gente que fica lá no meionão "espere aí diretoria, espere aí CCIH", está errada a condução, "COVISA você já pegou o número de casos positivos pra você dar essa postura de que é realmente é pra notificar, que é realmente é para colher os swabs e que realmente pode se acionada as mídias Por aí? porque já está na boca da mídia", então é.. essa supervalorização assustou demais os profissionais e próprios profissionais às vezes acabam soltando, denunciando, por estresse, por sobrecarga de trabalho de tudo. Então você vê que nessas situações delicadas muitas das vezes quando a gente fala de notificar, poxa vida a gente tenta notificar, tenta fazer nossa parte nesse trabalho, mas você tem muito mais trabalho contornando uma situação que saiu errado para os órgãos, do que tentar trabalhar para a situação interna e tentar trazer o controle de novo interno. Então as experiências de tentar notificar surto pra esses serviços externos, órgãos não foram nenhuma positivas, no sentido de não realmente vieram a agregar, porque muitas vezes quando você precisa deles é que você já da respostas e já que você tem que fazer tudo já fala "eu já pesquisei isso, isso, isso, isso e isso, o que mais eu preciso da sua ajuda como COVISA para o que? Nos ajudar a conduzir melhor esse caso, para não receber casos novos, essas coisas assim...ou para nos dar um aval pode fechar a unidade, não pode " então quando a gente já fez toda a escala de ..de..de de todo o percurso que a gente já preencheu, aí sim a gente vai nesses órgãos. Mas fazer já no começo já com eles, eu acho que a gente tem muito mais dor de cabeça do que da própria dor de cabeça que a gente já tem pra resolver lá. Então....

ZF: Nesse último nós não notificamos, mas a gente freqüentemente tem visita da vigilância lá, sempre. Caem de paraquedas, vão lá, chamam sempre, eles são muito assim é... não sei se por ser privado, eles são extremamente assim é.... "nossa tem pouca pia", "não é que esse prédio é antigo né, aqui realmente né tem pouca pia, mas ta dentro da legislação", "não, mas é, mas pode ver tem dispensador de álcool em todos os leitos, "mas eu não gosto de álcool", não mas não é questão de gostar, ela falou isso pra mim "eu não gosto de álcool" eu "gente" aí eu falei "olha não é questão de gostar ou não, é questão de legislação, então tem um dispensador dispensador pra cada leito, um dispensador" que nem é necessário. Um dispensador pra cada leito, fora.. "Não mais álcool não conta" aí eu falei "claro que conta". Aí isso é aquela...então é,.... assim então eles são muito punitivos, pelo menos eu estou falando da minha experiência. Bem assim...é... a taxa de higiene das mãos, tem então Ah essa sua taxa está legal, está .. bacana e tal, não que a gente goste só de elogios, mas assim então está separado por setor, por categoria profissional, médico, enfermagem e isso.... tudo é..... ah ta é... mas também poderia separar por momentos. Pai eterno se eu for divulgar por momentos, pro hospital inteiro eu vou só viver disso. Então eles são muito punitivos pelo menos na instituição que eu trabalho. Não sei se, nunca foi assim uma coisa pra colaborar, só para punir. Depois vem o relatório e não..não..não isso não procede... então.

Pesquisadora: É a gente vai continuar com outra questão, mas ela basicamente vai continuar falando mais ou menos disso. Eu gostaria de quem ..falasse quem nunca notificou que as meninas que não se pronunciaram que nunca notificaram, por que que não notificaram. E ..e o que que influenciou essa não notificação, o que que motivou a não notificar. E esse decisão veio de onde e como isso aconteceu na instituição de vocês.

ZB: O primeiro caso quando teve o primeiro surto de kpc foi notificado é...é ainda não fazia parte da CCIH, estou vivendo só esse segundo caso, e esse segundo momento a gente decidiu não notificar por esses problemas que vocês colocaram mesmo. A questão da vigilância sanitária,

Pesquisadora: O que ficou agora ela deu um exemplo de uma das visitas, mas eu queria que vocês falassem mais sobre essa questão do preparo da vigilância sanitária, claro que tem muito mais visitas que surtos. Visitas comuns do que as visitas quando a gente notifica surtos. Mas eu queria que vocês explorassem mais essa questão desse ..desse apoio que teoricamente assim que a gente deveria ter,

como que isso se dá, o quanto vocês enxergar a vigilância sanitária nessa situação de investigação de surto.

ZA: Só um pouco complementando essa parte da diretoria que a ZE fala que quando a gente decide ou não notificar e por que não notifica. Quando a gente fala da diretoria, sabe que é toda uma escala que você tem diretor, técnico de diretor, diretor clínico e dentro dessa diretoria tem depois supervisores de cada unidade médicos e aí depois vem as outras categorias. Então a diretoria de cima que envolve tanto a diretoria administrativa, quanto a diretoria técnica, quanto a diretoria clínica eles já falam “Aí tem os dados, mas os dados dos casos positivos vocês já não notificam mensalmente pra...para os órgão?” “Sim” “Então na verdade não precisa alarmar nesse sentido”. Então quando a gente chega nesse ponto. “É você vai enviar os dados, não vai?” Então eles vão ver, então de certa maneira já está sendo notificado. Eles vão ver que tem caso positivo na corrente sanguínea X. Então está por conta de tais microrganismos. Então eles vão ver isso no final. Então assim já está notificando então não precisa alarmar nessa situação. É o que realmente a gente sabe que indiretamente está notificado, então você não está escondendo o jogo. Agora o duro é você omitir os dados e omitir da sua planilha, isso é outra questão. Mas que a gente sabe que acontece muita coisa, mas não é isso que a gente está falando, de maneira nenhuma. Mas de uma maneira a gente já está notificando, então se considera isso uma notificação.

ZE: Não, eu descordo.

ZA: Então quando a gente fala da postura realmente o que a gente consideraria que iria agregar, quando a gente já recebe essas visitas dentro do ..do...da nossa instituição, é por rotina sem surto envolvido a gente já sabe que eles já vem um..um roteiro na cabeça meio pobre no sentido “Ah eu vou só vou investigar medicamentos vencidos” “Ah não eu vou investigar somente é... filtro com pressão negativa”. Né, eu falei “Meu Deus, né”. Eu recebi uma vez um grupo grande tanto da COVISA, com o COREN, quanto com o próprio CRM vieram os três de uma vez, juntos por conta de uma denúncia anônima, só que mesmo nessa situação que eu precisava de ajuda desses órgãos para poder mexer em algumas estruturas da casa eu não senti esse respaldo por que, porque na cabeça deles eles vieram que nem um pedaço de bolo assim sabe. “Não eu vim ver só medicamento vencido” e o outro “Não eu vou ver só como é que tá a anotação de enfermagem e anotação medica e o outro “Eu vou ver só...” E aí eu precisava de algum problema muito sério na UTI neonatal que eu dei uma indiretinha assim para esse grupo “Vocês não querem conhecer a nossa unidade neonatal e a gente tira um diagnóstico geral?” “Não está no nosso programa hoje” Mas eu falei então né “O que que é tão interessante a gente fazer uma visitinha lá e ver realmente os problemas que a gente está vendo tanto de estrutura quanto de processos, equipamentos né, então assim nós estamos com bebês muito pequenos aqui né, que então assim vamos dar uma olhadinha...” “Não a gente já fechou” mas caramba se a gente já está dando a brecha de que algum problema precisa ser resolvido e que a gente precisa deles como órgão por que já vem com esse roteiro fechado. E o outro só ficava olhando.. “Mas você não tem filtro com pressão negativa” Eu falei “Lógico que não uma instituição pública a gente vai ter um filtro hepa aqui dentro no hospital, como? Como que a gente vai conseguir isso?” “É mais então você vai continuar enfrentando esses mesmos problemas” Então vamos ver outro problema vai, porque essa conversa, essa discussão nunca vai terminar. Então eu acho que falta um melhor roteiro né do que se pesquisar quando vai visitar essas..essas...essas instituições de saúde, mas que aí sim esse roteiro iria ajudar. Não com aquele roteiro já fechado que a ANVISA já lançou uma vez que você coloca sim e não...sim e não, sim e não... né realmente vê se realmente o porque que não tem e tentar identificar os os problemas não só ver se tem ou se não tem...porque é muito fácil pegar um roteiro fechado tem, não tem...tem não tem...depois já lança um diagnóstico nessa realidade de saúde pública que a gente vive falando que está tudo errado.

ZE: Tudo está errado...

ZD: Acho que assim nessa questão da vigilância me assusta um pouco a gente tá completando agora dez anos de vigilância epidemiológica dos dados do reporte dos dados para o Estado e a sanitária mesmo diante disso ter esse desconhecimento, esse despreparo, chegar dessa maneira, quer dizer os dados eles é... a gente faz a nossa parte de encaminhá-los é... eles chegam pro nível da vigilância Estadual que depois também reporta para a parte Federal...Isso é o que me causa mais não sei se um desgosto ou...mas poxa se num Estado que já tem a maturidade de ter dados há dez anos, existe este despreparo eu não tenho fé na situação fora ..fora de São Paulo, porque aqui com isso já é assim então, eu não esperaria esse ..esse tipo de situação que a gente vive no dia a dia né. E às vezes a gente faz alguns apontamentos na prática nem ..nem só diante de surto, mas alguns apontamentos em sei lá... em planta e aí vem um é... “Ah, mas a vigilância sanitária não falou que isso precisa”, quer dizer ainda destrói um processo que você está tentando às vezes às duras penas colocar.

Concordância do grupo.

ZD: Não mais “Ah não, mas a vigilância já aprovou” então isso aí... é complicado, então eu acho que existe um despreparo bem ..bem grande mesmo e ...e vai em várias frentes, até extra essa situação de surto.

ZF: Isso que a ZD falou é verdade, porque na última visita que nós tivemos foi esse ano, deles de surpresa era um grupo focado...a tarde eu vou na UTI, me procuram na UTI. Era bem assim, bem tinha o roteiro. E eu tinha... tinha... inaugurado um prédio novo e eu tinha passado visita técnica nesse prédio, tinha pontuado várias coisas que estavam em desacordo. Olha precisa ajustar...quando eles chegaram a mulher foi lá e falou que o prédio era lindo, que ela nunca viu um prédio tão bonito. (RISOS) aí depois eu voltei lá, falei...porque eu não estava junto com ela no prédio. Eu falei “Nossa se ela falou isso daqui...gente....nossa....Ela falou que era lindo, que era tudo...assim tinha coisas muito básicas que eu falei assim “Gente como que a engenharia fez isso, como que...nossa chama o rapaz..vamos ver” Ela foi.. eu falei gente.. gente sedaram a mulher porque não é possível ela não viu ela não... ela falou que ela adorou, eu falei mas ela viu? (Assustados) Mas era estrutura, era estrutura, eram coisas... então assim de um prédio antigo você justifica o tempo do prédio né, então assim é um prédio antigo então a gente trabalha é..é... com prédio antigo então a gente tentar ajustar o processo. Agora um prédio novo não tem desculpa, o prédio é novo né e ela falou que estava A parabéns... então o meu relatório é aí ela está sendo muito *críca*, porque é mulher, a que é da vigilância não pontuou e ela vem pontuar. Então a gente perde um pouco de credibilidade. É..é você fica visto como você esta procurando cabelo...sabe isso. Então não ..não precisa ela não pontuou, ela não pontuou. Mas se outra pessoa que venha avaliar não tenha visto o que ela tenha...pra mim não falar o despreparo então.

Pesquisadora: Ninguém mais? ZC? ZG? ZB? É... eu vou fazer um fechamento, mas não é pra exatamente fechar, a gente pode pegar algumas questões que como eu gostaria, por exemplo, da diretoria, para ver se vocês tem algumas que queiram explorar um pouco mais. É, mas assim de um modo geral, aí você vem se está faltando alguma coisa, eu vou tentar fazer uma síntese do que a gente discutiu. Mas a primeira questão é era a vivência do surto e assim, o que eu senti e eu acho que o que foi muitas vezes falado, foi a questão do... das angústias do encerramento do surto né, que é uma questão que vocês falaram bastante e identificação de causa, e identificação de causa.... Cada um foi falando um pouquinho, mas esbarrou no “Eu não sei qual foi a causa, mas resolveu” e tinha essa angústia da identificação da causa. Na questão da ajuda, pelo que vocês falaram, o que ajuda bastante é a questão da qualidade do laboratório. Então se você tem um bom laboratório, você tem mais credibilidade, você consegue enfim fazer uma investigação que seja mais tranqüila porque enfim você tem um suporte adequado. O relato da literatura né, que você acaba olhando o que as pessoas viveram pra poder traduzir um pouco para sua realidade. E aí ficou um pouco na berlinda, ajuda... atrapalha, a questão da interação com a equipe. Que ela tanto pode ser muito positiva quanto muito negativa. Com relação a questão das dificuldades acho que o que foi falado muito no começo depois vocês desapegaram um pouco foi a questão da diretoria. Eu vou terminar a conclusão e aí a gente volta para a diretoria que eu gostaria muito que vocês falassem sobre isso. Então falou que a diretoria enfim, se não abraçar, se não ajudar, o negócio emperra e não vai né. É e aí falaram um pouco sobre de estrutura física, estrutura de RH e a questão da sinalização do processo enfim a gente ter conhecimento dos processos nos ajuda na investigação porque a gente consegue mapear melhor o que pode ter dado errado no meio do caminho né. Com relação a notificação o que foi bastante falado aqui é a questão da notificação como um instrumento que na verdade, a vigilância sanitária vai chegar, mas ela não agrega. Você perde mais tempo contornando o que ela vai te trazer de prejuízo enfim, porque ela vem com uma postura mais fechada do que ajudar e enfim, a gente não tem um compasso adequado, ideal entre vigilância epidemiológica e sanitária, uma caminha mais pra frente e a sanitária um pouco atrasada com uma postura mais engessada, mais com um olhar que ...que... não corresponde ao que a gente quer que ela olhe. Enfim, a gente fica procurando, vendo relato da literatura, vai atrás e ela tem um olhar que tá lá atrás e que pra gente não ta servindo muito né... É... esqueci de alguma coisa gente? Eu pequei só os pontos que vocês mais falaram. Então alguém quer complementar alguma coisa é que senão eu volto já pra diretoria.

ZD: Tem uma coisa você tava falando agora, de..de angústia. É que às vezes eu, percebo...por exemplo, quando você começa... sei lá se tem um principalmente se você tem um óbito que não está claro se..se foi relacionado à infecção, ou se tem alguma fonte que você é...assim quando você ainda não sabe o que está acontecendo nada. Acho que esse momento de você respirar fundo e não perder o foco, não fazer nada de maneira “*tabalhoda*” eu acho que isso é um momento que me angustia um pouco, porque às vezes se você se deixar levar pela..pela emoção mesmo de não saber o que está acontecendo, se você dormir no ponto ali, o que pode está acontecendo no dia seguinte, se está acontecendo alguma coisa debaixo do seu nariz que você não entende, acho chance de perder o foco é grande. Isso é uma coisa que a gente...dependendo da população, e eu sinto que tem

que parar, respirar, não espere aí, deixa, respira, vai, vai pra literatura tal e tentar ter calma, porque senão...e não sei acho que isso é uma dificuldade também porque senão você começa a atirar pra muito lado e ..e..não ..não sabe nem porque você ta fazendo alguma coisa. Só porque você ta falando das dificuldades isso, eu pensei putz eu vivo isso de vez em quando e acho que eu não tinha comentado de dificuldades.

Pesquisadora: O ZA também acabou falando sobre isso que aconteceu em sua equipe.

ZA: Sim. Não na verdade, outra angústia minha é quando se trata assim, de tentar entender o que é que eles querem fazer com os números. Porque já vem pedindo para você..."Qual que é a taxa de infecção geral do hospital?" e aí eu fico perguntado...porque eu já tinha entregue já todas as densidades de incidência das UTIs de todas as topografias, tava tudo na mão deles, só que eu não tinha uma linha que falava da taxa de infecção global do hospital.

ZE: Pra vigilância sanitária?

ZA: Pra vigilância sanitária.

ZE: Está na lei! (RISOS)

ZA: E aí e..e aí eu falava .."Não, mas você não tem a taxa de infecção geral". Eu falei não olha está tudo estratificado. Eu falei olha "Qual que é a diferença entre densidade de incidência e taxa de infecção pra vocês?" eu não extraí essa resposta.

ZE: Eles não sabem.

ZA: Porque olha aqui está tudo estratificado por paciente-dia, por dispositivo-dia, sabe as principais infecções "É, mas não tem a taxa de infecção geral" Ai eu precisei correr com tudo o.o...o....eu pedi umas duas semanas lá, porque eles colocaram lá que o hospital não apresentava taxa de infecção geral. Daí fica como uma não conformidade que parece que a gente não calcula nada. Eu falei então põe pelo menos que a gente apresentou as densidades de incidência por cada topografia, por cada paciente, tudo o que entrou na unidade, tudo tal. Não nem isso, nem essa observação foi colocada no relatório só veio colocado que não tinha taxa de infecção geral do hospital. Então isso é frustrante, dizer que fazendo eu acrescentar uma linha pra eu colocar tudo que é taxa de infecção geral. Aí sim está ok, então isso também frustra muito, porque nem eles sabem o porquê que eles pedem os dados, acho que de geração em geração vai passando e se tem que pedir vai lá e só pede a taxa geral.

ZG: eles pedem, agora se você vai ver os resultados e o que eles vão fazer com aquilo. Eles não fazem. (RISOS)

Pesquisadora: E com relação à diretoria, foi falado em dois momentos distintos, em duas questões distintas. Então eu gostaria que vocês falassem na nossa última rodada. Enfim o que que a diretoria representa na questão da investigação de surto. O quanto ela ajuda, o quanto ela atrapalha, nos que viveram aí.

ZE: A questão da diretoria, em relação às gerências... de enfermagem é fundamental, por conta de remanejamento, por exemplo de enfermeiros, não é incomum se ter no caso do hospital do Estado, não ter uma relação ideal de funcionários ideal na UTI, ou ela existe, mas a noite se precisa é retirado tem na escala, na tese, mas o virtual você chega na unidade, em vez de ter os dez tem seis, tem sete, porque no plantão a supervisão de enfermagem tira porque ela vai cobrir ausências por n razões. Então a questão da ...do gerenciamento pela gerência de enfermagem da...de garantir o número mínimo de enfermagem na unidade para a gente é crítico. É e... a questão da direção maior, da superintendência em relação às vezes até recurso como a ZD falou. De pagar ...porque aí também tem que garantir hora extra, porque muitas vezes para garantir o ideal não é sua rotina, para garantir essa relação de enfermagem pra leito ela sai da relação habitual da rotina da unidade. É tem que pagar hora extra, tem que trocar... é.. tem um gasto aí de valor de dinheiro que é bastante que tem que ter o comprometimento, então ... e é.... tem o peso de participar em algum momento de participar da discussão das reuniões do surto. Até pra que dê uma ..uma.. compreensão tanto a parte e o administrativo também, pra entender o que está acontecendo e ..e ... a comunicação fluir de uma forma mais ..mais fácil. Acho que a questão da comunicação é..é... importante, então a gente sempre tem muito cuidado até mesmo quando eles não podem ir é, sempre quando tem uma novidade eu faço um relatório por mínimo que seja dizendo olha temos tantos caso, está assim, mantendo a atualização, seja semanal, ou quinzenal da situação do surto.

ZG: Eu não falo muito porque a gente trabalha junto.

ZF: Eu assim, a gente conseguir envolver bastante a diretoria, tanto gerência de enfermagem, é bem participar, tanto a médica especificamente da UTI, mas tem melhorado na parte assim, antes você só mostrava os dados se eles não participam eles não conseguem entender. Se só chega o relatório do surto, o que é isso, o que você ta fazendo. Mas se eles são envolvidos, o que pelo menos na minha prática,o que a gente percebe, olha teve um mês sem infecção ou chegamos a surtos porque o número de funcionários está escasso, o número ... quanto custa uma infecção, então é mais fácil

contratar mais um funcionário e eu manter o padrão ou eu ter uma infecção e eu segura leito, eu adiar cirurgia, porque daí eu to segurando leito de uma cirurgia de uma criança que está esperando, porque a UTI ta lotada e aí começaram a enxergar de outra forma. Então acho que depois que eles ficaram envolvidos e abraçaram a causa isso melhorou, não vou dizer que contrataram um monte que isso ainda não aconteceu, mas assim hoje eles enxergam mais, então nas reuniões da comissão eles vão, eles perguntam porque eles não sabem, então a gente mostra os dados de infecção...mas nossa, mas tudo...tudo isso, mas dava pra prevenir? Então hoje eles fazem perguntas e não são perguntas de profissionais de saúde, porque são da parte administrativa e... as perguntas às vezes a gente fala, poxa ainda não estivesse envolvido talvez a gente não tivesse o ganho que a gente anda ao pouquinhos conseguindo, mas que é importante, porque eles que tem o poder na mão né, então eles que vão enxergar e se a gente não tivesse levado é... esse...esse...essa problemática pra eles, se eles tivessem se envolvido é ... talvez a gente não tivesse ganhado um pouquinho que a gente vem conseguindo ganhar, então hoje já eles fazem umas perguntas que nossa que você tem que voltar lá e explicar, tem mas eles ainda são um papel importante no..no... final dessa história. Então pra nós pelo menos tem sido..

ZG: Mas existe uma diferença muito grande entre que eu vejo em discussões, é... existe uma diferença muito grande em diretoria participativa de hospital particular de um hospital público. Porque o hospital público ele depende de outras pessoas para poder fazer outras coisas Já o particular é ele, então ele realmente faz a diferença. Se ele realmente abraçar a causa e você conseguir mostrar as coisas você tem um grande aliado. Mas já num parti...num público as coisas são um pouco mais complexas, porque ele depende de uma outra instância pra ele conseguir fazer determinadas mudanças, ou ele não pode bloquear determinadas coisas, porque ele tem uma taxa para ser atingida mensalmente, então existe um..n fatores que isso dificulta também ele em abraçar e apoiar realmente todos os processos da CCIH. Não falo do nosso que a gente tem uma diretora que participa bastante, mas o que eu vejo muito em discussões e em reuniões que a gente participar é bem isso a dificuldade é ter um diretor que apóie o controle de infecção. Quando você já tem um particular você mostra que aquele paciente vai ficar muito mais tempo ele vai ter um gasto maior, então você consegue lidar com isso. Já no público você não tem essa facilidade.

ZB: Um pouco a gente conseguiu envolver toda a diretoria, tanto a administrativa, médica, de enfermagem a diretoria geral, então a gente teve essa participação esse apoio, até para gente conseguir é... a ...produtos novos e instituir rotinas diferentes. O que empaca um pouquinho é a questão do RH, dos recursos humanos mesmo, que aí tenta-se cobrir com horas extras e aí tem-se um pouco mais de dificuldades.

ZD: Eu acho às vezes depende muito de quem está ali na ponta, tipo mesmo a liderança da ponta. Usando o que você comentou, mas às vezes no público você tem alguém superenvolvido que compra que está lá até por amor e... faz daquilo a sua casa e quer ver tudo da melhor maneira. A...mas eu acho que você tem aquela situação muitas vezes engessada por conta de sei lá... de concurso, então as pessoa ta há tanto tempo faz sempre as coisas da mesma maneira e não é sabe, falta tanto tempo só pra sair então não vai ser uma situação dessas que vai fazer a diferença. Então acho que às vezes o público você lidar, fazer gestão de pessoas em hospital público, acho que ele tem algumas dificuldades que... que às vezes você não consegue vencer. E no privado também tem às vezes a sua ..sei lá se eu posso falar assim... mas a situação de perversidade também né, a questão de você é...às vezes não entender que você tá vendendo e o conjunto do serviço e da obra que tem que ser, e você não é um revendedor de material e medicamento. Então não é ali que você vai ganhar dinheiro, então às vezes fazer uma política de uso de antimicrobiano ou ..

ZE: Uso racional..

ZD: Uso racional às vezes você empaca numa situação porque é interessante ter o uso né, então tem que é enxergar qual que é o teu..porque que você está lá. Então tem dificuldade para os dois lados. E do envolvimento da diretoria, nossa são tão...depende talvez de...do.. do.. não sei se depende do tamanho.. do quão caótica que está a situação, o quanto as pessoas estão acometidas ou o que ta impactando, putz ta impactando numa situação de transplante, ta impactando na neo, pode sair na mídia. Acho que depende muito do tamanho da repercussão pro envolvimento. Se é aquela coisa dentro do esperado "Ah mas é ta dentro do hospital, isso vai acontecer mesmo", se ta muito dentro do esperado eu acho que tanto pro público, quanto pro privado num.....num... acho que o envolvimento ele é mais comedido. Agora se está uma situação que está saindo do controle, aí sim, não então vamos fazer, vamos acontecer, ou que pode ou potencialmente sair do controle tipo o sincicial respiratório que a gente teve, foram três casos na neo e um caso na UTI pediátrica. Então assim, não é um n muito grande, mas é horrível pra quem tem, é horrível. E também não teve óbito, não teve nada, mas assim podia ter tido, podia ter ..putz será que alguém foi para o tubo por conta disso? Podia ter tido óbito, podia..aí então acho que essas situações que teve e é neo. Agora no público do

que eu lembro de uma situação que comoveu, era PS na mídia, é a UTI de transplante pegando, é quando aí...acho é...

ZA: Na verdade a diretoria ela realmente vai ajudar a gente a cumprir as metas. Se não tivermos ajuda da diretoria a gente estipular uma meta que vai nadar, nadar, nadar e morrer na praia e não vai conseguir avançar nenhum passo. A gente não consegue às vezes mudar um fornecedor se não tiver o envolvimento da diretoria, a gente não consegue comprar um determinado material se não tiver o envolvimento a diretoria, porque se a gente não conseguir convencer com números e com valores você não consegue fazer nada nem no público nem no privado. Se você ta com um problema de um surto respiratório, você acha que se você não conseguir mais o número de máscaras adequadas, senão tiver um envolvimento da diretoria que vai entrar com outras instâncias, com outras comissões. Aí a gente não consegue nada, então eu acho que vai muito da sensibilidade do controle de infecção tem nessas questões então polêmicas e a gente sempre muitas vezes a gente sempre está envolvido em polêmicas e problemas que se bobear a CCIH não sai da diretoria, porque a toda a hora você tem que ta mostrando dados, você tem que ta convencendo eles de que se a gente fizer de determinada maneira pode corrigir um problema para melhorar para não ocorrer outros problemas. Então a gente que tem essa visão do custo e benefício muito bem ampliada. Para que eu vou gastar com determinada coisas, então a CCIH tem esse olhar. Então porque que eu vou poupar com outra ..a gente também tem esse termômetro, então a gente consegue convencer a diretoria, sem ela, sem o aval dela, a gente dá muito pra trás. Muito mais facilita também é a comunicação institucional, então se a diretoria não assina embaixo determinadas coisas que realmente... determinadas condutas realmente vão impactar na tomada de ação, a gente não vai ter o envolvimento de uma classe geral, a gente vai ter simplesmente às vezes envolvimento com a diretoria de enfermagem, mas se o diretor clínico médico não bate o carimbo e fala não todos os médicos tem que participar disso a gente não consegue nem se reunir por cinco minutos na unidade. Então se a diretoria falar não essa reunião é importante, olha cinco minutos de vocês a CCIH vai ta falando, tem esse documento aqui. Cada um vai passar pro seus demais, demais aqui que tem que ser respeitada determinada norma, determinado protocolo. Então acho que a diretoria é tudo pra conquista das metas.

Pesquisadora: Gente obrigada eu passei um pouquinho do tempo, mas eram muitos assuntos que vão se encadeando. Acho era isso, o objetivo da pesquisa é identificar as limitações da investigação de surto e as barreiras para a notificação dele. Eu acho que com tudo que a gente discutiu, fazendo a síntese a gente já consegue responder esses objetivos. Gostaria de agradecer você imensamente, por que sei que é difícil por causa do trabalho e todos aqui trabalham. Muito obrigada eu vou transcrever, os resultados vão aparecer. Muitíssimo obrigada!

APÊNDICE G – TRANSCRIÇÃO GRUPO FOCAL K

Pesquisadora: boa tarde, então vamos começar o grupo focal, que é relacionado com A pesquisa que tem como tema de Identificação das Limitações para investigação de surtos de IRAS e as barreiras para investigação desses eventos às autoridades sanitárias. Então a gente vai fazer um grupo focal, que é uma técnica que a gente elegeru como mais adequada pra esse tipo de tema, o tema que envolve temas mais polêmicos que as pessoas tem mais dificuldade para falar. Enfim vocês vão discutir, vocês vão se apoiar na discussão do outro que conseguir se expressar melhor. Então vou pedir para cada um falar por vez assim, sem ficar se atropelando senão fica difícil de ouvir e te porque é legal ouvir o outro porque se tiver idéias já se inscreve levanta a mão e pede o microfone, já vai para outra pessoa...isso vai acontecer muitas vezes. Que às vezes a gente vai ouvindo coisas dos outros e vai tendo outras idéias, então não é assim falou e acabou...pode voltar é super dinâmico isso. Não tem ordem, não precisa começar pela KE e ir KD, então uma pessoa pode falar, vai para outra e pode voltar. Eventualmente vocês vão falar sem microfone, é uma hora e meia e agente esquece, mas não tem problema porque o outro microfone capta. Então o objetivo dessa pesquisa é identificar esses limitantes para investigação de surto de IRAS, eu repito escolhi esse tema porque sou boa nisso, eu acho que é porque é um tema que me intriga, e agente estudo o que intriga e esse é um tema que me intriga bastante. Então a gente submeteu esse projeto agora em março e ele foi aprovado, e a gente acha que os resultados dessa pesquisa poderão ajudar enfim, a gente tem uma parceria muito grande com o CVE de tentar algumas estratégias para ajudar esses profissionais nessa limitações para investigação de surtos. Então essa atividade ela vai durar no máximo uma hora e meia, o último grupo passou um pouco durou uma hora e quarenta e cinco porque a gente fez uma pergunta final, mas uma hora e meia já é o suficiente e passa bastante rápido. Todo mundo sabe que a participação é voluntária e será gravado pela necessidade de transcrição. Todo mundo assinou o termo de consentimento?

A gente na verdade optou num primeiro momento cada um tentar falar um pouco de sua história algum vivência de algum surto que investigou. Não necessariamente o primeiro ou o mais recente, é um que mais marcou ou mais de um surto. Então a gente fala das vivências que a gente teve com investigação de surto como controlador de infecção. Em momento algum a gente tá avaliando conhecimento das pessoas, na verdade a percepção que a gente tem...qual é a experiência. Está certo?

Então é isso cada um fala da sua experiência com eu disse pode voltar, pode voltar pra outro surto. Enfim a experiência que cada um viveu como controlador de infecção.

KA: Eu acho que a questão de surto já começa com a definição. O que é surto. Surto é um aumento inesperado, mas o que é um aumento inesperado? Tem que conhecer a prevalência, tem que conhecer os dados e nem sempre a gente tem um banco de dados estruturado para fazer aquela linha do limite superior e o limite inferior da incidência de infecção ou mesmo de colonização. Então uma primeira dificuldade é isso. Então é essa dificuldade do que é surto. Mesmo quando a gente lê já pensando quando a gente já tem, ok estamos diante de surto. São vários passos ao mesmo tempo, a gente estudou isso várias vezes. Só que os passos são todos concomitantes, não tem uma coisa seguida da outra. Acho que uma dificuldade é o laboratório. Às vezes nem sempre a gente fala, a gente pede pra guardar a sempre, mas nem sempre tem como guardar quando você detecta que é um surto... o tempo de guarda de cepas já pode ter passado dependendo do laboratório. No meu caso eu tive uma experiência pessoal com um certo que... a gente suspeitou ser relacionado a alimentos num hospital e a gente pediu para que se guardassem as amostras que eram colhidas habitualmente pela equipe de nutrição e dietética e mesmo solicitando que fossem guardadas a gente depois não conseguiu essas amostras de volta, por medo a gente deduz que a própria coordenadora do serviço já se sentiu incriminada e desprezou as amostras mesmo a gente tendo pedido para ficar.

KA: vou passar a palavra.

Pesquisadora: Não tem ordem, quem se sentir a vontade para falar pode falar.

KB: Eu também aproveitar até uma coisa que a KA mencionou é que a investigação de surto dá trabalho. Eu tive uma experiência uma vez de um... a gente viu que tinha altas taxas de infecção por kpc no serviço, a gente chegou a entrar em pânico e tal, mas quando a gente parou para ver caso a caso, na verdade não era um surto eram onze pacientes colonizados, mas não tinha tanta gente infectada. A gente até bateu um pouco com o pessoal da UTI porque eles queriam que tudo ficasse como colonização para a taxa ficar baixa e a gente tinha considerado como infecção. E aí tem uma certa briguinha sabe. E até hoje nossos critérios para muitas infecções são muito subjetivos, os americanos estão até melhorando um pouco, por exemplo, de PAV eles estão tirando o critério do RX

que é muito subjetivo, mas isso é um problema que aparece assim para gente às vezes. Conseguir separar bem o que é infecção de colonização com base nisso para ver se você tem muitos casos mesmo no surto, ou se é só muita colonização e não infecção.

KC: Na verdade, seguindo a KA, em questão de definição de surto a gente tem uma coisa...que eu sinto como controladora que é a definição pra gente como controlador de infecção do que é um surto e a instituição do que que é um surto. Então às vezes é isso, o coordenador da unidade acha que é um surto e na verdade é só colonização. Você pode realmente até ter uma transmissão, mas não sabe qual a sua prevalência. Não tem esse conhecimento de como que é o setor e fala estou tendo um surto. E quando você vai levantar isso, dependendo da instituição você tem dificuldade de tempo. Então eu não tenho um sistema que ajude e o laboratório...tem que resgatar isso e leva um tempo e realmente se você estiver vivendo um surto esse tipo de intervenção é rápido. Quando a gente falar de transmissão por contato principalmente. A experiência que eu tive foi exatamente uma denúncia na vigilância sanitária de que gente vivia um surto e a gente mostrou pro cliente então que a gente não tinha, a gente divulga essas informações para todo mundo durante o mês. E a gente recebeu a visita de vigilância dizendo que a gente tinha um surto de multirresistente e que eles queriam investigar então a gente foi levantando toda a documentação. Então por isso que eu falo que o sistema te ajuda um pouquinho a gente no tempo hábil. Porque até você levantar tudo e mostrar todos os exames, mostrar sua colonização só com a planilha de Excel às vezes demora muito. A gente não tem isso pelo menos acha péssimo. Então isso eu acho depende da instituição a gente tem que tentar investir no controle de infecção, porque em otimizar o tempo então a gente perde muito tempo tentar resgatar uma coisa que não facilita o dia a dia. Então a gente tem isso no trabalho hoje, tem um sistema que ajuda e então a gente consegue puxar do sistema as análises e divulgar isso para a vigilância ou pra quem questiona, então tem um quadro melhor para você tentar controlar um surto.

KD: Eu tenho uma experiência, na verdade de poucos casos, que houve uma situação complicada na UTI neo de uma *Klebsiella* e pra gente naquele momento foi muito assustador porque a gente só tinha coco gram positivo e um gram negativo nunca tinha circulado daquela forma nunca em infecção da corrente sanguínea e aí eram poucos casos e a gente começou a investigação, e aí o que eu acho muito complicado para o controlador e que ele tem que... a Dr KA vai me desculpar...mas isso varia muito do ambiente então a gente vai a campo, a gente coloca as precauções, não que o médico não participe de jeito nenhum é que a gente tem mais tempo, normalmente no dia a dia e depende da carga horária e tudo ...depende de n coisas no contrato, mas na época eu estava com um contrato que o médico não ia todos os dias ...e aí a gente ficava olhando as precauções, vai a campo, dá treinamento para a enfermagem, vê prontuário, planilha na mão e depois passa para o Excel. E eu lembro que nessa época a gente conseguiu introduzimos várias coisas, não chegamos num consenso infelizmente é difícil encontrar o que tava causando aquilo. Mas o que me deixou frustrada nesse surto é que efetivamente a gente não conseguiu planilhar. Eu consegui, mas não todos os casos, de colonização, pra ver o diferencial pra ver todos aqueles esses pacientes. Não só os casos a gente começa a ver tudo o que acontece na unidade e ficou pela metade a planilha e aí aconteceram outras coisas e aí acabou que ficou os papéis e eu falei não "não vai ficar no armário e depois vai digitar isso aí" e infelizmente a gente não voltou. Então eu acho que o que pra mim hoje pensando na experiência que eu tive foram poucas, mas que eu tive com investigação de surto é que falta um tempo às vezes hábil pra você pensar em tudo isso, dar treinamento, análise dos dados, você tem que ficar ali dentro da unidade principalmente se for uma unidade de terapia intensiva que normalmente é que a gente acaba mais notificando, normalmente com mais tempo, mais fácil porque a gente tem os gráficos bem definidos, tem o nível...tem a tolerância, porque a gente acaba mais...acaba fazendo mais dentro de unidade de terapia intensiva...mas realmente você operacionalizar tudo isso é realmente é dificultoso, porque dependendo da quantidade de pessoas que você tem e normalmente só o controlador de infecção tem o conhecimento às vezes para fazer isso e por isso eu acho que vale a pena de repente a gente treinar alguém da equipe até da assistência pra envolvê-los mais pra que eles ajudem, porque às vezes fica bem difícil.

KA: Já foi mencionado aqui a questão de às vezes a dificuldade o apoio institucional, porque tem a questão de a unidade levantar como um surto e a gente falar que não é e tem a outra questão que é a gente falar que é um surto e todo mundo falar que não é... e que é um ano eleitoral e que isso não pode sair no hospital inteiro porque isso pode comprometer nossos empregos. Eu tive uma experiência de lançar um alerta, eu mandei um e-mail para toda a instituição, a suspeita de surto era uma única unidade, mas eram pacientes que já tinham passado por outras unidades e até o momento de a gente ter os casos bem definidos eu achei mais prudente que a gente lançasse o alerta para que todos revissem seus processos. E eu fui tolhida no meu e-mail, eu recebi algumas... enfim...não tive tanta liberdade de expor e eu tive que depois quase que me retratar. Eu levei um puxão de orelha,

como que você sai por aí falando, tem unidades que nem tem a ver com isso e já estão sabendo. Então eu acho que o apoio pra gente que faz o controle de infecção o apoio da alta direção é essencial para qualquer atividade, qualquer e numa situação como essa se até a alta direção vê como um problema que você esta, realmente é um problema e se a gente não trata como um problema a gente vai ter...a gente teria conseqüências maiores. Então eu acho que é um ponto forte também é se pensar o quanto a instituição se organiza em torno de um problema.

KE: eu percebi que todo mundo falou da problemática que é a gente trabalhar com uma questão de surto. Eu vou relatar um caso de um hospital que eu trabalhei então assim gravíssima a situação e acabou sendo um pouco mal conduzida até pela falta de experiência. Na época, isso dez anos atrás, a gente não tinha tanta experiência de como lidar propriamente com um surto. Hoje já é difícil, mas antes era mais ainda. Eu trabalhei num hospital particular e foram doze casos de mediastinite por revascularização do miocárdio e praticamente todos a óbito. Foi bem complicada essa situação. E quando nós começamos a trabalhar em cima, levantar todos os casos e ver o que estava acontecendo a gente levantou e eram três meses que os casos estavam acontecendo eu estava chegando nesse hospital e eu peguei os casos em andamento, mas ninguém tinha levantado a hipótese que podia ser um surto de infecção de sítio cirúrgico e não me conformei com esse levantamento. Foi muito complicado, bastante complicado. Nós conseguimos chegar na causa, a KC falou do ambiente, todo mundo falou do ambiente e nós pegamos por um caso, falando com um enfermeira da pós-cirúrgica e quando estávamos falando com ela o paciente chegou da cirurgia de RM e foram colocadas aquelas bombas aquele monte de coisa no leito. E eu ouvi uma queixa "Nossa esse paciente está sujo de sangue" e deram banho no paciente era uma prática. O paciente chegava da cirurgia e abriam o curativo dele e davam banho. Eu nem conhecia direito o hospital eu tinha acabado de chegar no hospital, eu estava chegando era o meu primeiro dia. Então isso já vinha acontecendo esses casos que a gente levantou há três meses, quatro meses o caos de mediastinite ainda não tinham sido levantados. Só que depois de ter dito isso para ilustrar a questão da KA ...onde nós fomos colocados na parede pela instituição e por duas equipes da cirurgia da cardio e falavam "Não tem nada a ver, isso que vocês estão fazendo é uma confusão" sabe assim, foi muito complicado e encerrou ali. A gente encerrou esse surto, agora eu tive várias questões de surto e pseudosurtos, mas na época a gente não sabia conduzir muito bem. Hoje a gente tem um pouco mais de informação, um pouco mais de orientação, mas eu mesmo sinto ainda um pouco de dificuldade por todas essas questões que a KA colocou também de a própria instituição ajudar. Uma coisa boa é que um dos hospitais que eu trabalho hoje numa das reuniões o diretor levantou a bandeira para o controle de infecção, então a partir de hoje cada notificação que vocês fizerem de infecção, que fechar como infecção dentro de todos os critérios vai passar um alerta...é um alerta vermelho, então passa um e-mail para todos os coordenadores não importa de que setor que é aquele paciente e todo mundo fica sabendo e ele quer que esses coordenadores façam a investigação. Então isso está ajudando muito a gente, então dá tempo de você chegar, tempo de você acompanhar e dá tempo o próprio coordenador tomar conhecimento de um outro setor que está tendo um caso parecido ou não. A gente tem trabalhado muito bem isso em questão das precauções, pra ele ver onde estão os pacientes, ver por esse alerta onde estava o paciente que chegou pra ele e ele já sabe o que tem que ser feito dentro da precaução. Então assim eu poderia contar um monte de experiência com surto (RISOS), até pelo tempo que eu tenho com controle de infecção, mas eu acho que é muito parecido, os casos são bem parecidos, as mesmas dificuldades, os mesmos problemas.

KA: Assim eu falei de vários problemas, joguei a culpa para várias outras pessoas, mas eu acho que a nossa formação insuficiente. A gente não tem formação de epidemiologista, como é bem claro nos Estados Unidos, eles são epidemiologistas e a gente não tem essas ferramentas em mão. A gente não sabe fazer um estudo de caso-controle, um estudo de coorte, ou se eles sabem é porque apanhou bastante para fazer. Eu acho que os nossos cursos de...nossa educação em controle de infecção é muito falha nisso. É por isso que a gente tem dificuldade de montar um banco de dados, às vezes você faz um banco de dados com trezentas mil informações e você vai usar duas daquelas. Você perdeu tanto tempo e... então acho que eu tenho essa ...reconheço essa dificuldade e eu acho que é geral, então isso também dificulta.. a gente precisa dessas ferramentas de epidemiologia pra saber conduzir um surto como fazer até mesmo pra definir se aquilo é um surto ou não. Nem tudo vai ter um período de comparação e aí como eu vou dizer para minha instituição se aquilo é um surto ou não. Então acho que falta essa ferramenta mesmo que a epidemiologia daria. Outra coisa que para eu me defender é que os médicos não entendem tanto do processo quanto os enfermeiros, o detalhe do processo é o enfermeiro e não adianta. A gente vai lá e acha que está limpo aquilo e a enfermeira fala "Não, que sujeira!", que porquissse que você está fazendo. Acho que o que eu quero dizer com isso é que é um trabalho multiprofissional. Não é só a equipe de controle de infecção, a gente precisa de aliados e nem sempre a gente tem depende do entendimento da instituição e do coordenador do

setor. Precisa estar todo mundo junto, como a fisioterapia se for algo relacionado à assistência ventilatória e a equipe de nutrição. É um trabalho e uma interação que tem que ser construída ao longo do tempo, porque no momento do surto você não consegue é o momento da crise. Naquele momento a gente tem mais dificuldade.

KD: Só para complementar, eu concordo plenamente. Quando eu coloquei a questão do enfermeiro eu acho que é a estrutura do controle de infecção e nem sempre a gente está preparado mesmo para passar por isso, então quando vem surto a gente tenta organizar coisas que a gente vê que não está organizado. No momento que a gente vê talvez a gente tivesse que treinar mais a equipe assistencial. Pessoas que tem que respeitar mais o controle de infecção, é nessas horas que a gente consegue mais profissionais, aumenta carga horária, com outras coisas que agrega nesse caso muita coisa a gente conseguiu. Então eu acho que tem o lado bom do surto, que a dificuldade vem, eu acho que realmente algumas coisas acabam sendo difíceis de conduzir no momento, mas depois vem um retorno bom. Eu concordo plenamente Dra KA, que é multiprofissional a gente tende a centralizar um pouco, a minha dificuldade desse surto específico, só que para outros, mas eu acho que esse foi o que mais me abalou. A diretoria completamente cobrando, uma dificuldade imensa para que a gente dificuldade isso de jeito nenhum. Realmente quando falou a questão médica, então eu acho que isso foi até discutido na semana passada no evento de influenza que teve que o grande problema da carga horária médica fica um pouco a desejar e dependendo da estrutura que a gente tem fica muito pesado para uma pessoa só, e dependendo da estrutura que a gente tem a gente não consegue dar conta, de planilhar, fazer uma boa análise que já não é da nossa formação, dar treinamento, levantar caso, e isso dificulta muito no meu ponto de vista, pelo menos na minha experiência isso é muito complicado.

KC: Só para falar um pouquinho da experiência da alta direção, porque eu tenho uma experiência que foi muito boa na verdade. Realmente se você não tem apoio da alta direção a gente não consegue ir adiante, eu trabalhei muitos anos no hospital público. Fazer a diretoria entender que você tem um surto, que você tem problemas e que você precisa do apoio para fechar uma unidade, porque em hospital público fechar uma unidade é grave. Realmente instabiliza toda uma região, a gente teve um problema na UTI neonatal, um surto interno, superlotado. A gente passou para a diretoria uma coisa que você apontava várias vezes de processo mesmo, e quando a gente teve um surto a gente conseguiu que a diretoria fechasse a unidade. A unidade só foi reaberta quando o último caso realmente foi de alta. Então a gente conseguiu não ter mais nenhuma transmissão, e conseguiu saber hoje que um paciente num quarto isolado não corresse mais esse risco de transmissão. O papel do controlador não é só conter o surto, é tentar que não aconteça de novo, mas tentando solucionar o problema e se a diretoria não abraça a causa, fica difícil. E outra coisa que eu sinto, pelo menos na minha vivência é que a gente até tem surto, mas a gente não consegue publicar o surto, por mais que sua diretoria entenda que você teve o surto e que você fechou... mas divulgar isso externamente é complicado, então falar de surto de influenza, de dengue, falar de surto de varicela é fácil....porque você está falando externo, quando você sabe que o problema é seu interno por quebra de processo é um pouco mais complicado. Você mostra isso externamente, então publicar um artigo falando que você teve um surto, mostrar uma falha sua é bem difícil, não deixammas dificultam por outro lado. Você tem os dois lados, te apóiam para resolver um processo, mas eles também não te ajudam a ajudar os outros, porque quando você fala em publicar você quer ajudar com a sua experiência de sucesso ou não pra que não aconteça com mais ninguém. Então a gente percebe no dia a dia essa dificuldade.

KF: meu nome é KF, eu tenho várias experiências de surto também, não vai dar para falar de todos aqui por ia tomar muito tempo, mas eu concordo plenamente com cada um. E eu sinto que é isso, é a questão da interação que é importante, é a questão do hospital bancar que está todo mundo no mesmo barco, porque eu sinto que às vezes eles acham que o controle de infecção contra o hospital, mas então a idéia não é essa. Eu tenho vários surtos, eu tenho vários exemplos de surto em UTI neonatal, de *Acinetobacter*, com óbito, de enterocolite e eu não vou falar aqui, porque vocês já falaram. Eu vou contar um que foi bem legal, a questão da interação com o hospital como um todo. Quando a gente fala de interação, fala de interação sistêmica. Nós tivemos, no hospital que eu trabalhei, tinha uma interação muito grande com a medicina do trabalho, muito grande, era muito legal. Então o que aconteceu....nós tivemos dois casos de escabiose, quando tinha escabiose e varicela eles mandavam os colaboradores para o controle de infecção. No terceiro caso, escabiose de novo entre os colaboradores, vamos lá pegamos nosso manual "Investigação de surtos", etapa um, etapa dois, fizemos bonitinho. E aí começamos a investigar, junto com a medicina do trabalho, e aí é que está, eles resolveram fazer um trabalho junto com a gente, senão a bola vai para o controle de infecção e fica, porque o controle de infecção tem que dar conta de tudo. (RISOS) E aí nós descobrimos o seguinte, que ..fomos procurar por roupas, onde trabalham, onde colocam, o que os

colaboradores faziam. E era colaboradora da higiene, mas não só da higiene, mas eram oito casos espalhados pelo hospital. Descobrimos que eles colocavam roupas em bolsões, tipo uma sacola e o hospital na época tinha dez anos e nunca aquilo tinha sido lavado na vida. Tanto é que ...não.... temos que lavar tudo isso e aí foi descoberto o eu estava acontecendo ali, quando mandou lavar o negócio destruiu...virou pó, ou seja, nós temos a questão dos pacientes e dos colaboradores. Para dar conta de tudo isso, com toda essa problemática de conhecimento técnico, de tempo hábil, porque a gente tem que fazer o básico, o arroz com o feijão...temos que ver os pacientes, NNIS, tem que ver os cateteres. E para fazer tudo isso nós precisamos de um apoio do hospital. E eu já tive experiências positivas e negativas com relação à essa participação da diretoria. Quando eles sabem que eles estão conseguindo visualizar que a idéia é prevenir, a idéia é colaborar para contenção de uma série de gastos, porque a gente tem despesas quando a gente tem práticas inadequadas. E quando, as outras áreas entendem que nós somos parceiros e que estamos no mesmo barco, porque senão passa a bola para o controle de infecção e a gente fica com aquela batata quente na mão. Sinto isso que a Dr KA colocou sim, muitas vezes nós temos lá bonitinho. Eu já tive várias experiências, mas nunca tive um sistema desse bonito que alerta, que apita, que faz tudo sozinho. Mas nós já fizemos um banco de dados, a gente pegava limite superior e inferior de cada unidade e falava com os coordenadores. A gente consegue isso por um tempo, mas depois.... A gente precisa de um sistema, a gente precisa de um investimento para que o controle de infecção possa atuar em conjunto, todo mundo em conjunto médico, enfermeiro, medicina do trabalho, enfim o hospital como um todo, todos os coordenadores o que é uma dificuldade. Na reunião do controle a gente tem um problemão um surto na UTI neo, com óbito, cadê o coordenador da UTI que não está lá? Ele sente que o problema não é dele, o problema é do controle de infecção, o surto não é de infecção? Então a gente tem essa dificuldade, eu acho que é uma dificuldade é de todo mundo. Se der tempo eu conto mais sobre um caso.

KG: Meu nome é KG, eu acabei de terminar a residência, então talvez eu não tenha muitos casos para contar de surtos porque eu vivi poucos, talvez mais durante a residência do que durante a vida de trabalho....mas porque eu teria mais assim até para comentar é a questão do envolvimento da diretoria, que dá para perceber que quando você pega assim um pouco de envolvimento da diretoria também tem a resposta positiva, mas você também tem o outro lado. Então na verdade eu também trabalho em um hospital que é público que é um hospital Estadual, é uma OSS, e que a gente começou a ter casos de kpc, VRE, além do normal nas enfermarias e no PS, e já tinha assim uma discussão para fazer swabs de vigilâncias nas suas unidades, e a gente já resolveu ter essa idéia de fazer isso de rotina. E daí a gente quis envolver a diretoria para começar a coleta e então, “O quanto a gente vai gastar nisso? Vale a pena fazer? O insumo que a gente vai gastar compensa?”, o tempo, são vidas que a gente está poupando? São infecções, e também o consumo de antibióticos. E daí depois a gente quer fazer uma campanha de infecção da corrente sanguínea, você quer o envolvimento da diretoria... então o que vocês estão querendo dizer é que a diretoria não se envolve com a CCIH? É mais ou menos isso...então tem os dois lados assim, a gente tem o envolvimento da diretoria do lado positivo, mas também tem do outro lado. E na questão da UTI neo que a gente também vivenciou que no início do ano a gente teve alguns casos de infecção de sepse laboratorial por MRSA e daí nesse caso foi o contrário, foi mais a organização da própria equipe que solicitou a participação do CCIH que para gente ter uma conversa, para a gente chamar os colaboradores para um treinamento, enfim a questão de higienização. Mas o que a gente nota é que também, está relacionado o nosso problema é que acaba sendo a rotatividade dos colaboradores, então é isso é um problema que a gente vem tendo bastante...

KA: Não são só vocês.

KG: É enfim, mas.... talvez não....então lá acaba sendo muitas vezes como foi no meu caso o primeiro emprego de muita gente. Então muita gente vai para lá acaba pegando experiência e depois vai para outros lugares e enfim, a rotatividade acaba sendo assim sempre então acaba dando treinamento contínuo, constante, que não dá conta porque afinal de contas a educação permanente também roda... o pessoal da CCIH tem outras coisas para fazer também...(RISOS). Você não dá conta de tudo e muitas vezes você não dá conta na verdade nem de contratar todo o efetivo que você precisa. Então hoje eu diria que isso que é o que é o nosso maior problema é o que está dificultando mais para a gente controlar nossa taxa de infecção seria nesse ponto: o treinamento do pessoal, a capacitação do pessoal e a contratação de colaboradores.

KC: Eu só vou dividir uma angústia que na verdade que é assim eutrabalho em dois hospitais em um público e um privado, e no público eu sinto uma dificuldade grande quando a gente fala de laboratório. Como por exemplo, eu tenho laboratório que faz a identificação, mas não faz e-test de confirmação então a retaguarda é o Adolfo Lutz. O Adolfo Lutz não prioriza surto, gente o Adolfo Lutz é epidemiológico ele vai soltar o resultado, mas demora um mês ou mais para chegar o resultado. E

aí às vezes você vive um surto, e você fala assim eu fechei um perfil resistente, mas é resistente mesmo? Você fica trabalhando com um dado subjetivo ou, vou fazer como um controlador de infecção fala...o segundo a crescer um *Acinetobacter*, a terceira kpc, eu acho que é....e aí você só tem isso muito tempo depois. Todo esse trabalho de investigação da onde que foi o caso índice e como ele circulou na sua instituição você perde, porque você até já se esqueceu que mandou para o Adolfo Lutz. Você já conteve a transmissão, mas a confirmação efetiva do agente a gente acaba perdendo. A KA falou da história do alimento, de você mandar para análise, a mesma coisa é para água quando você tem um surto de hemodiálise. A gente tem uma dificuldade de quando a gente fala de laboratório de apoio, que realmente a gente tem o apoio, que é uma instituição pública, mas que não prioriza ali a questão é outra...você tem uma nota do Ministério inteira que fala que a gente tem que mandar os kpcs para confirmação no Adolfo Lutz, mas qual é o retorno disso? Qual é a rapidez? Então acaba que você como você trabalha isso na instituição? até porque vão questionar "Tem kpc ou não tem?" Você fala assim..."Eu não sei." Porque você não tem essa resposta efetiva no dia a dia, não sei se vocês vivem a mesma coisa.

KA: O que eu ia comentar é justamente são as dificuldades com o laboratório. Eu tenho uma experiência boa, mas sei que não é uma realidade de todos os hospitais. Então por exemplo, para ver clonalidade para ver se é a mesma cepa... olha é isso é artigo de luxo! (RISOS). Então é isso a gente vê que fora do Brasil eles fazem e assim é normal... (Todos se envolvem e dizem é normal...). É normal o laboratório tem um banco de dados de todas as culturas, perfil de sensibilidade, eles tem desde a década de oitenta e eu brigo até hoje no meu hospital para ter alguma coisa nesse sentido. Então acho que a gente precisa avançar muito na questão do laboratório, impacta em custo e aí também impacta um pouco em cultura de ambiente, sabe das controvérsias que tem coletar, não coletar ou coletar de monte? Às vezes até você definir de onde você vai coletar, e estudar e buscar isso na literatura e achar o surto já se controlou e a gente sabe que 90% a gente não descobre a causa e se controlam por que a gente resolveu investigar. Então a partir daí, a gente fazer clonalidade com umas cepas do paciente e do ambiente eu acho que é bastante irritante.

KB: Só para completar o que a KA estava falando, nos lugares que eu trabalho tem um laboratório que para as bactérias é ótimo. Eles conseguem coisas incríveis, até para seqüenciamento para ver se é e tal. Temos um vírus esquece não tem PCR, não dá para fazer e nosso protocolo original de influenza para tirar o paciente do isolamento ter um PCR negativo. E esquece não tem PCR, vai ficar sem diagnóstico mesmo para uma população de pacientes imunodeprimido, que é uma coisa super cuidadosa a gente não conseguiu, então naqueles lugares grandes, que para uma área tem muita coisa, para bactéria tem tudo e às vezes até para vírus, por exemplo, acabou e não tem nada se virem! Todo o lugar tem algum problema mesmo.

KD: Com relação à estrutura, o que chama muita atenção.... de um tempo para cá eu tenho rodado muitos hospitais... infelizmente tem alguns hospitais particulares piores do que em hospitais públicos. Então tem algumas coisas que acontecem e que é... e aí depende de estrutura e de tudo, então eu acho que a saúde pública eu achei bem interessante num curso de influenza e na verdade o debate foi tão grandioso nas coisas que a questão é que a gente hoje vê a saúde pública só como hospital público e na verdade a saúde pública é a saúde dada ao cidadão. E hoje o controlador de infecção dependendo da realidade em que você está trabalhando, e isso não é só hospital SUS, que isso fique bem claro, hospitais de convênio muito reduzido, com uma questão aí de manterfica muito difícil do controlador de infecção tomar algumas....caminhar para que o laboratório funcione. A gente não tem o mínimo sistema, isso não precisa nem falar do mal laboratório. Hoje eu estou num local em que vem uma planilha do laboratório diária em pdf que eles não conseguem gerar um Excel que a gente faz um copia e cola para começar a pensar em planilhar para daí fazer um gráfico de multirresistentes, para fazer o perfil. Então isso demanda muito tempo e por isso eu jogo de novo que por mais que você tem estrutura, então a gente que não tem estrutura fica muita coisa para o controlador e dependendo da equipe que você tem fica muito difícil, porque mal a diretoria te dá apoio porque se você tem essa realidade, você imagina que financeiramente não se dá muito apoio para as questões de qualidade. E aí é uma bola de neve, é uma cadeia infinita e aí quando a gente tem um problema daí a gente corre atrás do mínimo necessário para colocar isso em ordem. O que me assusta muito hoje é que não é só hospital público, a gente tem muito hospital pequeno, de convênio pequeno que a coisa está muito feia no dentro de São Paulo, no centro de São Paulo.

KE: Não sei se todo mundo aqui participou (RISOS, Participação geral) daquele ciclo internacional de políticas e debates em controle de infecção do CVE com a KABCDEFG, é bem recente, eu ouvi um negócio lá que me chamou bastante atenção que eu achei legal. Um país aqui da América Latina, não vou me recordar qual que é, que para uma pessoa para assumir um cargo, acho que vem muito de encontro porque eu sinto que nós que somos profissionais de controle de infecção aceita tudo, mas o dono da coisa não, o chefe da clínica, o diretor não...é nosso, é do controle de infecção, é

surto é seu né, é infecção é comigo. E nesses hospitais o que eu achei bem legal é que para assumir o cargo todo mundo tem que cumprir uma carga, uma carga no controle de infecção. Se ele não cumprir a carga, você vai fazer 100 horas de treinamento dentro do controle de infecção. Fez aquela carga e aí pode assumir o cargo de chefia no setor que ele vai. Eu achei bem legal porque ele vai com o mínimo de conhecimento, no mínimo sabendo da importância do nosso trabalho. Eu sinto que a gente não tem esse apoio não é porque não querem é porque eles não sabem. Que não é importante...

KA: Menosprezam a gente....

KE: É o meu trabalho dentro da UTI é extremamente importante, mas o seu não de controle de infecção não. Então eu acho que se eles tivessem essa são do quanto é importante que eles façam, por quê? Mas eu acho que é educacional como a KA colocou no começo. Mudar mesmo o currículo, é mudar a exigência o próprio controlador de infecção, passar sim por uma especialização. Não que eu queira (RISOS) eu ouço muito isso quando eu faço entrevista de uma vaga. Por que você quer vim? "Porque eu vou ter mais folga, não vou precisar trabalhar mais de sábado e domingo"

KD: Não precisa usar branco!

KE: É! Então acho que isso é importante.

Pesquisadora: Eu acho que diante do que vocês falaram, tem uma coisa que cada um falou de um jeito, mas eu queria que você explorassem um pouco mais...é vocês apontaram bastante a questão da relação com a diretoria, mas pontualmente todo mundo falou de uma interação com alguns setores. O que eu gostaria que vocês explorassem um pouco mais é essa questão da interação com os setores. Como que se dá isso na vivência de vocês? Como isso aconteceu? E se não aconteceu porque que isso não aconteceu?

KC: Na verdade eu tenho várias experiências também, mas a que eu me recordo mais, a maior assim...quando você envolve os coordenadores e eles participam da reunião da CCIH. E eles estão ali cientes do que é que é a prevalência da sua unidade, então para a gente foi mais surpreendente foi o próprio coordenador falar "Eu estou tendo um surto." E não foi só o controlador de infecção chegando e falando para eles que a gente está tendo um problema. Então é você realmente ter esse parceiro para ajudar nessa investigação, a questão deles fazerem coorte, deles abraçarem a questão das regras, de participar dos treinamentos. Então o coordenador médico, o coordenador de enfermagem ajudar no treinamento com a equipe, cobrar no dia a dia o cumprimento das medidas de precaução, não liberar a coorte, tentar fechar salas, redistribuir a unidade. Então era uma UTI que tinha berçário em outra sala e então transfere a UTI para o berçário e o berçário para onde era a UTI. E se redimensiona isso com eles, não fica uma coisa só para o controle de infecção. Pelo menos não é a gente que vai tomar todas as atitudes, não ...precisa lavar, precisa isolar, precisa trocar filtro... a gente é que toma as medidas. Essa experiência que eu tive foi exatamente o oposto, o coordenador abraçar a causa e ver que o problema é ver que é institucional, ou seja, o problema é da unidade, foi uma falha ou um problema estrutural ou o que fosse dentro do setor... a gente estava ali como um apoio. O que a gente tem como conhecimento básico para tentar controlar esse surto, o que eles precisariam realizar para conter. A gente teve um sucesso no surto exatamente por isso, porque a unidade abraçou, todo mundo participou, todo mundo foi treinado, todo mundo seguiu medidas de precaução e aí realmente se conteve a transmissão. A dificuldade é quando só você controlador acha que é problema, então se você não consegue fazer o outro tomar consciência que existe um problema e aí não se resolve.

KD: Eu concordo plenamente, e eu acho, a KA até já falou isso. A unidade começa a encarar dependendo da forma como o controle de infecção vai preparando a unidade antes que aconteçam os surtos. E isso é uma preparação mesmo, o controle de infecção tem que estar próximo da unidade, eles tem que entender o que é isso. As reuniões da CCIH tem que ser. ..olha o coordenador não aparece... você tem que ir lá numa boa... e às vezes não... tem momentos que você pensa em convocar, mas acho que é muito empatia, o controle de infecção acaba mostrando para a unidade que aquilo é importante. Eles acabam participando do processo quando eles entendem que aquilo é importante para a unidade. Então eu tenho algumas experiências de unidade que não aceitam, e você com muita insistência ...com muita insistência mesmo você leva os dados para eles, fazendo eles entenderem que aquilo faz a diferença. Porque muitas vezes esses profissionais não sabem, não tem conhecimento nem dentro da faculdade, dentro lá de seu conceito do que é controle de infecção. Eles sabem ah está bom é um cara que fala de higiene das mãos...mas assim eles não uma proximidade. Então a experiência que eu tive de alguns anos é de você estar conquistando e ficar próximo daquela equipe, fazendo com que eles entendam e quando vem retorno bom, porque quando uma unidade, e eu não acredito que nenhum profissional coordenador da unidade, não é porque ele não entende, que ele não quer que tenha surto na sua unidade, ele pode negar até a morte, mas a hora que morre um paciente eles ficam desesperados. Então quando vem retorno eles, pode ser até

que melhora, às vezes nem dependeu do controlador de infecção... (RISOS), mas sendo medidas que melhorou na unidade por conta de um surto, tem coisa que você enxerga que está todo mundo olhando para a unidade e você melhora um monte de coisa. Às vezes não tem nada a ver com o surto a gente aproveita o momento... isso é bem verdade... INTERAÇÃO GERAL a gente aproveita o momento e fala olha muda mais isso, “E o que tem a ver?”, mas muda que pode ser que venha daí. Está bom se você está falando. Gente todo mundo fica alerta, acho que é importante a interação e eles começam a aprender o controle de infecção nesses momentos.

KE: E aí melhora tudo, quando eles aprendem como é que ...

Pesquisadora: oferece a palavra aos outros participantes.

KB: Eu acho engraçado porque eu já tive um pouco a duas experiências. Uma unidade, certa unidade pede socorro estamos tendo um surto ajudem aqui. E aí a gente faz o que pode fazer, correr atrás e tal e até falar “Vamos falar junto com o diretor, vamos lá ficar lado a lado para ver o que dá para fazer, colocar os pacientes para lá e para cá”, fizemos uma coisa super legal, que deu para resolver relativamente bem o caso. Até um pouco a situação contrária... daquelas que você fala “Gente está tendo um surto”, daí não “Não está, não tem infecção aqui, isso está na sua cabeça, não....não tem infecção”. E aí acaba ficando uma situação um pouco inviável, à medida que a pessoa não quer nem admitir que tem um problema lá, eu acho muito difícil a gente fazer alguma coisa para ajudar. Afinal de contas se a pessoa não quer ajuda a gente não consegue ajudar.

Pesquisadora: Eu fazer uma pergunta para vocês, para todo mundo. Eu vou perguntar isso porque apareceu no outro grupo e eu não sei se isso também é a mesma coisa para vocês. Vocês sentem que de um modo geral essa diferença da receptividade com relação ao tratamento do surto, varia de unidade para unidade ou é geral?

KF: eu ia falar isso agora.

Pesquisadora: Tem alguma relação com o tipo de unidade ou é aleatório?

KB: Isso varia mais da personalidade da chefia da unidade do que do tipo de unidade. Você tem desde aquelas unidades em que as pessoas com visões mais abertas, mais colaborativas, então ela acaba todo mundo ser assim. E até o contrário aquela pessoa que acha que ela é dona da unidade, ela vê tudo lá então você não existe. Eu acho que depende mais disso do que sei lá, a UTI neonatal é de um jeito e a UTI adulto é de outro. Não, existem unidades iguais com pessoas de perfis bem diferentes, graças em grande parte a coordenadora e coordenador do lugar.

KF: Eu concordo plenamente com o KB. Eu já tive essas vivências negativas e positivas como você. Agora o que eu sinto é que as unidades pediátricas e neonatais tem mais cuidados. Eu já vivi surtos grandes nas duas unidades. Eu vivi um surto muito grande na UTI adulto, na época o coordenador não era tão ativo, tão envolvido com controle de infecção, mas falava assim vamos discutir os critérios isso não é infecção. E já tive uma UTI adulto com um coordenador muito envolvido surto e que os surtos a gente conseguiu levar, conseguiu fazer tudo o que foi falado. Eles surtaram mesmo eles queriam entrar de propé na UTI e a gente falou “Não...calma!”. Agora eu tive uma experiência de um surto grande numa UTI neonatal e já tive surto em UTI pediátrica. E eu sinto que eles tem mais ...não sei dizer se é mais cuidado. Por exemplo, uma enfermeira de PICC, por exemplo, ela surta mesmo, ela faz aquilo... ela cuida do PICC como se fosse a vida dela. Às vezes com um adulto a gente é um pouco mais difícil, eu não digo... eu tive essa experiência pessoal... eu sinto que na unidade neonatal... nós tivemos três meses de surto numa UTI neonatal com ESBL, uma coisa tremenda, um desgaste total para todo mundo. O coordenador era muito envolvido, nós tínhamos reuniões semanais para discutir todos os casos daquela semana, todos os desfechos, todas as ações, nós tínhamos escalas de todos os profissionais, a gente sabia cada profissional que ficava com aquele bebê. Muita coisa partiu da própria unidade, a gente ia avançando. Então assim eu sinto na minha vivência que as unidades neonatal, pediátrica, unidades infantis em geral eu sinto que eles tem um pouco mais de receptividade, um pouco mais de cuidado em relação às medidas de controle.

KA: A gente já tem um preconceito mesmo, de especialidades médicas... que os infectologistas são todos gente boa (RISOS). A gente sabe disso... mas falando ...a gente sabe que pediatra, em geral, nunca vi isso em nenhum lugar, não sei se você vai conseguir comprovar isso na tese, que pediatra a gente tem uma relação mais fácil, a gente consegue interagir mais fácil com as especialidades pediátricas. Mas tem o outro lado, a unidade neonatal tem muito medo de processo. É um local tanto GO, materno-infantil, a gente pode dizer é uma área que tem muito processo. Então tem esse outro lado que a gente tem que se preocupar que eu posso ser processado se a criança morrer, ou que isso repercute na mídia. Uma unidade neonatal fechada é diferente, eu ter cinco neonatos e morrer é diferente se morrer cinco adultos, isso impressiona muito mais, isso dá bem mais ibope, então acho que tem esse outro lado também, mais que a gente tem essa sensação de que é mais fácil lidar com pediatras em geral eu acho que tem. Então temos que tomar cuidado.

KC: Deixa só eu contar uma coisa, na verdade assim eu tive um surto na UTI. A gente sempre acha que um surto acaba no surto. Então eu tinha uma unidade de UTI adulto que assim é muito mais difícil fazer o coordenador que a própria instituição se preocupar com o adulto, mas que depois de um surto hoje o coordenador cobra que todo mundo use EPI. O gostoso é que quando chegou um médico no hospital que não é do hospital, pois é um corpo clínico aberto, tem lá a plaquinha de isolamento e o coordenador chega e fala assim “Tem que usar avental”, então ele questiona, ele impõe. Então não é só o enfermeiro, ou só o próprio assistencial que usa o avental. O que sobra do surto é a conscientização, é as pessoas se preocuparem um pouquinho, que isso não aconteça de novo, então os problemas não ficaram só na primeira semana, no primeiro mês pós-surto, isso ficou como aprendizado mesmo para o setor.

KE: Só para aproveitar eu tenho a vivência de um hospital público e particular também..... igualzinho, quem se compromete, quem se envolve, que pega para si, é quem está ali, medicina são baixos né como a gente está falando. É o coordenador, é o médico... eles se envolveram a coisa vai fluir é difícil a gente impor, faz isso, faz aquilo, mas quando ele incorpora ele nem questiona.

KG: eu estava comentando esta questão de toda a equipe incorporar, tem o outro lado também, porque nem todo o surto tem final feliz, então é o que a gente vivencia lá no isolamento de contato. Aí o coordenador da UTI ele fala “Poxa você não está vendo ali, na tua cara ali, ele quebrando o isolamento de contato”, eu já cansei de falar, eu não vou ficar aqui perdendo meus cabelos que são poucos, vou enfartar ainda, então já não falo mais. Então já tem o aviso, já sabe, já foi orientado, eu não vou falar mais nada. Eu cansei de falar. Então tem esse lado também.

KE: Tem o que te chama para ir lá conversar.....olha aquilo, olha lá ...

KG: comentando a questão da vivência com a unidade, que é o que eu vivenciei durante a residência na verdade que oi um surto na UTI, de VRE e convivendo com as pessoas que estão lá ainda e que continuam até hoje, porque não foi controlado, mas é que a coordenação assim não se envolveu assim. Não tomou para si a questão, VRE é problema da CCIH, eles que instituem as medidas, a função de checar os swabs, começar a fazer coleta de swabs de vigilância, checar resultado é da CCIH, de avisar se veio positivo ou negativo é da CCIH, de se preocupar com tudo é da CCIH. E no decorrer das coisas aí começa a faltar avental, aí não tem avental, ok.... a preocupação de ir atrás do avental é da CCIH não é da UTI. Então tem essa vivência também. E daí tem aquela experiência positiva que nem foi o caso da UTI neo mesmo do surto de MRSA que a própria UTI neo chamou a gente para fazer a conversa e daí surgiram várias outras atividades, agora a gente tem reuniões semanais com a equipe para a gente discutir todos os casos dos pacientes, enfim ...laboratoriais. Então agora isso melhorou muito a nossa relação com a UTI neonatal. Então tem lado positivo também.

Pesquisadora: eu sei que todo mundo depois de falar de suas angústias e suas vivências negativas é um pouco difícil, mas é que a conversa foi para esse lado...Mas eu tenho uma pergunta para fazer que normalmente eu faço primeiro porque talvez seja mais fácil de ser respondida porque a gente fica meio contaminado com respostas negativas, que é justamente ao contrário, a gente pensar nessas vivências, e pensar o que foi positivo, o que foi essencial nessas investigações de surto que você viveram... o que foi essencial? O que foi importante? O que de fato vocês sentiram que ajudou? Algo que vocês viram que fez diferença para eu ter sucesso nessa investigação, para eu conseguir conduzir essa investigação? Isso fez a diferença? Tem algum fator, alguma coisa que aconteceu que vocês identificam como positiva e que ajudou vocês?

KF: Eu tenho, de todos os surtos a gente sempre tem alguma coisa positiva, com certeza. A gente tem que ver para esse lado, senão o controlador de infecção sai correndo. A gente já tem fama de mau. Esse surto que foi o maior surto que eu enfrentei, nessa unidade neonatal o que ficou de legal e de positivo foi a interação com a unidade e a unidade entender que tinha a responsabilidade de atuar junto com o controlador de infecção. Então essa questão do material, por exemplo, também foi uma lição aprendida por nós. Quando você vai ter um aumento de consumo qualquer que seja o material hoje em dia a gente já dispara para o almoxarifado, em conjunto, com cópia para a unidade, mesmo que seja o controle de infecção junto nessa reunião. Porque olha, nós tínhamos dois isolamentos de contato e agora passou para dez, então o consumo vai aumentar para tanto. Porque N vezes me ligaram no final de semana falando “Olha KF não tem avental”, e aí eu estou lá a quilômetros de distância e vou fazer o quê? Então não tem avental, e aí falam “como eu vou cumprir isolamento se não tem avental?” Porque a gente tem que pensar antes, e nessa experiência que eu tive de interação com o coordenador espetacular que está no serviço até hoje é que eles já conseguem pensar nessas coisas, nessa questão de material que é super importante, na questão do pessoal, o envolvimento também da diretoria, da diretoria de enfermagem e de todo mundo para aumentar o quadro de pessoal, ou pelo menos utilizar e pensar nisso que nessa questão de surto vai ser diferente. Então o que eu tenho de positivo que posso tirar de positivo é essa interação. Quando

acontece essa interação, quando a gente consegue ir numa reunião numa boa, conversar numa boa, sem ter aquele estresse aquela discussão e quando as pessoas entenderem que a gente está junto, eu acho que a gente consegue conduzir bem, conseguimos conseguir conduzir bem. E no fim de três meses nós tivemos um projeto chamado anjo da guarda, olha que nome ótimo, a unidade então a unidade criou esse projeto que consiste... eles tinham que apadrinhar um colaborador, então um ficava cuidando do outro com relação ao isolamento. Tinha um anjo da guarda por semana e a gente controlava semanalmente os swabs, e aí um controlava o outro. E aí tinha as estrelinhas... e tal. Então foi uma idéia deles junto com o controle de infecção, então foi muito legal essa troca de experiências, eles entenderem que está todo mundo no mesmo barco.

KA: Não vou fugir muito disso, acho que é conseguir mudar uma cultura muitas vezes, de alguém que não dava....não tinha noção do risco. Acho que isso é comum a gente subestimar os riscos e não valorizar tanto o trabalho de prevenção de infecção, então depois de um surto eu já tive experiência de mudar cultura e ter essa proximidade com a equipe e ter um trabalho até de cumplicidade mesmo das equipes do controle de infecção coma unidade em questão.

KB: Geralmente eu encaro a mesma coisa, assim o maior ganho de episódio de um surto é o aprendizado tanto para a gente do controle de infecção quanto para o pessoal da unidade. Para gente conseguir evitar que isso aconteça de novo e para o pessoal da unidade para eles saberem da importância de infecção, que muitas vezes quando você tem mais infecção você fica em evidência e aí acaba tomando cuidado. Acho que isso é a coisa mais legal do surto.

KE: eu acho que realmente que quem tem um surto não quer nunca mais (RISOS), nunca mais esquece esse surto... vai e volta e não sai do assunto então aprende de verdade ele bem conduzido ou não então. Então acho que acaba sendo válido, falando de experiência então nesse tempo todo que eu comecei de infecção eu vivi vários surtos, desde nutrição, surto de nutrição parenteral, grande surto de escabiose, de conjuntivite, de tudo quanto é coisa. Uma coisa que eu observei e até lembrei agora conversando aqui eu não me lembro de ter repetido num mesmo setor o surto. Então vários lugares e não voltou acontecer aquele surto, então eu tenho uma pediatria com uma unidade e até um hospital público com neonato....bastante grande, hospital público e eu só tive surto uma só vez, nunca mais surto nenhum, não sei se surtiu (RISOS) efeito e não tem repetido surto no mesmo local.

KD: eu só quero confirmar o que ocorre, eu já tinha falado isso antes a parte positiva são os ganhos que a gente realmente consegue, com surto a gente consegue melhorar e estreitar a relação e a equipe acaba...se a equipe aprendeu um pouquinho todo mundo controle de infecção aprendeu um pouquinho e mesmo os surtos mal conduzidos ou às vezes não com tanto sucesso a gente sempre aprende. Acho que toda a dificuldade traz aprendizado pelo menos para a gente não fazer de novo e acho que a equipe aprende muito. Acho que o maior ganho se tudo der certo e essa relação eu a equipe, a unidade fica aí junto com o controle de infecção. Acho que é o maior ganho.

KC: Na verdade era mais ou menos a mesma coisa, só para lembrar que a gente muda processo. Além de conhecimento a gente consegue mudar muito porque a gente está ali esperando como controlador de infecção há muito tempo e você não conseguiu mostrar, ou demonstrar de maneira ativa como quando acontece o surto, daí você conversa e fala "Aí está vendo, eu preciso mudar meu produto de limpeza, preciso meu EPI e preciso mudar talvez até mesmo o profissional". Acho que é assim, sempre um ganho de conhecimento e de mudanças de dinâmica da instituição, mesmo quando a gente fala que a diretoria não apóia, alguma coisa sempre muda. Então assim, mesmo lá na alta administração e a gente fala "Alguma coisa aconteceu". Muda, alguma coisa sempre vai surtir efeito como bom, mesma que seja com óbito, mesma que seja com toda a parte de mídia divulgando. Acaba tendo acaba tendo um impacto na instituição muito bom, com a mudança de cultura mesmo. Acho que então é assim a gente muda processo, muda cultura, e a gente tenta não repetir o erro.

Pesquisadora: Agora acho que agora deu para captar bastante informação, acho que a gente pode migrar para outra situação, que é enfim a continuação da investigação surto. Eu queria saber de vocês num primeiro momento, assim como uma introdução para o clímax que é a questão da notificação de surto. Algum de vocês já teve essa experiência de notificação? Quem teve essa experiência de notificação surto, como é que se deu isso? Como é que isso repercutiu na vida profissional de vocês?

KA: Notificar você diz...?

Pesquisadora: Notificar para a vigilância epidemiológica.

KA: A gente tem já como hábito no nosso serviço, a gente notifica, às vezes até na suspeita a gente notifica. É sempre muito tranquilo, a equipe se dispõe a ajudar, a gente se reporta a COVISA, que é o órgão municipal de vigilância. E eu me lembro bem que uma das reuniões que a gente participa eles falando "Gente eu preciso saber antes que a mídia saiba, porque eles ligam aqui e perguntar para a gente e a gente não está sabendo de nada". Então isso me fez notificar mesmo na suspeita, então eu já mando lá mesmo na suspeita. A gente tem três casos, estamos vendo e vou mandando...assim

como mando internamente. Sempre foi muito tranquilo, eles se dispõem a ajudar, nunca teve... nunca tive nenhuma experiência de fato deles, eles só colocam que se precisar de alguma coisa deles a gente avisa. Mas assim na prática mesmo nunca, não teve nada de cobrança, nem nada assim, foi bem tranquilo.

KC: eu reporto a COVISA, assim como a KA falou também, e eu tive um apoio deles, na verdade foi um surto de varicela. Eu precisava de imunoglobulina e eu precisava de vacina, então a gente teve um apoio mais rápido quando você notifica COVISA para que você consiga isso. Então a SUVIS que está ali perto, então ela consegue te liberar isso. Então quando você reporta surtos você tem um apoio maior. Você sempre faz um resumo interno e divulga para eles, às vezes eles simplesmente pedem que você descreva as ações, como que você conteve esse surto, eles acabam te mandando e-mail ou te ligando para saber se você conseguiu resolver e como que está o processo. Nesse caso, do surto de varicela, eu realmente tive apoio e a gente conteve o surto, então tentar não disseminar isso externamente, porque é isso é uma rotatividade alta e o vírus pode estar incubando e há o perigo de levar isso para a comunidade também. Esse apoio eu tive realmente do município no momento crítico de pedido de ajuda e socorro.

Pesquisadora: Alguém teve alguma experiência diferente dessa?

Silêncio....

Pesquisadora: Que bom, todos tiveram experiência positiva não é? O que ... Mas pensando aí no que vocês tiveram como apoio para um bom retorno, não sei se para todo mundo foi tão positivo talvez fique difícil responder. Que barreiras vocês identificariam, por exemplo, que um colega que não consegue notificar, não consegue transpor essa barreira e não consegue notificar com sucesso? O que vocês identificam como barreiras que possam limitar que as pessoas consigam notificar esses surtos, como foi tranquilo para vocês.

KE: eu acho que nos últimos tempos eu não tive problemas com surtos então eu não posso falar. Mas um pouquinho lá atrás, não podia notificar né.

KD: A diretoria emperra né.

KE: (CONCORDA)

KD: em dois hospitais particulares que eu trabalhei, ao menos queeu estou falando de IRAS, vamos falar de IRAS porque você evidentemente ... a pouquíssimo tempo, eu não falei na primeira acho que eu fiquei um pouco "Nós não podemos notificar". Não notificamos, não sei não sei há muito tempo, mas a diretoria não permitia notificar, mesmo sendo a CCIH muito estruturada, de muitos anos e muito próxima a diretoria, não é liberada.

KA: Eu acho que eu ia falar, o que eu acho ia falar de dificuldade, como eu disse, foi muito tranquilo notificar, mas... todo o surto eu acho que eu não sei conduzir. A gente não tem as ferramentas enfim. Às vezes também se tivesse um apoio maior, de uma disponibilidade técnica mesmo. Vamos lá quais são os dados que você já tem e o que você conseguiu. Dar, de repente, às vezes uma orientação, que a gente faz com os colegas. A gente liga e liga para o seu amigo e fala, "Estou com um caso assim... o que fala a literatura?" Mas acho que talvez acho que um suporte, mas que eu nem levo isso em minha defesa, porque a KD mencionou a gente não tem carga horária suficiente, assim como o pessoal da COVISA não tem, eles estão abarrotados de coisas, eu sei que eles tem muita disponibilidade, e o que eles falam é "O que vocês conseguirem tocar aí vocês fazem e o que vocês precisarem de mim vocês falam". Então acho que uma dificuldade é essa é a dificuldade técnica da investigação.

KF: Eu acho já vivenciei sim num hospital essa questão de "Não a gente não vai notificar", porque para a gente é muito tranquilo, na verdade a gente sempre vê como positivo. Tem alguém do outro lado que vai olhar e me ajudar a ver se estou fazendo...se eu estou indo pelo caminho certo. Às vezes a gente descobre que não está indo para o caminho certo e que a gente está fazendo uma grande besteira. Então assim essa falta de experiência, para o controle de infecção não tem problema nenhum, a gente vê como muito positivo, mas a diretoria não vê assim...porque tem medo de vazarem na mídia. Hoje eu estou num hospital muito tranquilo, no hospital nós nos reportamos a COVISA e não tem problema nenhum. O diretor mesmo é o primeiro a ficar preocupado, agora ele acabou de me ligar.... para saber se estava tudo certo. Então assim eu não tenho problema hoje, mas já tive do hospital dizer "Não...não vamos, porque vai cair na mídia, a gente já falou que vai cair na mídia".

KA: Só para completar... a minha diretoria não sabe que eu reporto o surto.(RISOS – muita interação sobre a suposta facilidade..já que os diretores não sabem). Assim que acho que não sabe porque a gente notifica, no mesmo momento comunica então eu não sei até que ponto a COVISA faz com a informação, eu não sei até se eles entram em contato com alguém.

KD: Como a Pesquisadora já levantou, eu tenho certeza que a COVISA/CVE sabe que a gente teve um surto, está lá no gráfico, não é que a gente não manda os dados para...a gente só não fala assim

“Olha um surto...” (RISOS- concordância geral)...eles sabem, mas a diretoria não pode falar assim “Olha foi surto”. Então a gente divide com outros colegas.

KA: Divide com outros profissionais.

KD: Também, ou até com quem a gente conhece do CVE, porque a gente conhece todo mundo, a gente dá uma ligadinha às vezes. Mas eu posso estar enganada, me corrijam se eu estiver errada, posso estar falando uma besteira...acho que o selo de certificação, de qualidade ajudou um pouco nisso.

KE: concordo

KD: Porque essa obrigatoriedade de fazer uma coisa que está na legislação, e que é necessária a troca, eu acho que acaba mudando a realidade. E aí você acaba encarando o surto e a notificação, eu acho que ajuda.

KF: Nesse mesmo hospital eu tive essa questão do amadurecimento em relação a isto, porque nós tivemos uma reunião e durante a reunião estava rolando um surto de enterocolite. E a consultora disse “olha se tiver um problema, se tiver um evento adverso muito grave, esses dados devem ser reportados, porque se cair na mídia antes de reportar para vigilância e para o órgão certificador o hospital perde a certificação no mesmo momento”. Desse dia para frente tudo mudou....

KD: Tem que vir um de fora para falar.... (RISOS)

KF: ... desse dia para frente todo mundo se importa e porque aí já um problema. Daí falam então vamos aproveitar e vamos escrever. Então assim na verdade a certificação não é que não vai acontecer nenhum problema no hospital. O administrador acha isso... na verdade para eles o que importa é isso, para eles está tudo ótimo. Eles conseguem visualizar diferente quando o órgão diz para eles “Olha tem que fazer isso”. Daí para frente não tivemos mais problemas. Mas existe sim a questão, eu conheço colegas de hospitais particulares de grande porte que não se fala nesse assunto. Mandam-se os dados, mas ...

INTERAÇÃO: Discussão sobre certificação e aparência é o que importa.

KE: com relação a certificação eu achei bem interessante, porque não tem nenhum problema falar aqui, nós perdemos o selo do XXX, desconhece o fato de que foi o colírio no olho da criança, ele não foi notificado, caiu na mídia e o órgão ficou sabendo e o hospital perdeu o selo. Perde mesmo se não tiver notificação, ter certificação nesse sentido é ótimo.

KC: Na questão da certificação é verdade, o estranho é quando chegam para você e te perguntam “Como você não tem surto?”. Porque quando você fala que não tem surto e eu realmente não tenho surto nos últimos três anos, mas “Como você não tem?” “Como você me prova que não tem?” Então assim você tem que mostrar o seu processo de investigação e busca.

KE e KF: Mostrar seu trabalho. (RISOS)

KC: Mascara dá muito mais trabalho quando você tem. Quando diretoria tem consciência de que notificar não é um problema mostrar que você não tem dá muito mais trabalho. Tem que mostrar realmente a efetividade....

KD: Realmente é muito mais trabalho.

KC: Você aprende com eles e aprende a monitorar para não ter. Acho que o processo de qualidade ajuda muito né, desde que a diretoria entenda o que é qualidade, o que é processo de qualidade.

KF: Eles estão aprendendo a falar muito claramente.

Pesquisadora: Eu gostaria de fazer uma síntese, porque daí teremos tempo para vocês fazerem um comentário final de algo que vocês sintam que ainda seja necessário comentar.

Pensando nos pontos-chaves nós começamos pelos pontos negativos. Pelo que eu consegui captar nessa discussão o ponto alto é a questão do apoio da alta direção, vocês mencionaram bastante, vocês falaram um pouco como ponto positivo, mas ficou mais evidente e mais explorado como ponto negativo.

A definição de surto foi algo bastante falado, as dificuldades e as angústias em relação à investigação de surto, na definição para poder dar início às ações.

A formação do profissional de controle de infecção.

A interação com os outros setores, também aparece como dividido como ponto positivo, mas um pouco mais que o apoio da diretoria. Parece que a interação é boa, mas se é ruim é igualmente ruim.

A questão do laboratório entra como um suporte na investigação para te dar segurança até mesmo para você conseguir definir o surto, já existe a dificuldade de definir e se o laboratório não te dá um suporte adequado você fica numa dificuldade para definir o evento. E aí você vai para o acesso que você tem no serviço público, mas é demorado e aí fica emperrado. E esse é um grande suporte para a investigação de surto é o laboratório.

E a infecção, pensando nessa interação que a gente fala tanto do surto, mas tem o por trás que é a própria vigilância rotineira. Alguns de vocês falaram que a interação tem que ocorrer antes para que seja tranquila no momento do surto. Essa interação acaba sendo mostrado de que os dados não são

do controle de infecção, mas assim da unidade. O controle de infecção apenas tabulam os dados e mostramos e discutimos juntos e traçamos ações em conjunto.

Com relação aos pontos positivos eu já me adiantei e falei um pouco dessa questão da interação, falamos um pouco das diferenças.

A interação da equipe, porque é proporcionado um aprendizado para ambos. Tanto para o controle de infecção com estratégia de investigação de surto como para a equipe que sofre uma mudança de cultura. Nesse momento é possível mostrar para a equipe que a infecção é da unidade e se vive tão intensamente que fica mais fácil de mostrar que o problema de infecção é deles.

Existe a mudança de cultura e de processos e você estreita essa relação.

Com relação a notificação e aí esse grupo foi até um pouco diferente do primeiro grupo porque foi bastante positivo, porque vocês encontraram suporte por trás disso, um apoio externo. Isso é negativo quando é dificultado na maioria das vezes porque a diretoria não encara isso como um passo da investigação de surto, como uma obrigatoriedade por lei.

E que tem de diferente é a questão da certificação como ponto positivo, porque na medida que você não notifica corre-se o risco de perder o selo.

Essa é apenas uma síntese dos pontos principais e eu gostaria de saber se alguém quer comentar alguma coisa.

Então é isso? Ninguém tem nada mais a acrescentar? Então eu encerro a atividade. Obrigada pela participação.

APÊNDICE H – TRANSCRIÇÃO GRUPO FOCAL X

Pesquisadora: Boa tarde, vamos iniciar o grupo focal, que é relacionado com a pesquisa que tem como tema de Identificação das Limitações para investigação de surtos de IRAS e as barreiras para investigação desses eventos às autoridades sanitárias. Então será realizado um grupo focal, que é um técnica de entrevista em grupo, em que o moderador, que sou eu no caso, faz algumas questões, e norteia as discussões. Vocês vão respondendo e interagindo e eu, à medida que vocês vão discutindo, norteio as discussões. Não tem ordem para falar, quem se sentir mais à vontade pode começar a falar. Casos se lembrem de alguma coisa que gostariam de falar, ou explorar mais, pode voltar a falar. A idéia é que cada um fale por vez, essa é uma regra importante. Vou fazer algumas questões e ao fim farei uma síntese do que foi discutido e perguntar se vocês concordam. Vou questionar ao assistente se ele quer fazer alguma colocação e depois eu encerro. Alguém tem alguma dúvida?

Então o tema é investigação de surtos de infecção de relacionadas assistência a saúde e as limitações para fazer essa investigação e as barreiras para fazer a notificação. Eu gostaria que vocês falassem da vivência de vocês de algum surto que vocês investigaram, não necessariamente um surto recente ou da instituição que vocês estão inseridos agora, pode ser qualquer surto que vocês investigaram, um que marcou vocês. Contem como foi essa experiência, como foi essa investigação. Em momento algum será avaliado o conhecimento técnico de ninguém, pois não é esse o objetivo do estudo. O objetivo é conhecer a experiência de vocês na investigação de surto e sua notificação também. Alguém quer começar?

XC: A gente... Investigação de surto eu estou no serviço há seis anos e até hoje a gente estava conversando sobre isso com o XD, investigação de surto, eu pelo menos não vivenciei no CCIH. O que a gente faz é um controle dos microrganismos e a partir daí assim a gente até identifica que tem algum surto no hospital, faz a identificação e tem esse controle, mas não investigação, você pode ter alguma ação em cima disso, mas você identifica e olha "Estamos de olho em alguma situação que está acontecendo na UTI, um aumento de um determinado microrganismo" e aí você tem uma ação em cima disso, mas investigação e notificação que eu saiba a gente não faz no momento.

INTERAÇÃO:

XB: lembre do problema da escabiose e a tuberculose

XC: Ah é...

XD: Nós tivemos, eu vivenciei recentemente um surto que assim, aliás não foi um surto não. Foi uma criança que teve tuberculose e tivemos que investigar todos na unidade, os profissionais, para ver se tinha alguém que tivesse se contaminado. Não chegou a ser um surto, vamos dizer assim porque não tivemos outros casos a partir desse, mas foi uma investigação de um possível surto, com avaliação dos comunicantes e tal. Tivemos que foi antes que a Cris colocou que vivenciou um surto de VRE, em dois momentos no hospital, que é bem ligado a seção de microrganismo hospitalar. E daí a gente também investigação, todos os casos, avaliar comunicantes, mas essa experiência. Teve o da escabiose que a XC pode estar colocando, aliás, como nós somos do mesmo serviço a gente a vivenciou o mesmo surto, todos nós.

Pesquisadora: Algum de vocês trabalhou em outros hospitais.

XC e XB: o XA e o XD.

XD: eu trabalhei em outro até um dia desses, agora só nesse.

XC e XB: O XA trabalha no HC.

XD: Eu vou falar de um surto que a gente vivenciou e processamos a investigação de comunicantes, determinar o caso, quem era caso e quem era contato. Todo o procedimento para

Chega XA.... pausa pra explicar sobre a atividade.

Pesquisadora: Iniciamos o grupo focal, técnica de entrevista em grupo, em que eu faço algumas questões e vocês vão respondendo e interagindo e eu, à medida que vocês vão discutindo, norteio as discussões. Não tem ordem para falar, a regra é que um só pode falar por vez e caso queira falar novamente ou retomar uma discussão fique a vontade.

Alguém que falar?

XC: Em relação ao surto da escabiose que nós tivemos no terceiro andar. Nós fizemos uma parceria junto com a unidade de saúde do trabalhador do hospital. Assim a dificuldade do surto foi mesmo a conscientização do controle que envolveu os familiares dos funcionários. A partir daí eles incluíam como se fosse uma infecção do hospital. Então foi mais a conscientização das famílias, dificuldades em relação a isso. Nós tivemos que tratar questão de tratar, de conseguir a medicação e a problemática foi mais essa. As limitações de todo surto assim, as dificuldades de todo o protocolo

seguir, o hospital fornecer a medicação. Então é a conscientização dos próprios funcionários mesmo. Foi o que a gente percebeu. Agora em relação a outras coisas.

XA: Então você disse para falar de qualquer experiência?

Pesquisadora: sim.

XA: que aqui já foi falado, então assim uma delas que foi vivido mais recentemente e que teve uma importância talvez até porque sempre envolve mídia e essas coisas foi o surto de kpc que teve lá no hospital da Hospital Y, Hospital Y, começou me 2012 os primeiros casos, a gente identificou os outros casos ao longo de 2013 e em 2014 isso já virou até uma situação estabelecida. E esse foi o que a gente precisou antes de mim teve o surto, mas antes foi o surto do VRE que teve um impacto bem maior. Fecharam leitos lá no hospital, mas eu não participei muito diretamente do controle e da abordagem inicial desse daí. Como muita coisa já tinha sido aprendida pela equipe que estava lá a respeito do surto do VRE, que acho que foi em 2007 e 2008. Em 2012 para 2013 nós tivemos o de kpc, que a gente teve que tomar uma série de medidas, em termos tanto de instituição a partir dos casos que surgiram da instituição das culturas de vigilância para os pacientes contactantes e incluindo os pacientes de risco. Passamos depois pela abordagem que nós tínhamos com o paciente em termos de tentar controlar o surto, isolamento dos pacientes, terapia e enfim... e por fim a partir do momento em que ela se tornou endêmica em nossa instituição de forma a manejar isso dentro das diversas unidades. Esse foi o caso mais recente que tivemos. Não sei exatamente o que você quer que eu fale a respeito disso.

Pesquisadora: Nesse momento era só para contar sobre a experiência.

XA: Ah então esse o primeiro que tive.

Pesquisadora: Alguém tem mais alguma experiência que gostaria de dividir?

Pesquisadora: Partindo um pouco dessas experiências que vocês vivenciaram eu gostaria que ... nesse primeiro momento vocês falaram bastante de como que foi o que aconteceu, enfim... mas eu gostaria que vocês explorassem nesse a partir desse momento que fatores, que tipo de suporte, seja ele de ordem administrativo, seja de recursos humanos, enfim qualquer tipo de suporte para investigação de surto para investigação de surto que vocês encontraram como exatamente positivo que ajudou vocês a conduzir essas investigações que vocês mencionaram. O que foi relevante, o que ajudou e fez a diferença para que essa investigação de surto tivesse sucesso...de conseguir ser executada?

XD: sucesso? Se você perguntasse dificuldade eu teria um caminho.

Risos

Pesquisadora: Por isso eu começo com o mais fácil porque depois é mais fácil para falar das mais difíceis numa segunda fase.

XC: Positiva em minha opinião foi a participação mais ativa da unidade de saúde do trabalhador que eu achei assim...eles vieram e procuraram saber como manejar toda a situação. Vieram orientar os profissionais do serviço. Então pela primeira vez eu percebi uma participação maior de interesse, principalmente no caso da tuberculose, que eles estavam investigando, eles queriam saber como seria esse protocolo de infecção latente. Houve uma participação do grupo de vigilância do hospital, mas a unidade de saúde do trabalhador trouxe como positivo isso aí, uma experiência nova em que realmente se deu importância a um trabalho do núcleo de vigilância do hospital junto com a unidade de saúde do trabalhador. Então desde uma ... e além disso teve a participação também do pessoal do ambulatório que vinha investigar familiares posteriormente. Então de certa forma foi positivo, pois meio que fortaleceu o trabalho da vigilância dentro do hospital. Então isso é que deu uma certa, uma legitimidade mais assim com o serviço. Foi o que, em minha opinião, deu a desencadear nessa situação.

XA: Com relação a essa outra que comentei lá no Hospital Y, comentei inicialmente com ela. Eu acho que a instituição já tinha aprendido muito com relação ao surto do VRE inicial, que realmente pelo que eu vi depois houve meio que uma carta branca da instituição no sentido de tentar resolver a questão. Foi então a suplementação de material para fazer a investigação ou as coletas de material para a vigilância que até então não eram feitas. A questão de fechar o hospital para internações eletivas, que foi uma decisão bem difícil na época em questão do VRE. Se você pensar na Hospital Y como um hospital regional que recebe pessoas de todos os locais. Do reforço da questão das precauções e com a compra e ampliação da utilização do álcool gel, de compra dos aventais e tudo mais. Da mesma forma quando nós tivemos aqui então se eu puder falar mais ou menos do mesmo assunto, mas transpondo para nossa instituição aqui, do Hospital X, quando nós tivemos também a introdução do VRE aqui que foi até um pouquinho antes, vamos disser assim porque a gente já fazia cultura de vigilância também nós tivemos esse apoio da diretoria na época. Então quer dizer para instituição como já havia vigilância nós a partir logo dos primeiros casos a questão das precauções já foram instituídas, dos aventais, do álcool gel demorou um pouquinho mais. Então assim a gente teve

experiências semelhantes, mas assim precisou acontecer o surto para que se tomassem as decisões. No caso da kcp lá no Hospital Y que já tinha tido a experiência com o VRE houve um apoio institucional e é obvio que a gente não tomou as medidas, mesmo porque julgamos que não era necessário naquela época e sabemos que é muito difícil você erradicar qualquer germe multirresistente uma vez que ele entra no hospital, mas a gente teve então a facilidade do mesmo apoio institucional. Isso no sentido de continuar fornecendo os materiais ou até mesmo amplificar. A dificuldade que nós tivemos nesse caso foi com relação de ampliar ainda mais as culturas de vigilância ainda porque, na verdade, o laboratório de microbiologia acabou ficando sobrecarregado, porque nós tivemos, porque nós ampliamos muito a coleta de material e então ficou uma coleta duplicada, não só para VRE, mas também começou a ter para kpc, que é uma técnica muito mais complexa do que a vigilância para o VRE. Então houve uma resistência inicial do laboratório, mas assim ela acabou sendo vencida pela realidade. Infelizmente, ela via que isso tinha implicações clínicas importantes, e então acabou sendo de certa forma passada. Então de positivo foi, pelo menos do ponto de vista estrutural, o que era possível ser fornecido foi fornecido ou foi colocado à disposição para a equipe, que muitas outras coisas poderiam ter sido feitas, mas aí já teria que ter uma movimentação que não teria só a ver com esse surto especificamente, mas toda uma estrutura do hospital de processo que a mudança é mais lenta.

XC: quando ocorreu surto de VRE, eu não estava na vigilância, mas eu estava na assistência. Então vendo hoje, eu acho que foi...o que teve de positivo foi essa questão da educação continuada, do reforço com relação das equipes da assistência onde foi muito discutido a questão das precauções, dos isolamentos, e aí você acaba capacitando as equipes da assistência. Então apesar de ser fato, um surto, teve uma repercussão positiva para o hospital todo, não só com relação ao núcleo de epidemiologia. É onde você discute mais problema, você compartilha isso com as pessoas e você tenta resolver, compartilhar o problema e compartilhar uma solução para minimizar essa questão.

XD: Eu preciso comentar que teve mais dificuldade do que facilidade, porque no início do surto a facilitação ela teve dificuldade de ocorrer, quando você comprova o risco que é o surto você tem mais facilidade de ser ouvido e abrir as portas e facilitar e de comprar. Então como um problema potencial eu entendi assim que em relação a facilidade teve muito pouco facilidade, mas como fruto eu concordo com tudo isso. Acho que agregou, nós enxergamos mais a importância de investigar surto, as pessoas implantaram mais educação continuada, procedimentos que foram colocados na hora do surto se mantêm até hoje enquanto precaução. Na hora que ocorre nas áreas, e eu acho que todas as áreas que enxergam o risco, a vigilância tem dificuldade às vezes de implementar. Hoje é muito mais ouvida até por conta dos surtos que já vivemos, hoje a gente já consegue implementar assim com mais facilidade até qualquer cena de algum surto. Isso frente à administração, as áreas, as alas, mas ...

Pesquisadora: Eu ia...eu já volto para você...vocês falaram dessas facilidades, dessa questão de você implementar coisas e elas continuarem. O que eu gostaria que vocês explorassem um pouco mais é a questão... ela falou bastante isso em relação da segurança do trabalho, de ter esse apoio. E vocês falara do apoio da instituição, mas eu gostaria que vocês explorassem um pouco que apoio que é esse. Identificar, caracterizasse um pouco mais que tipo de apoio que é esse que vocês enxergaram como positivo. Dentro do que vocês já falaram explorassem um pouco mais esse aspecto. XD, você estava começando a falar sobre isso...

XD: Então depois dessa importância do surto o apoio foi, por exemplo, na compra de algum EPI, de algum material de suporte para até implementar alguma investigação ou que era necessário o hospital ter, ou mesmo procedimentos laboratoriais, e também, por exemplo, "Temos que fazer uma grande limpeza terminal nesse andar" as pessoas se mobilizaram para fechar o leito para ir fazendo a limpeza que se não tivesse esse apoio era muito difícil de acontecer.

Pesquisadora: Então você fala que houve um apoio num nível mais local?

XD: Isso.

Pesquisadora: Pensando um pouco num nível mais central...

XD: o apoio central era a compra de insumo que a gente precise usar para controlar o surto, por exemplo, aventais, swabs para coleta de materiais, se for o caso. Então acho que foi esse apoio que deu aqui também usando a mesma fala do XA que deram uma carta branca " Vejam o que vocês precisam que vamos providenciar". A partir do momento de tanto no VRE...

Pesquisadora: Isso numa questão de um apoio mais centralizado que é da gestão? Da Alta gestão?

XD: Isso da gestão na provisão desses materiais. Da alta gestão, que é dessas coisas que eles providenciam. E as equipes locais elas ajudam como podem, para pegar o surto da tuberculose, aqui quando eu vim atender os pacientes e os contactantes o setor ficava arrumando sala para a gente atender, material que eu precisava para examinar e atender, que era no caso no próprio ambulatório que nós usamos. Então assim sempre tem o apoio local, das equipes locais, do setor tal, em geral ela

acontece. Vê-se uma resistência inicial “A culpa não é minha! Eu não quero usar tal remédio! Eu não quero o surto de escabiose” e tinha muita resistência das pessoas em cuidar dos familiares, que foi um surto de um paciente com escabiose e vários funcionários tiveram. E daí fazer o que? A culpa era da instituição, era de quem? Só que tem que tratar e daí fizeram bastante discussão e resistência de tanto usar a medicação tanto quanto para fazer os procedimentos para debelar o surto dentro da casa. A pessoa acabou levando para casa. Trocando em miúdos era lavar a roupa, alguns achavam que não tinham que lavar. Tinha que trocar de roupa de cama para acabar com o surto de escabiose. E é isso, mas de todos eles vieram os frutos que já falaram.

Pesquisadora: Só para não perder o fio da meada, o XA falou um pouco, o XD falou um pouco.. dessa questão do apoio num nível mais central. Eu queria entender um pouco isso, acho que o XA falou um pouco dessa questão do kpc ter tomado proporção maior e aí você vai ganhando apoio. Eu gostaria que vocês discutissem isso, em que momento que esse apoio entra. Ele é inicial? É quando o surto tomou uma proporção que é mais difícil de ser controlado? Esse apoio ele é desde o início ou ele muda à medida que o surto, e aí qualquer surto, tem esse apoio na evolução. Eu queria que vocês falassem sobre isso.

XA: Sim eu vou citar assim duas situações, dos dois lugares onde trabalho e talvez a gente trace um paralelo em relação a isso. Então a questão do VRE, pelo que eu soube porque entrei pouco tempo depois, parece que o apoio foi imediato. Havia antes uma resistência que era da própria administração, em termos de inclusive ter praticamente, basicamente era cultura de vigilância e então não se fazia cultura de vigilância na Hospital Y. Então a partir do momento em que houve o primeiro caso clínico, então não era uma amostra de vigilância, então viu-se que tinha lá e foi criado um alerta e isso tomou uma proporção e até provavelmente a própria equipe que estava lá na época.....ela enfim achou que a dimensão do problema era bastante grande e ela conseguiu então realmente vender o peixe, não no mau sentido, mais de realmente provar qual era a importância e tanto é que como eu disse... foi tão imediato que assim começou a se fazer a cultura de vigilância em pouco espaço de tempo. Isso quer dizer que o laboratório teve que adequar e quando se viu que existia um surto de fato, porque se viu que tinha paciente, muitos pacientes, dezena de pacientes por todas as alas e então eles inclusive fecharam o hospital. Nesse momento, nessa questão do VRE lá na Hospital Y foi coisa desde o primeiro momento, mas é óbvio que provavelmente que sempre que para você estabelecer certas coisas, que você precisa comprar, precisa instalar álcool gel, isso daí vem num processo e não é imediatamente que ocorre. O apoio aparentemente foi imediato. Aqui já antes de ter primeiro caso já se fazia vigilância de rotina, foi instituído já na época do Carlos Magno inclusive, e daí quando já apareceu o primeiro caso, você não estava numa situação de surto propriamente dita. Claro que se você não tem nenhum caso e daí você tem dois casos isso daí caracterizaria um aumento expressivo do número de casos, mas você não precisou em princípio fechar o hospital inteiro. E já nessa época já era trabalhada da implementação das medidas, dos insumos como o álcool, o uso do jaleco descartável ainda não estava... mas eu lembro bem que na época que eu trabalhava aqui que o álcool era diferente, era líquido, você não tinha dispensadores adequados. Então quando isso ocorreu foi-se mostrado a importância e provavelmente os administradores viram o que tinha acontecido no Hospital Y e se espelharam na questão “Olha lá eles fecharam os leitos, não vamos deixar isso acontecer aqui” e eu acredito que pelo que eu lembro, por que já faz tempo, o apoio foi relativamente bom desde o começo. É claro que tudo num processo como eu disse. Com relação ao kpc, agora na Hospital Y, como a maior parte das medidas já existiam por causa do VRE. Isso quer dizer você já tinha os insumos que era o álcool gel, já tinha o jaleco, já tinha quartos privativos então na verdade o que a gente tinha para fazer era intensificar essas medidas que já existiam, porque não tem mais infelizmente. E aí sim implementar a cultura de vigilância, que também teve uma resistência inicial. Já aqui no hospital, a gente não teve o mesmo apoio institucional com relação as culturas de vigilância. Os aventais continuam aí, o álcool gel continuam aí, os quartos continuam aí e estão passando por reforma. Só que o laboratório realmente coloca que ele está acima da capacidade dele. Porque ele não faz trabalho só para o hospital, ele faz muito para a rede. Ele faz muito para a rede, ele recebe exames de toda a rede, dos PAs, muitos postos de saúde. Então o laboratório está sobrecarregado mesmo. E o laboratório de microbiologia também, para você fazer uma cultura de vigilância, que é trabalhosa, sem falar na questão do custo, inclusive que não foi colocado, mas a limitação que o laboratório coloca para a gente é técnica, de espaço, de pessoal para fazer. Então, por exemplo, com relação a kpc a gente não está fazendo cultura de vigilância, porque o laboratório fala que não tem condições e aí nesse aspecto a diretoria não se manifesta do ponto de vista de em termos então “Se não dá para fazer aqui vamos comprar fora”. Sabe a gente não vê o mesmo empenho e aí a gente pode especular as razões, mas a gente não está vendo mesmo empenho em termos “Bom se a gente não pode fazer aqui, como que nós vamos fazer?”. Aparentemente nós não estamos conseguindo mostrar a importância nem para o

laboratório, nem talvez para a diretoria. Pois na verdade o laboratório que tinha que falar da importância também, junto com a gente, falar que precisa então se eles não podem oferecer fazer fora. O negócio está meio parado nesse sentido. Para kpc aqui nós não sentimos o mesmo empenho no que se referia à vigilância, mas o resto como já está instituído não teve muita diferença.

Pesquisadora: oferece a palavra.

Ninguém responde.

Pesquisadora: a gente naturalmente foi progredindo também para as dificuldades, por isso eu coloca as facilidades em primeiro lugar porque a gente fica muito contaminado com as informações das dificuldades. Então agora vamos falar um pouco das dificuldades que vocês tiveram para investigar o surto. E então lembrar de novo que pode ser de diferentes seja ela de ordem estrutural, de RH, laboratorial, enfim apoio seja ele da alta direção, seja dos colegas, dos pares. Enfim dentro dessas experiências que vocês relataram da carreira de vocês. Quais experiências vocês viram que tiveram alguma dificuldade que foram bastante expressivas que vocês empacaram nas investigação de surtos, que dificultou de maneira muito expressiva a investigação do evento.

Pesquisadora: As pessoas que estão mais quietas agora não gostariam de falar um pouco? Oferece para os participantes.

XC: Praticamente já falamos das dificuldades todas. Da importância do trabalho, de você evitar o surto realmente você ter um controle disso. Como detectar em tempo hábil para que não ocorra. Acho que tudo isso a gente praticamente já falou. A respeito das dificuldades, é uma coisa que sempre vai bater em qualquer trabalho que você vai desenvolver é o RH, pesa porque a gente já trabalha com um número limitado mesmo, no hospital em geral. Então nisso a dificuldade existe, então a conscientização, a parceria, todas essas dificuldades tem mesmo. E você vai com o tempo conquistando esses espaços, conforme você vai demonstrando o trabalho, a importância disso, você vai conquistando espaço. Quanto as dificuldades, assim todo o hospital, todo o setor, tudo ligado a RH, ao convencimento, a sensibilização dos profissionais, a parceria, acho que tudo já colocou um pouco dessa Acho que tudo já falou.

O RH ele é um dificultador, apesar eu acho que no serviço de controle de infecção a gente trabalha o dia a dia, com hoje “Qual é o problema do dia? Qual é a situação do dia?” então a equipe acaba tendo, não sei se é uma facilidade, mas é o jeito de trabalhar os problemas diários, de tentar resolver as situações que acontecem inesperadas no hospital. Então eu acho que acaba sendo mais um ponto facilitador do que dificultador. E o serviço de controle de infecção ele não trabalha só dentro da instituição, a gente também faz vínculos fora do hospital. Às vezes isso também, em algumas situações, isso acaba sendo um dificultador, porque você tem um ponto de vista da situação e você tem que levar o seu problema para compartilhar com outras instâncias como para a vigilância do distrito, como para a vigilância do distrito, para a vigilância da secretaria de saúde e às vezes acaba sendo... você tem conflitos de opiniões que talvez dificulte também essa questão de um surto que você está vivenciando.

Pesquisadora: Você tem alguma situação para ilustrar um pouco?

XC: é eu acho que é assim, a tuberculose foi feito a identificação do problema pelo serviço de controle de infecção. A gente teve que partilhar isso fora do hospital, daí talvez o XD viveu mais isso, acompanhei um pouco e se tem que discuti caso a caso, situação por situação, talvez isso demore um pouco mais para se resolver porque são muitas peculiaridades de cada uma demora e acabava levando uma demora da resolução total da situação. Não foi assim uma semana, um mês, foi um tempo grande de discussão desse surto.

Pesquisadora: Vocês sentiram a mesma coisa com a escabiose? Ter que envolver a rede?

XC: A escabiose estava mais relacionada à família mesmo. A família ter que a própria pessoa que do cuidado, que o XD já até mencionou essa situação. A pessoa tinha que ter um cuidado de higiene e depois muitos casos que atribuía a própria infecção do hospital... e que o hospital tinha que resolver. A questão da medicação, a recusa de tomar. A escabiose acho que foi em relação à tuberculose, na minha opinião, a escabiose teve um pouco de dificuldades, mas bem menor do que a investigação da infecção latente. Na tuberculose acho que ela foi muito mais extensa porque envolveu muita, muitos familiares e uma coisa interna do hospital que foi para a comunidade. E eu senti que...a escabiose parece que tivemos uma certa recusa de tratamento e de aceitação, a tuberculose eu tive a impressão que assustou mais, as pessoas tiveram mais interesse em tentar resolver e solucionar o problema. Essa foi a impressão que me passou.

XA: com relação à escabiose, como já foi mencionado, porque eu trabalho tanto aqui no hospital na parte da CCIH, mas também eu estou também no corpo clínico na enfermaria de infectologia, então eu atendo os pacientes que ficam internados no terceiro andar, onde foi o foco inicial mesmo do surto de escabiose e daí eu também estava na CCIH também na época. E daí teve bem essas duas coisas, é claro que qualquer surto, a gente corre atrás do prejuízo, a vigilância ela consegue sempre prever

ou prevenir um surto. Quer dizer você pega o surto e tentar fazer com que ele não atinja grandes proporções. Infelizmente a nossa vigilância não é tão boa assim, a gente sempre corre atrás do prejuízo. No caso da escabiose o que eu posso dizer é que o seguinte, quando a gente se deu conta da extensão, que começaram os profissionais a ter, muitos profissionais e muitos pacientes então foi realmente buscado um apoio. Foi também enfatizado a questão das precauções e dos aventais. Aliás, acho que dessa vez nessa época foi mais importante a utilização do avental do que na época do VRE, porque a pessoa sentiu na pele literalmente o que era e o surto ele durou vários meses. Isso porque os profissionais tinham você tratava, ou seja, se reinfectavam ou mantinha com as manifestações de prurido que daí você já não sabia mais se era só apenas uma consequência daquela infecção inicial ou se eram novas infecções. Porque a escabiose tem isso. Nós não tivemos assim um apoio de um dermatologista, por exemplo, éramos nós da CCIH, os infectologistas, claro que nós somos infectologistas, mas assim não teve uma terceira opinião de fora para definir o que era o que. Então teve muitos retratamentos, então pode-se dizer que a instituição, eu acho que ela fez a parte no sentido assim...comprou a medicação, porque a gente tinha que medicar e a gente só tinha aqui benzoato de benzila, que é aquele super fedido, que quando você já está com a pele machucada arde muito. Então assim nessa época acabou sendo comprado, não vou lembrar assim se foi muito rápido ou não foi, mas foi comprada a permetrina, que é menos agressiva e dá menos coceira e tudo mais, menos reação e foi comprado também a ivermectina. Num primeiro momento foi emprestada e depois o hospital passou a comprar porque não era padronizada e depois padronizaram a droga. Então nesse sentido houve uma resposta e eu não vou lembrar para você e dizer o quanto tempo isso demorou, mas o que sinto como a XC está comentando é que como o problema durou muito tempo a gente percebia uma revolta nos funcionários, talvez quem não tivesse lá todo dia, por exemplo, o XD e o pessoal que era do CCIH, mas não estava ali na ala, como eu que trabalhava lá....você ouvia os funcionários reclamando, revoltados “Como não melhorava e não resolvia e estava tendo problemas em casa e estava levando isso para a casa.” Como a escabiose é muito associada a falta de higiene então no imaginário tanto dos funcionários, quanto dos pacientes isso pegou firme. Caso recente de uma paciente, claro que não tinha nada a ver com o surto, mas a hora que.. era uma senhora e chamaram a gente para ver e eu fui ver e falei que podia ser escabiose e a senhora perguntou o que era escabiose e eu respondi que era sarna. A senhora ficou revoltada, como se ela tomava banho, então se você pegar isso numa escala dentro de uma enfermaria foi um problema muito maior você conseguir lidar com as percepções e as revoltas das pessoas e a complicação mesmo que era você tratar e, eventualmente, você ter que retratar e a pessoa ficar mais de meses com o prurido e toda machucada, então isso trouxe um problema maior do que o apoio institucional em si. Eu acho que a UST também teve um papel bom nessa época.

Pesquisadora: O que é UST.

XA: a UST é a unidade de saúde do trabalhador, desculpe. Aparentemente vive muito destacada, mas que em certos momentos, nesse caso, foi e trabalhou junto. No caso da tuberculose trabalhou junto. Então a dificuldade maior que eu vi nesse momento do surto da escabiose foi justamente com essa situação das pessoas. As pessoas viam como a culpa realmente é da instituição e com essa percepção de falta de higiene e de um problema que demorou para se resolver. Bem ou mal um microrganismo multirresistente não afeta diretamente o profissional, porque está no paciente e passou de um para outro e daí tem usar avental. Em princípio o funcionário não sente nada e até os próprios pacientes não sentem ao menos que estejam doentes. Agora você ficar coçando, todo machucado de tanto se coçar realmente trouxe um problema maior.

Pesquisadora: Acho que falamos bastante da questão do VRE e do kpc e falou da questão do laboratório, dessas dificuldades. Você falou da questão aqui que já ficou bastante claro, mas no seu outro trabalho você também enxerga que o laboratório, na medida do possível, ele está conseguindo atingir a expectativa de vocês? Vocês também sentem o mesmo problema lá?

XA: aí depende um pouco. Quero deixar claro que os profissionais do laboratório são muito bons, aliás, eu respeito muito tanto aqui quanto no Hospital Y que são os locais que eu trabalho. A questão não é a capacidade técnica, a questão é a capacidade estrutural mesmo. O Hospital Y bem ou mal, embora agora, depois de passar um tempo está se vendo que todo mundo tem problema de pessoal, lá é um setor mais estruturado que tem mais funcionário e tem uma área física maior e que é mais capacitada realmente para fazer. Então a gente teve um apoio laboratorial, mas desde o começo eles reclamaram, por causa do trabalho, porque tiveram que desviar pessoas de funções, a princípio assistenciais. “Você não vai fazer hemocultura, vai fazer cultura de urina, a cultura do Líquor “ que para o laboratório é muito mais importante do que fazer uma cultura de vigilância. Quem, a princípio, se você for colocar assim friamente, não nada a ver com a assistência em si, você está vendo se o paciente está colonizado ou não. Então para os dirigentes do laboratório, nesse contexto de falta de pessoal, é claro que procuram priorizar que eles julgam que é mais importante. Então no Hospital Y

nós tivemos um apoio inicial, mas a todo o momento questiona se ainda precisamos. Aqui foi pior, porque apesar de eles saberem a importância eles falam que não tem como fazer. Simplesmente. É claro que nós não tivemos como obrigar e então nesse ponto houve uma barreira mesmo e não conseguimos fazer. Então a gente não faz e nem manda para fora fazer. É claro que cada serviço tem que colocar o seu limite e eles foram e colocaram esse limite. Só que a gente não conseguiu resolver esse problema.

XD: Como a XB falou que a cada dia tem uma novidade na área, a gente também tem falta de RH, temos um limite para correr atrás de tudo que ocorre. A gente vai, mas às vezes a gente pega e no outro dia a gente vai melhor a história. A gente também tem uma dificuldade de recursos humanos nosso próprio. Não estamos 24h no serviço, nenhum serviço de CCIH ou vigilância é 24h, então é um limite de pessoas para o trabalho. Daí voltando um pouquinho nessa questão da equipe local, a tuberculose ela mexeu com as outras famílias, daqui e fora. Era difícil convencer a assistente social de que ela ia chamar as pessoas, parecia que ela ia fazer um favor para ela telefonar. Eu tive que um dia subir e falar me dá a lista que eu ligo.

XA: eu pensei em não citar isso... RISOS

Todos riem

XD: é dificuldade com recursos humanos, daí você liga para a unidade e diz "Você precisa ir na casa do fulano e dizer que ele precisa vir aqui". Parece que você tem que pedir um favor para ir na casa do paciente. Porque mexer com gente de fora com esta questão de poder estar contaminado, além do que lidar com as pessoas e informando que o filho dela poderia estar contaminado com tuberculose. Não é fácil o tema para os pais e para as crianças que iam fazer o PPD. Daí quem vai fazer o PPD? Dependendo do surto nós temos diversas dificuldades. Não é qualquer um que faz o PPD e não é qualquer um que lê o PPD. E hoje no Brasil não temos PPD no país inteiro e se eu quiser fazer um agora não temos. Então temos muitas dificuldades, eu falei algumas a desabafei outras, mas é a dificuldade do nosso trabalho.

Voltando, não é simples essa coisa do apoio imediato, RH uma hora é a pessoa que não quer. Em todo o surto tem que se entender a dificuldade, por exemplo, no surto de escabiose tendo que tomar remédio que dá sono, mas aí eu durmo. Daí falei "eu não sei o que eu faço, você quer que eu coce um pouquinho para você? Porque é a única coisa que eu posso te oferecer agora" e daí falavam "É meu marido está coçando!" E daí se você não lava as roupas da casa..."mas como lavar roupa eu trabalho!". Você tem que lidar com as dificuldades das pessoas, como se fosse ...Demorou, por isso que ficavam voltando também.. porque se você não corta a cadeia, porque a gente sabe como o profissional da saúde, você melhora, sara ou quase sara, mas re-infecta. Então era difícil e daí eu fui ler os surtos e vi que demoravam anos, quase anos para ser debelado. O único que a gente encontrou na literatura fora do Brasil. Então você não debela assim rapidamente um surto desse tipo que a gente citou de escabiose, por causa de todos os procedimentos que você faz em torno dele. Não é só tomar um remédio, mas enfim voltando a questão do RH eu acho que ele emperra, seja da gestão quando não apóiam, seja dos nossos colegas de trabalho... "Mas eu não estou aqui para isso.." no caso da assistente social, a pessoa não entende que ela deve ligar para a família.

Pesquisadora: E aí momento que eu sempre brinco que é o momento de clímax, que é a pergunta final que é a notificação do evento. Investigamos, fomos atrás, debelamos ou não...enfim notificação. Vocês já tiveram a experiência de notificar algum surto para a vigilância? Se não teve, porque não teve essa chance? E o que, como vocês acham que é lidar hoje com isso, com a notificação de um surto para a vigilância epidemiológica? Quem quer começar? Sei que essa pergunta é um pouco complicada.

XD: É difícil notificar. Os instrumentos primeiro são muito complexos, você abre aquela ficha de notificação de surto, você tem que chegar até o fim dele para dizer... Eu estou falando do instrumento de surto da vigilância epidemiológica. Colocar na planilha do CVE se teve um surto ou não, eu ponho o número lá assim, quantos casos a planilha de doenças de IRAS, parece mais fácil. Notificar o surto, tem que descrever o surto, o primeiro caso, fazer o gráfico, calcular a taxa de ataque, você tem que fazer um dossiê de duas ou três páginas e que pelo nosso volume de trabalho a gente abandona no meio do caminho. É errado, sim.. mas a gente acaba não fazendo a notificação do surto. Eles ficam até sabendo, às vezes até em congressos você leva o painel do surto, por exemplo, o nosso surto de VRE apareceu no painel de... então a gente não quer esconder o surto, não se escondem, eles ficam sabendo.

Pesquisadora: eu digo notificar oficialmente.

XD e XA: Não isso não.

XA: Acho que não, fazer uma notificação oficial não.

XD: Eu estou falando assim, não é por esconder o surto. Agente acaba não notificando e eu não sei se tem outros instrumentos e francamente faz tempo que eu não olho instrumentos de notificação de

surto. O último que eu fui tentar fazer algumas vezes eu deixei no meio, eu falei “Fica quieto, deixe esse surto aí, o CVE nem vai ligar para esse surto”. Eu nem sei se o quanto eles compilam surto, que é notificar os sistemas de vigilância. Então eu acho que os instrumentos dificultam, você não passa só. .. eu tive um surto, com um caso, dois casos investiguei tantos e acabou. Ele quer saber a idade, o sexo, o parentesco, quem estava no quarto do lado. Eu estou exagerando a forma de dizer, mas é .. acaba que o instrumento dificulta. A gente não tem a prática, eu também acho que é a falta de cultura e a prática de notificar surto, o agravo ou doença, o surto não. Eu avalio que nos meus vinte e tantos anos de vigilância que é por isso que não chegava surto quando eu cobrava e quando eu mudei de posição eu não notificava. Eu já estive cobrando a notificação de surto dentro de algumas vigilâncias dentro dos hospitais. Cobrando dos hospitais e daí um inverti.

Pesquisadora: Você inverteu o papel. Alguém mais?

XC: Eu não tenho essa experiência de notificar surto, mas eu já até entrei no site do CVE para ver como é que funciona isso. Eu também senti que existem essas dificuldades e acho que no dia a dia a gente tem tantas demandas, tantas atividades que acaba valorizando outras coisas e que vai com uma resposta melhor. Então essa experiência de notificar eu nunca passei por isso.

XA: eu acho que também tem um pouco a ver com a percepção do que é importante você notificar como um surto ou não. Talvez a gente acredite e isso seja, não sei se é verdade o u não, mas talvez a gente tenha a percepção de que você notificar um surto intrahospitalar às vezes não tem um função de você notificar para a vigilância necessariamente. Parece que o problema é seu, assim o hospital correndo aqui os germes....porque a gente comentou aqui a respeito dos multirresistentes, que é mais situação particular, conhecido que o multi R está no mundo e nos hospitais há muitos anos. Então é uma situação “corriqueira”, não vai notificar de bactéria multirresistente para o município se ele está dentro do hospital. Você vai notificar um surto de escabiose, que é uma coisa que também não é uma doença nova e não é uma doença emergente, às vezes a nossa percepção de surtos seja você notificar um surto de uma doença realmente emergente, ou que não existiu ou que voltou. Você tem poliomielite, você vai notificar o surto de poliomielite, entendeu se tiver um surto de caxumba talvez você notifique um surto de caxumba. Sei lá poderia ser...deixa eu citar um ...coisas mais ...um ebola, histoplasmoze, entendeu você tem dez casos de histoplasmoze e você consegue comprovar um surto, muitos surtos você suspeita e não comprova. Poderia ter um surto de Legionella, então talvez os surtos que nós tivemos para nós não eram passíveis de ser notificados como surto, porque nós não tínhamos nenhuma implicação na comunidade, eles tinham no hospital. Eu tinha que resolver o problema dentro do hospital. É diferente de um surto de hepatite A que a gente notasse que está vindo hepatite A, cinco casos de uma região tal. Olha percebemos, vamos ver, conseguimos fazer esse link. Notificaria informal ou formalmente para a vigilância e isso desencadearia alguma ação nesse sentido. Então eu vejo como talvez um pouco disso, tem as dificuldades do instrumento, mas tem a ver com aquilo que talvez a nossa percepção da importância de você fazer a notificação como um surto que tenha importância na comunidade. Tem surtos que são importantes no hospital e você vai resolver localmente e se isso tem uma implicação na comunidade é outra história. Então vamos, por exemplo, a investigação que teve da tuberculose, que não pode dizer que foi um surto, na verdade a gente teve um caso e uma exposição. Então na verdade nós investigamos a exposição, não era um surto. Não tem que notificar necessariamente, embora em momento a vigilância do município tivesse junto, eles vieram, foi discutido, eles deram todo o suporte. Tive que fazer o PPD, enfim ...mas não foi notificado, porque não era um surto. Então tem isso também a gente não teve, eu, por exemplo, na minha carreira não tive nenhum surto de uma doença emergente, nova ou um comunitário que talvez eu tenha julgado que nós tenhamos um dado que era importante notificar como um surto. Quando elas ficaram de um conhecimento, elas ficaram... porque elas ficaram pois fecharam Hospital Y daí você teve que falar porque fechou. Quer dizer... mas aqui VRE aqui, não necessariamente você sentiu que havia essa obrigação de ter que notificar como um surto, todo mundo ficou sabendo, mas não formalmente notificado.

XD: Reforçar que a tuberculose não foi um surto, mas sim uma investigação dos contatos. Não chegou a ter um surto, teve um caso e a partir dele a gente investigou. Eu acho que tem isso do instrumento que eu já falei e acho que também tem alguns que a gente pega um, dois, três casos e nem considera como um surto. Acho que tem surto que a gente também tem surtos que a gente não vê surtos. Daí é a questão de como a gente enxerga.

Pesquisadora: Você poderia falar mais sobre isso?

XD: eu tenho um, eu tenho dois, eu tenho casos, quando aumenta *Acinetobacter* na enfermaria. É um surto? Aumentou *Acinetobacter*...

XB: quatro *Acinetobacter* na UTI.

XD: Na UTI, que não tinha, no mesmo período e tal. Com certeza teve uma transmissão ali. Notifico como surto? De novo essa sazonalidade do meu....que eu espero. Então tem alguns que a gente

precisa... ou tem dúvida mesmo de definição. Não para muito para pensar, vai cuidando de não ter outros casos a partir daí. E outros que mesmo convive como um surto. Tem dia que o VRE que já foi citado, que a gente considera que não, que é interno e tudo já foi falado. Mas o instrumento para mim foi muito, o instrumento de notificação, que a doença a gente notifica, os agravos, as IRAS tem aquela planilha de notificação. Não é caso a caso, é um compilado de infecção, mas eles são bem palatáveis no sentido do objetivo deles, das doenças a gente entende muito bem porque os sistemas precisam da notificação da doença para tomar conduta se ele enxergar um surto a partir daí. Quando eu vejo doença, que o XA falou, qual algumas vezes que tem o agravo e eu notifico o surto, a notificação de um agravo inusitado faz com que o sistema acima veja, enxergue talvez um surto, e eu estou vendo um caso. Mas aí do surto eu não tenho ...

Pesquisadora: Eu queria fazer duas perguntas para vocês, um é exatamente com isso que vocês dois acabaram de falar. Eu tenho alguns casos, tenho cinco casos. Parei para pensar... é ou não é um surto? Vocês sentem de uma maneira geral uma dificuldade às vezes de para e pensar se aqueles seus dados te mostram que aquilo é um surto ou se não é um surto? Existe de uma maneira essas dificuldades que às vezes você olha para trás, olha os dados e pensa "Olha talvez eu tivesse alguma coisa ali". Vocês sentem essa dificuldade.

Pesquisadora: Vocês dois que comentaram.. é por isso que eu estou olhando para vocês, mas qualquer um pode falar.

XD: A definição de surto ninguém tem dificuldade, nem eu nem as pessoas. Um caso de quando não ocorre é um surto, então quer dizer que algo que não ocorre e naquele local e sejam dois casos de aquilo que ocorre com alguma frequência. Agora como as bactérias hospitalares, nós estamos falando de IRAS, elas ocorrem sazonalmente e a gente tem essa dificuldade, não dificuldade de entender a definição, mas de olhar para os dados e ver se eu estou tendo aumento e surtos. Se é que eu posso chamar desse jeito. Tem a ocorrência de dois *Acinetobacter* no mês, três *Acinetobacter* no outro, quatro *Acinetobacter*, dois *Acinetobacter*. E daí quando eu tiver sete *Acinetobacter* naquela enfermaria eu estou tendo um surto? A gente não para para pensar se é um surto, é isso que eu quero dizer. Não é que a gente não saiba o que é um surto ou o que é uma definição.

XB: eu acho que a gente acaba focando na ação, a hora que você identifica "Olha está aumentando *Acinetobacter*, qual é a conduta que a gente vai tomar? O que a gente vai fazer para reduzir isso?" Acho que foca mais nisso entendeu, vamos reavaliar o processo de trabalho e fica como o XD falou. Qual o tipo de paciente que eu tenho, que às vezes em UTI você tem aquela paciente que está lá, aquele monte de paciente que não roda né. Então tem o perfil do paciente também, então eu vejo que a nossa ação está muito, a gente foca muito mais, identifica e sabe que tem, que está tendo um surto e vamos pensar o que a gente pode fazer para controlar isso. Vamos discutir processo de limpeza, vamos chamar toda a equipe, o que a gente pode fazer, avisar que está aumento, notifica a equipe, fala com a equipe, a equipe da unidade que eu estou dizendo....a equipe da UTI... acho que é isso. Não da dificuldade de identificar o surto.

Pesquisadora: Para você é o mesmo?

XC: Não, na verdade assim, é uma opinião minha...

Pesquisadora: Sim ..claro!

XC: A gente entende que quando você vai desencadear uma ação que é de alguma patologia que esteja associada e que você tem que evitar um caso secundário e que isso gere uma ação a importância disso. Aí que foi colocado que a gente não publicou, que se colocou um pouco na situação que muitas vezes em relação devido a não ter uma ação a desenvolver daí. Daí eu paro e penso, a gente trabalha tanto, faz tanto e não publica. Eu acho que é lamentável em minha opinião. Não que a gente não quer, é que muitas vezes a rotina e a demanda de trabalho intensa faz com que a gente fique preso numa redoma que a gente não chega ano, final do ano e fala "nossa tem que encerrar tal coisa"... e se a demanda de trabalho é muito intensa, então eu acho que o hospital perde quando você trabalha tanto e você não mostra esse seu dado. Mesmo que não vá desencadear uma ação, mas poxa eu fiz, eu trabalhei, então acredito que a partir do momento... a gente não consegue e eu sei que não vai gerar uma ação e tal... Você é visto, o hospital é visto, seu trabalho é visto, você deixa sua marca mesmo você vai embora.... as pessoas lembram que o Hospital K investigou escabiose. Às vezes ocorreu em outros entendeu, então eu acho que o trabalho que quando você consegue publicar algo que você faz a gente sente isso, todo mundo sente esse desconforto, porque a gente não consegue, por causa da dificuldade do instrumento, de publicar tudo. A demora que gera tudo isso, RH e tudo, mas a partir do momento que você trabalha muito e não publica você perde. Independente do que isso vai gerar e para o futuro pode desencadear, a pessoa se espelhar depois que você deixou, você publicou. Se você não publica, se você não escreve.. é como se você não tivesse feito. Essa é a minha opinião em relação ao... e nesse trabalho que o pessoal do serviço faz, e que imenso. Então acho que a gente perde em relação a isso, da gente não estar colocando o

nosso trabalho, publicando...quem mais publica é quem mais aparece, é a propaganda, o marketing de qualquer empresa em qualquer lugar. Para o Hospital Y é importante por causa do local, onde nós estamos, como ele está inserido na comunidade e para Campinas. Quando apareceu o caso de VRE no Hospital Y o Hospital K já fazia investigação anteriormente, já tinha o swab de vigilância. Quem sabia, nós! Então daí a importância de você publicar mesmo que pareça bobo. Tem gente que falar para não publicar, mas você vai deixar aquilo ali registrado. Esse desconforto o grupo todo sente. Mas acho que com o tempo, não sei talvez o que virá do... a gente consiga avançar nesse, porque tem muita gente com experiência e capaz disso. Às vezes até de levar para uma revista, uma publicação.

XA: A sua pergunta tinha sido?

Pesquisadora: Eu perguntei sobre essa questão de você ter os dados, você trabalhar com a vigilância epidemiológica e à medida que tem a sua rotina, enfim, de qualquer controle de infecção se de alguma maneira existe uma dificuldade de você olhar para aqueles dados e identificar se aquilo é um surto, se eventualmente passou alguma coisa e você comeu bola. Se isso, às vezes, existe essa dificuldade na rotina?

XA: Olha eu acho que assim, a gente pode colocar uma dificuldade porque de fato a gente não coloca ali no gráfico, na planilha ver se estatisticamente representou um surto ou não. Como são situações já endêmicas, quando o VRE surgiu foi surto, nós não tínhamos nenhum caso. Nessa época já que a XC está citando, nós até publicamos no seguinte sentido, nós fizemos, apresentamos no congresso, fizemos uma análise molecular, quer dizer fizemos um trabalhinho legal, e que deu frutos... porque a gente aprendeu muita coisa sobre isso. Como aquele evento, obviamente aquilo lá era um surto. Por exemplo, se você está dentro de um hospital e você está tendo um caso, tem mês que você não tem e de repente você tem cinco casos, na verdade parece que num primeiro momento como essa infecção já ocorre ali dentro normalmente, você nem.... você falar que é um surto ou não... parece que não faz muita diferença.. a percepção que a gente tem é o seguinte: Voltou a aumentar o número de casos, vamos lá ver o que está acontecendo, rever os processos, ver o álcool, está faltando álcool....Mas assim colocar no gráfico, ver se ele ultrapassou o limiar que esperou, isso a gente certamente a gente não faz. Com doenças novas é fácil, escabiose foi um surto, eram quatro meses e não sei quantos casos, taxa de ataque altíssima. VRE foi um surto, kpc a gente não pode caracterizar como um surto porque a gente não pode saber exatamente o número de casos, porque a gente só pegou caso clínico e a gente não fez a investigação de colonizados e tudo mais. A princípio é uma bactéria que não tinha antes e agora tem. Então a gente não tem como XD disse dificuldade de um surto muito claro, você perceber que ele ocorreu. Mas essas doenças, esses agentes, vão supor que já são endêmicos no hospital a gente de fato não vai lá colocar..até por isso, até porque é isso né, você está no dia a dia, você está fazendo. A gente parou para fazer aquele estudo daquele surto e as coisas estão acontecendo, situações estão acontecendo diariamente por não ser uma coisa nova. Agora é óbvio que se você tem uma neonatologia e você vai e supõe qualquer coisa que ocorre com a NPP da UTI morrem três bebês, então é uma coisa que chama atenção...você vai atrás para saber porque são fatos que mostram uma modificação e que um impacto grande em relação a qualquer coisa que você pensou. Um aumento simplesmente da ocorrência de um agente, seja colonização ou não, não suscita talvez dentro da gente aquela importância de ir buscar se aquilo é um surto, a gente não vê isso como uma coisa muito importante para se caracterizar se é ou não é naquele mês. Então para as coisas que a gente julgue importante sim, mas a gente não coloca lá se a taxa de ataque foi de A, B ou C. em questão de estatística é o que eu tenho a responder para a sua pergunta.

Pesquisadora: Vou fazer um última pergunta e depois farei uma síntese para a gente encerrar. Você falaram das limitações para a notificação em relação ao instrumento e a questão enfim da relevância do agravo para se levar uma notificação. O que eu gostaria que vocês falassem é se fora essas duas questões existe algum outro fator que você enxergam como impeditivo para notificar. São só esses dois mesmo ou existe algum outro fator que você gostariam de acrescentar que seria uma barreira de notificar.

Silêncio

XD: Tem o instrumento.

Pesquisadora: Sim vocês falaram do instrumento e em seguida da relevância do agravo.

Silêncio

Pesquisadora: Não?...

Pesquisadora: Ok. Então só para fazer uma síntese do que foi falado hoje à tarde, só para ver se você concordam e se eu esqueci de alguma coisa. Num primeiro momento eu falei da vivência do surto e vocês destacaram um que vocês viveram. Com relação aos fatores positivos vocês destacaram a questão que ficou bastante forte é o envolvimento das equipes. Claro que sempre tem o lado positivo e negativo, e isso retorna um pouco como um ponto negativo, mas ficou bastante forte

pelo que vocês vivenciaram o envolvimento da equipe. A questão do apoio institucional. E como dificuldade essa questão, eu acho que o laboratório, O XA pontuou bem e o XD também dessa questão das dificuldades de se investigar, fazer cultura de vigilância, enfim por algumas limitações estruturais do laboratório. O Apoio institucional apreço um pouquinho e talvez menos que o positivo, vocês viram mais como uma questão mais positiva. A questão de trabalho, a carga de trabalho do próprio controle de infecção talvez isso dificulte um pouco que enfim são muitas coisas acontecendo ao mesmo tempo e investigar surto demanda um certo período de tempo. Com relação à notificação, vou até ser repetitiva, com relação às dificuldades são o instrumento e a questão da relevância do agravo mesmo. Enfim o que eu considero importante? O que é importante? O que eu acho que eu tenho que notificar? Eu tenho que ter essa liberdade para ver o que é relevante ou não para notificar. Eu esqueci de alguma coisa, vocês gostariam de acrescentar alguma coisa?

Pesquisadora: Então se ninguém tem mais nada a acrescentar vou encerrar a sessão.

APÊNDICE I – TRANSCRIÇÃO GRUPO FOCAL Y

Pesquisadora: preciso gravar para posteriormente transcrever. Nessa técnica o ideia é que um fale por vez, não tem uma ordem, pode ser quem está mais a vontade para falar. Uma pessoa pode falar, a outra pessoa pode complementar a ideia e se a pessoa que começou a falar e depois quiser voltar para falar não tem problema a gente vai voltando para dar outras oportunidades.

O importante é um falar por vez, vou fazer poucas questões, são apenas cinco. A medida que vocês forem falando ou indo para outra situação a gente vai seguindo. Eu só norteio.

Eu gostaria de ouvir de vocês alguma experiência sobre investigação de surto, não precisa ser um surto que vocês viveram agora ou que aconteceu na instituição que vocês estão inseridos agora. Pode ser um surto que marcou a carreira de vocês. Pode ser um surto que vocês gostariam de falar sobre a experiência. Nesse primeiro momento é só contar como foi a experiência, como foi a condução do surto, que resultados vocês tiveram. Qualquer surto e não precisa identificar a instituição que ocorreu o surto. Alguém quer começar?

Silêncio: 30 segundos.

YB: Eu te conto os detalhes do surto? Como foram as dificuldades?

Pesquisadora: Como foi o surto.

YB: eu já trabalho na CCIH há muitos anos e eu já vivenciei muitos surtos. Desde surtos em crianças até em adultos. A gente tem muita dificuldade mesmo na condução do surto, porque são muitos fatores que podem explicar a ocorrência do surto. Então eu acho que essa é a principal dificuldade. A gente viveu recentemente um surto de *Acinetobacter* resistente a carbapenêmicos na UTI adulto da instituição em que eu trabalho. E realmente a gente investiga todas as possibilidades, mas as possibilidades são muitas. O microrganismo está ali, a gente trabalha a questão da equipe. Nós orientamos toda a equipe, fizemos treinamento, levantamos todos os casos. A dificuldade de identificar se aquele caso é realmente da unidade, então eu acho que também essa é uma dificuldade grande. Então quando a gente trabalha com surto com esse tipo de microrganismo a gente vê o quanto esse microrganismo hoje está disseminado em todo o hospital. Então dizer que aquele paciente adquiriu aquele microrganismo ali é um pouco difícil, porque ele já foi exposto, ele às vezes já veio de outra instituição. A gente não faz pesquisa de vigilância de rotina, hoje a gente tem até um protocolo justamente para tentar identificar de onde vem mesmo esses microrganismos, então os que vêm de fora a gente colhe swab de vigilância e mantém em isolamento e paciente que não tem cultura prévia, os que a gente não conhece e está multi invadido, os que usaram antibiótico de largo espectro prévio. Nesses casos a gente põe em isolamento e faz cultura de vigilância para ver de onde vem esse microrganismo, então essa é uma grande dificuldade trabalhar com a questão do tempo é muito difícil porque principalmente pacientes que portadores de microrganismos multirresistentes a gente vê na literatura que acaba que eles ficam mais tempo, tem pacientes colonizados por *Acinetobacter* que ficam colonizados por um ano. Então como dizer que ele pegou mesmo o agente ali se a gente não faz um controle. E por mais que a gente faça swab também não é 100% sensível, a gente sabe na literatura que sensibilidade gira em torno de 30 a 40% então também não é fácil. E tem os fatores associados, tem a questão dos profissionais, a questão dos materiais que são muitos materiais envolvidos então a gente. E nesse último surto nós ... a maioria dos casos era respiratório... então a gente investigou todos os materiais respiratórios que pudessem ser veículos dessas transmissões. Até a própria unidade com os microrganismos que vivem muito na superfície e então como está sendo essa limpeza dos leitos e aparelhos. Então além de treinamentos a gente reforçou essa questão da limpeza concorrente, então muitas vezes a gente começou a fazer três vezes por dia e antes a gente só fazia uma. Então assim eu acho que o surto é difícil por alguns motivos, esse principalmente esse de identificar a causa, porque a gente atua em muitas...a gente faz muitas ações simultaneamente e então fica difícil de dizer o que foi que resolveu o surto para o próximo a gente não viver. Difícil não dá para dizer nem de onde veio e nem o que resolveu. Então acho que muitas vezes eu acho que mais fica claro na vivência de um surto é isso.

Pesquisadora: Alguém mais tem a mesma vivência?

YA: acho que a primeira dificuldade é você identificar que está vivendo um surto. Acho que relatar a bactéria multirresistente isso é até um pouco difícil, porque em hospital grande com muitos leitos de CTI você acaba achando que é habitual e normal você ter casos e assim, esse surto de *Acinetobacter* não foi um surto de um mês, foi uma coisa que aconteceu ao longo do tempo e até se perceber que aquilo é... porque assim você começa a ter casos e até difícil de você identificar. Acho eu primeiro é determinar a existência do surto. O segundo é ... então um surto você imagina que exista uma transmissão comum no caso desses pacientes, ou você imagina que exista algum reservatório em

algum lugar. Acho que outra dificuldade quando você fala de bactéria multirresistente é você identificar que aquela cepa são as mesmas cepas porque a gente não tem biologia molecular para isso. Então você imagina que você tem o mesmo perfil, mas não necessariamente inclusive tem a mesma fonte...é outra dificuldade. Então às vezes vai ter caso no meio dessa história que você considera parte do surto e não faz parte do surto. Então eu acho que isso é uma outra dificuldade que existe. Então eu acho que essas duas coisas são muito complicadas. E a partir daí você falou (YB), como os fatores são muitos quais são as medidas que eu vou iniciar para controlar esse surto. Às vezes medidas drásticas têm que ser tomadas do tipo se a gente não consegue controlar..”Vamos fechar o CTI?” “Vamos fechar a unidade inteira?”. Então isso às vezes leva, talvez para a gente evitar consequências para os pacientes mais drásticas, você precisa fazer algumas medidas para entender um pouco melhor. Então é essa observação que eu tenho para falar diante do que ela falou (YB).

Pesquisadora: Tem algum outro surto que você viveu diferente...

YA: Tem... tem um surto que vivi diferente de bactéria multirresistente, foi um surto de escabiose num serviço que eu trabalhei, mas não de paciente foi de funcionário. Então esse foi um surto diferente e interessante, porque começaram a aparecer funcionários... então apareceu.. um funcionário afastado e uma semana depois apareceu outro funcionário. Aí o interessante disso em relação quando existe surto que envolve o funcionário primeiro quando se vai triar e então chegou o momento a gente teve que contratar uma dermatologista, porque todo mundo aparecia com uma coceira e achava que era escabiose e queria medicamento para escabiose. Foi difícil a gente identificar a fonte, porque era uma senhora.. a fonte comum era uma senhora que tinha sarna norueguesa então era uma lesão atípica que não coça e altamente transmissível. Então como a gente teve um número muito grande e o importante é isso... quando você começa a ter é realmente criar uma curva epidemiológica, fazer uma entrevista com aqueles que foram efetivamente infectados, criar um vínculo comum. E no hospital como a enfermagem roda muito você não sabe de onde que é, mas tinha um número maior que vinha de um certo posto e então a gente foi ver os pacientes....e tinha uma senhora que teve há muito tempo internada! Quando a gente chamou a dermatologista ela falou “Isso aqui é sarna, é sarna norueguesa...vamos confirmar” e aí foi feito o diagnóstico. A gente teve que fazer uma medida assim, todo mundo que tinha sintoma a gente contratava a dermatologista e ela confirmava o diagnóstico microbiológico e qualquer sintoma era tratado. Isso trouxe um custo que na época a gente estimou algo em 20 mil dólares, porque entra assim o que a gente considera como dias afastados, medicamentos, foi algo absurdo. Então mostramos que às vezes não é só agente multirresistente. E aí o que a gente fala e até para ver se as pessoas fizeram higiene das mãos, mas assim se você vai examinar um paciente que aparentemente tem uma lesão que você suspeita e por mais que você tenha lavado...a lesão é altamente infectante.. então não dá nem para dizer que.... uma coisa foi interessante... a gente não teve médico infectado... isso mostra que muitas vezes que médico não toca em paciente. RISOS Nenhum médico se infectou, mas teve muita gente da enfermagem, então algumas coisas interessantes.

Nessa mesma instituição teve um surto interessante que eu não participei, mas a gente viveu..eu cheguei nessa instituição depois que esse surto aconteceu..acho que isso foi até complicado depois...foi um surto de.... na época de fazer cateterismo a gente reaproveitava cateter de cateterismo e limpava no glutaraldeído e os pacientes tiveram um pseudosurto de bacteremia porque era uma reação ao glutaraldeído. Isso foi muito difícil na época para a pessoa que investigou esse surto descobrir porque os pacientes que fizeram o cateterismo tinham bacteremia e achavam que era que, mas não era bacteremia e sim efeito tóxico do glutaraldeído. Então todo mundo foi para a UTI e tomou antibiótico. E daí uma pessoa pensou tem alguma coisa errada porque nenhuma cultura veio positiva. Isso teve que ir para fora do Brasil, para o CDC para descobrir que o enxágue dos cateteres era inadequado, até que para a gente pensar um cateter de cateterismo por glutaraldeído hoje é a gente arranca os cabelos, mas é um surto que eu não vivi, mas a instituição que eu fui trabalhar uma época viveu esse surto gerou uma mudança de comportamento, que tinha que ter uma limpeza adequada. É uma coisa que eu não vivi, mas eu ouvi muito falar dessa história em Cascavel. Foi uma coisa interessante mostrando que surto não necessariamente é de bactéria multirresistente ou de infecção. Esse foi um surto por toxicidade de uma substância que gerou internações, antibióticos, só que não era por bactérias e uma das medidas teve que ser modificada no hospital por conta disso. Eu acho que talvez a principal dificuldade nossa não é a questão de vigilância muitas vezes é, maioria de serviços não tem uma experiência grande de investigação de surtos. Então como criar uma curva epidemiológica, como fazer um caso-controle, como criar coorte, a gente não tem formação boa nisso, pode ser na área médica, ou seja, na enfermagem também.

YB: Nenhuma formação.

TODOS concordam.

YA: Quando você começa a viver um surto, você tem que buscar na literatura como fazer isso. De escabiose a gente buscou na época, por exemplo, qual era a melhor forma de bloquear a transmissão. Eu vivi um pseudo surto também de coqueluche em UTI neonatal, em que uma criança começou a contaminar funcionários.... então às vezes tem isso também. E a outra dificuldade principalmente. E a outra dificuldade é principalmente quando envolve uma bactéria multirresistente ou algum agente de transmissão é a identificação, a gente não tem identificação molecular adequada. Isso é muito difícil porque você não consegue realmente determinar quem de fato quem faz parte de um surto, você pressupõe por achados de microbiologia, mas não por análise molecular.

YB: da questão do surto a gente também viveu um muito interessante, a gente começou a ter muitos casos de colite na UTI neonatal. Checamos tudo, dieta, lactário, banco de leite e aquela coisa.. ah então será que o soro é e comum, o que será o que é comum. E semelhante ao que a YA falou a gente também não tinha culturas positivas. E que será que pode ser? E, na verdade, a gente foi descobrir que era efeito colateral de um medicamento que estava sendo utilizada nas crianças, as dosagens não estavam...tinha...fazia pouco tempo que eles tinham começado a usar, tinha uma dosagem um pouco alta com base no peso dos RNs. Foram onze casos de colite em menos de duas semanas, então a gente estava desesperado também. Isso que a YA colocou é assim, vai de encontro a identificar os casos. Em relação a quando é um surto a gente fica com dificuldade mesmo em sempre discutir com a vigilância sanitária quando considerar um surto quando a gente já tem na instituição tantos pacientes colonizados. Então eu falo assim porque hoje no hospital que eu trabalho, não do município, mas o hospital terciário que a gente tem no município a gente não isola mais paciente com bactéria ESBL, a gente só isola resistente a carbapenêmicos e então é diferente da realidade de muitas instituições e principalmente nas internacionais em que o ESBL fica preso numa gaiola. A gente hoje ESBL já é endêmico. Então assim na questão das multirresistências pra gente nós isolamos diariamente de cinco a oito pacientes com microrganismos resistentes a carbapenêmicos e então sinceramente já é quase endêmico. Então quando a gente tem o alerta e começa a pensar que isso pode ser um surto isso é uma dificuldade bastante grande, como a YA colocou. O que a gente tem feito hoje é o acompanhamento e então mensalmente a gente tem em média quantos casos? Nessa unidade a gente tem mensalmente dez casos e se a gente passa a ter quinze casos, vinte casos, então quando a gente tem cinquenta, uma média de trinta a cinquenta, ou seja, mais casos do que a gente tem como habitual para o período a gente tem considerado como um surto e tentado intervir diretamente, mas assim realmente eu acho que a gente está vivendo um surto todo dia...então, mas hoje quem trabalha no controle de infecção e principalmente em hospitais de grande porte eu acho que tem vivido um surto todo dia. A questão das UTIs também, a grande dificuldade da neonatal e da pediátrica é em relação aos pais também, a gente viveu um surto de vírus sincicial respiratório com quase trinta casos e a gente identificou que quem levou o primeiro caso foi um dos pais. Eles são orientados, a gente não pode entrar resfriado, mas entrou. É multifatorial e acho que é diário, surto, é por isso que muitas vezes a gente tem dificuldade de notificação para os centros. Quando a gente vai notificar realmente que é um caso de surto, porque a gente vive isso todo dia. Recentemente a gente estava discutindo com a vigilância sanitária que não existe uma legislação do Estado que orienta a notificação de surto e eu falei para ela "Então como eu vou notificar um surto? Eu vou notificar todo o mês um surto para você? " Porque a gente vive um surto todo o mês, então acho que as atividades tem sido diárias de a busca pela melhor opção, as melhores maneiras de tentar controlar infecção eu acho que tem sido diárias.

Pesquisadora: Deixe-me pedir uma complementação para vocês, com relação...vocês já migraram um pouco para dificuldade que vocês encontram, mas as coisas que vocês mais apontaram foi em relação a identificar de quando é um surto ou não, o preparo técnico, enfim dificuldades que vocês enfrentam para dizer se aquilo é de fato é um surto ou não e a questão da biologia molecular, por exemplo. Esses são dois pontos que são muito internos ao controle de infecção, o que eu gostaria que vocês explorassem um pouco mais é se tem algumas outras dificuldades que vocês ou enxergaram nessas experiências de vocês que foram fora do controle de infecção, em outros níveis, seja na própria unidade, ou seja, em direção, em outros níveis fora ao controle de infecção que vocês talvez tenham encontrado alguma dificuldade.

YB: as dificuldades são amplas, e geralmente assim, com relação à administração eu acho que a grande dificuldade é que muitas vezes, por exemplo, a questão de contensão de despesas, eu acho que hoje a gente também vive uma situação que eu não sei se é exclusivo ou geral que é uma questão de corte de orçamento que é importante. Muitas vezes a gente identifica que uma inadequação na unidade que pode ser ou não fator daquele surto e gente não consegue mudar por falta de condição orçamentária. Acho que a questão desse apoio administrativo não seja culpa de um de outro, mas isto é um fator que dificulta muito. Então, por exemplo, em relação ao processamento

de materiais, ultimamente a gente reprocessa materiais que muitas vezes não são passíveis de processamentos. A gente tem uma legislação que fraca também, que isto explica muita coisa, infelizmente a gente tem hoje as duas legislações, uma sobre reproprocessamento de materiais, por exemplo, e uma traz uma lista que não inclui muitos itens que a gente sabe que não é possível fazer a limpeza e deixa de incluir itens e inclui que talvez fosse mais fácil de limpar. Então por exemplo, um cateter de hemodiálise, quer dizer um cateter de cateterismo, ele pode ser reproprocessado, ele não está na lista, e uma cânula de uma cirurgia torácica está na lista e, por exemplo, a cânula tem um calibre muito maior e a gente consegue ver, e o cateter do cateterismo todo mundo conhece é o lúmen é estreitíssimo. Como a gente garante que aquele cateter foi limpo? Uma extensão enorme e um calibre minúsculo que ainda não permite a visualização, a gente não consegue se está limpo. Então assim, além de que as limpezas que referencia na outra legislação coloca para a gente fazer protocolo de reproprocessamento, não ensina como fazer, não traz a ...como vai ser esse protocolo? Se for do jeito que a gente acredita e entende como um protocolo de reproprocessamento deve ser eu acho que nenhuma instituição do mundo seria capaz de fazer protocolo para todas, para todos os materiais, que a instituição utiliza. Para a gente...para você dizer que material pode ser reproprocessado você tem que avaliar tudo, a funcionalidade do material, a questão microbiológica, então teria que ter um engenheiro para dizer “Não, realmente esse cateter mantém a propriedade de elasticidade”, porque teoricamente para você falar assim “eu posso reutilizar” ele tem que ser igual ele era de fato e a gente não tem isso. Para alguns materiais daria para fazer, mas não daria para fazer para todos. Então eu acho que essa é uma grande dificuldade, principalmente quando os materiais podem estar envolvidos em um surto ou não. Existem outros materiais também que a gente vê uma dificuldade muito grande em fazer alguma coisa, por exemplo, o cuffmetro da UTI, é um material que medidor de “cuff” a gente vê que é um material que é difícil e que todo mundo usa ele como um item para vários pacientes, mas realmente a gente tem segurança que aquilo ali não está contaminado? É muito difícil e um usar uma para cada paciente nenhuma instituição conseguiria fazer pela questão do custo. Então acho que muitas vezes essa questão financeira e a falta de diretrizes bem firmadas, bem ...leis mesmo que não sejam tão políticas. A gente ainda ...eu tenho muita impressão que as leis ainda são muito políticas, tem materiais que a gente pega aquela lista lá e está escrito assim “Todas as agulhas exceto as de uso oftalmológico”. Então porque as de uso oftalmológico não, qual é o motivo se elas são iguais? Então a dificuldade para o reproprocessamento é a mesma e então porque tirar o material oftalmológico se o risco existe tanto quanto o outro. Então eu acho que essas são duas dificuldades que vão além do controle de infecção.

YD: Eu sou de uma instituição que não é daqui, eu estou estagiando aqui nesse mês. Sou residente em infectologia. Ela (YB) falou muito das dificuldades de material, mas a gente vê também lá muita dificuldade também do lado humano. Nós somos da área da infectologia como os outros colegas a dificuldade de concentração. Às vezes para a gente também é difícil lembrar de todo um cuidado e por mais que você fale com os próprios colegas isso é uma dificuldade. Ainda mais colegas que lidam com processos invasivos mais que a gente. A gente fala de bloco cirúrgico, então não é só lá... nossa o material está contaminado, mas às vezes o lado humano é bem difícil. Em relação a surto, meu hospital é um hospital bem menor e a gente teve um surto de VRE e foi visto que a fonte era de um hospital menor que eu trabalho e esse controle é muito difícil e como lá é um hospital de referência, como é que você vai controlar que os pacientes então desse local onde foi a fonte não iam ser transferidos para lá? Então é bem complicado assim às vezes no meu caso menor já é mais difícil para isolar e como você isola uma enfermaria inteira se o espaço é pequeno? Nós temos dois CTIs, o CTI é tudo CTI da coronária, ou seja, a gente isola o CTI e acabou... então é bem complicado essa parte também.

YC: estou na CCIH há pouco tempo, mas eu cheguei a viver surtos enquanto eu estava na assistência, então na assistência hospitalar. Eu acho que existe também dificuldade na mudança de processo de trabalho e principalmente quando você lida com outros setores do hospital. Nós vivemos um surto de *Providencia stuarti* no hospital e foi se investigar onde poderia estar havendo tanta contaminação. As bacias... era um centro de neurologia, e então muitos pacientes acamados e as bacias que eram dados banhos nos pacientes era feito descontaminação dentro do próprio setor, não era mandado para reproprocessar em central de material. Para conseguir que essas bacias fossem mandadas para descontaminação foi uma luta assim para provar que isto poderia estar relacionado com o surto. Acho então que existe aquela coisa “Isto sempre aconteceu assim” e então eu acho que a mudança de processo de trabalho é uma coisa difícil, porque a central alegava que não tinha condições de assumir essa descontaminação, pois se assumisse de um setor teria que assumir de todo o hospital. Então acho que isso atrapalha na resolução do problema também.

Pesquisadora: é justamente isso que eu ia perguntar...

YB: Lembrei de uma coisa pertinente...

Pesquisadora: pode falar...

YB: outra coisa é a questão de número de funcionários a gente viveu um surto recentemente também assim houve um setor do hospital que vários funcionários pediram demissão simultaneamente então tinha uma média de um funcionário para cada quatro leitos da UTI, desculpe falei errado era um funcionário para cada seis leitos, então uma relação de profissional/paciente que e foi nítido assim aconteceu a redução de funcionários os começaram a se propagar e a gente só conseguiu resolver o surto quando teve adequação do número de pessoal. Então essa questão de quantitativo de pessoal associados a surto já tem descrito na literatura e a gente vê que realmente é um fator importante. O que a YD colocou da questão de mudança de comportamento realmente eu acho que é fundamental, é difícil porque a gente vive isso diariamente e a gente tem uma grande dificuldade de mudar comportamento e conscientizar pessoas de que essas práticas previnem infecção ou levam a infecção. A prática de higiene das mãos a gente vê que infelizmente é a medida mais efetiva no controle de infecção e ainda ...a gente fez uma avaliação recente no hospital e menos de 50% das vezes o profissional precisa higienizar as mãos ele realmente higieniza. E na unidade de emergência a gente abordou alguns profissionais que iam prestar cuidados ao paciente e a gente pediu para eles baterem numa placa. É assustador os resultados porque a gente viu crescer *Acinetobacter baumannii* e *Staphylococcus aureus*. Eu acho que essa questão da mudança de comportamento realmente é bastante difícil e frequentemente eu procuro na literatura estratégias que possam fazer as pessoas se envolverem mais. Como estimular essa mudança de comportamento? Acho que ...eu fico um pouco em dúvida se realmente é do controle ou fora do controle, porque eu acho que faz daquelas medidas do dia a dia mesmo, a gente tenta mudar o comportamento das pessoas diariamente para que elas entendam que as medidas preventivas podem ter seu sucesso para evitar as infecções hospitalares.

Pesquisadora: eu ia pedir para complementar justamente isso. À medida que o surto é identificado vocês confirmar que é um surto e tem que fazer as medidas cabíveis para aquela situação. Como e levar essa informação para a unidade envolvida e como que essa interação acontece? Acho que elas falaram um pouco, mas eu gostaria que vocês explorassem não só no sentido do colaborador, na conscientização do colaborador, mas também para a pessoa que é a dona do processo daquele setor envolvido, ou seja, o gestor local. Como isso acontece? Como que se dá essa produção envolve mudança de processo de trabalho é claro, envolve a conscientização, tem a questão do surto... enfim como que aconteceu isso nas experiências que vocês vivenciaram.

YA: Acho que o primeiro .. quando acontece numa região fechada, seja uma unidade ou um CTI como as pessoas estão vivendo no momento do surto a adesão as medidas é até um pouco melhor. As pessoas estão sentindo literalmente um caso, nesse do surto da escabiose eles sentiam na pele RISOS. Todo mundo fica e principalmente quando o surto fica acometendo não só os outros pacientes, mas os próprios funcionários a adesão é um pouco mais fácil. Acho que a gente talvez não comentou e é essencial é que eu tive a felicidade de que nos dois hospitais que eu trabalhei com controle de infecção, um privado e outro que é público com gestão privada, em que tudo que a gente discute como CCIH era respeitado. Então em nenhum momento eu tive da direção da instituição alguma dúvida do que a gente estava dizendo ou algum empecilho para a gente instituir as medidas. Eu acho que exista alguns empecilhos, talvez de cada serviço, pode-se dizer porque trabalho para hospital público também. Quando a gente tem germe multirresistente e a gente orienta, por exemplo, isolamento de contato, nem sempre a gente tem roupa de isolamento, eu trabalho em hospitais que eu tenho aventais descartáveis e nunca houve uma situação em que faltou avental, felizmente. Eu já vivi em outros hospitais que utilizam aventais de pano, quer dizer que fica o mesmo avental ali. Mesmo em surtos em que a gente tem a dificuldade principalmente da área médica e principalmente da utilização de equipamentos e uso dele, a enfermeira que entrar com termômetro que ela está acostumada a usar, então isso tem alguma dificuldade às vezes nesse momento. Eu acho quando aconteceu foi no primeiro serviço que eu estava, a gente tem reuniões mensais de CCIH e isso era geralmente discutido nas reuniões. As reuniões são abertas, as pessoas que participam a chefia de enfermagem vai. Em alguns casos a gente fazia até informe por escrito para as pessoas daquele setor dizendo “Está acontecendo isso, fizemos essas medidas” e isso era entregue para a chefia. Então a gente nunca teve dificuldade de comunicação disso. Eu acho que ter uma direção que respeita a CCIH e que em situações de algumas dificuldades e eu disser que eu preciso que faça isso, isso e aquilo, e que ele é acatado facilita muito. Se você está numa instituição em que ela não acredita ou não compra o serviço realmente é impossível levar a frente qualquer tipo de trabalho ainda mais em situação de surto. Em algumas situações eu vejo que alguns serviços, colegas de trabalho de CCIH de outros serviços em que a CCIH existe por uma necessidade legal, mas tem lá entre as regras e nem sempre é visto e é para alguém discutir antibiótico. As pessoas esquecem que a CCIH é uma coisa muito maior. Eu acho que essas mudanças do dia a dia eu vejo assim, a gente

faz treinamento todo o ano e a gente fez um treinamento agora de novo falando de isolamento de contato, porque assim as pessoas não respeitam placa de isolamento de contato. “Ah eu vou entrar só para mudar uma coisa na bomba” Não! Porque se e só uma coisa na bomba em meio tempo você já encostou na cadeira e no leito e aí o paciente caiu no chão você vai deixar o paciente cair ou vai lá fora antes se paramentar? Pronto você já se contaminou de *Acinetobacter* inteiro. Então essas coisas são difíceis, isso é um trabalho contínuo, porque você fala hoje tem que falar o mês que vem de novo, no ano que vem de novo. E isso acaba sendo um trabalho nosso, a gente vai ter trabalho para sempre, mas acho que faz parte que quanto mais tempo.... eu acho que aqui talvez em instituições públicas que tem funcionários por muito tempo é mais difícil ainda, porque eles falam “Eu sempre fiz assim”. As pessoas estão ali há dez anos fazendo o mesmo trabalho, então a reciclagem não só ligada a CCIH, mas de processos de trabalho e essencial. Acho que isso é uma coisa importante.

YB: do último surto que a gente viveu a UTI, hoje a gente tem uma política de que a gente passa tudo para a equipe. A cada três meses a gente tem uma reunião com todos os residentes, os contratados e as chefias para passar para eles como é que está, como estão as taxas de utilização de dispositivos invasivos inclusive. Todas as visitas a gente tem cobrado a retirada dos dispositivos invasivos e aí fica a questão de dar a devolutiva. Então olha depois que vocês começaram a pensar na retirada dos dispositivos aconteceu isso,... a taxa está assim ou está assim. Na vigência do surto a gente fez uma reunião extraordinária, porque estava fora do período de três meses, passamos o problema para as chefias, tanto para a chefia médica como para a chefia de enfermagem. Montamos uma aula com as principais medidas de prevenção, as principais medidas de isolamento, principais problemas identificados e os casos, então assim o que aconteceu com aquele paciente para tentar impactar com a equipe dizendo “Olha esse paciente morreu”. Isso foi passado para todos os funcionários, a equipe de enfermeiro repassou para todos os auxiliares e técnicos então a gente treinava eles e eles replicavam para os outros funcionários. A gente treinou os enfermeiros para justamente passar para eles o problema também. Seria mais fácil a gente fazer o treinamento também, mas tentar mostrar para eles também assim “Olha cobrem dos seus funcionários porque isto está acontecendo, então ensine eles sobre o que está acontecendo”. Nós fizemos esse treinamento também, na visita diária passava e falava para o funcionário do lado “está acontecendo um surto por conta disso e disso”. Tem uma rotina também que durante a visita a gente preenche as não conformidades naquela visita. Então assim “Esbarrou, quebrou isolamento, ou ...”. a gente tem *bundles* hoje, *bundle* de prevenção de infecção de cateter ou pneumonia e ITU e aí a partir dos *bundles* hoje a gente tem as medidas que a gente faz preventivas, então a gente checa nas visita pra ver se essas medidas estão sendo realizadas, senão a gente passa para as diretorias, tanto para de enfermagem quanto para a médica. Então a gente discute um dispositivo invasivo, vamos retirar e no outro dia esta lá, porque ele esta lá? Porque isso também é frequente. Cada vez mais eu tenho achado que o treinamento precisa assim ir no serviço, *in loco*, na observação da realidade e então a gente observa e vê a inadequação já faz a abordagem, porque os treinamentos formais são importantes, eu acredito que sim, mas eu acho que a gente já fez muitos. A maioria dos nossos funcionários são antigos e estão aqui há bastante tempo e todo funcionário admitido a gente dá cursos no admissional com as orientações do controle de infecção, então a informação muitas vezes a gente acha que chega, mas ela não tem sequência, não acontece na prática. Como fazer acontecer então eu acho que o único jeito é a supervisão. Seria da CCIH a supervisão? Eu acho que não! Eu acho que a supervisão tem que ser da gestão, de quem está, dos gestores, dos supervisores de cada uma das áreas. Acho que a gente pode fazer uma parceria, essa parceria tem trazido frutos e é bastante rica. Acho que ...

Pesquisadora: vocês falam dessa questão da conscientização e essa parceria e outra questão que eu queria fazer acho que vai de encontro um pouco com o que a YA falou, que o exemplo que ela deu foi da escabiose, que é a questão da adesão ser um pouco maior quando envolve o profissional. Eu queria saber se fora essa questão profissional se existe diferença entre os surtos que acontece numa unidade ou outra em termos de adesão, como que se comporta frente aquele surto. Se há uma diferença entre uma unidade de clínica, uma cirúrgica, uma UTI neo, UTI pediátrica...vocês conseguem enxergar alguma diferença nesse sentido.

YA: sem querer assim, eu como clínica sempre nas áreas cirúrgicas, na minha opinião, é mais difícil de lidar nas áreas cirúrgicas do que nas áreas clínicas. Eu acho que dentro de unidades fechadas é um pouco mais fácil, eu acho que também porque são unidades menores, acho também quando existe repercussão na mídia como em alguns dos surtos que foram vividos tem repercussão, isso traz um impacto maior porque as pessoas começam a se sentir pressionadas, porque obviamente quando acontece um surto dentro de uma área hospitalar você está responsabilizando a instituição e inclusive as pessoas envolvidas são responsáveis por aquele surto. Não é o paciente, claro que o uso de antimicrobiano de largo espectro é um fator de risco, o uso do cateter ... a questão ambiental, seja de

equipamento pessoas, elas tem um papel importante. Eu acho que quando a outra coisa é que depende de questão de chefia, quando você envolve a chefia e a chefia daquele setor entende a gravidade é muito mais fácil você ter adesão. Se você tem uma chefia que não acredita naquilo, não apoia, a CCIH pode chorar todos os dias, ela não vai ter o mesmo impacto, acho que talvez tenha essa diferença.

YD: em relação ao profissional igual essa pergunta em relação... quando abala, quando chega no profissional a repercussão, a atitude que ele vai tomar é diferente. Acredito que sim, eu não sei se é a conscientização, se é a banalização da vida... ou será que todos os profissionais mesmo que trabalhem na área da saúde estão ali pensando nos pacientes, ou pensando nos outros, então pensar nisso também.. ah se não vai fazer mal para mim, vai fazer só para o paciente..será que vai dar problema? Se não está dando problema para mim, então eu não sei quais seriam as mudanças em relação a serem feitas nesse ponto, mas é uma coisa que às vezes a gente pensa.

YC: eu concordo com a YA no seguinte, nas áreas fechadas tem mais adesão sim na questão do isolamento, mas também tem um fator...na área fechada você tem mais recursos humanos e recursos materiais. Normalmente área fechada é área crítica e isso eu acho que favorece e contribui para que o profissional ...para a adesão às medidas de prevenção, e isso eu também acho na observação eu acho que tem classes profissionais que aderem mais e classes profissionais que aderem menos. É como ela falou a questão da cirurgia a gente vê que o cirurgião tem mais

Todos: Resistência...

YC: Resistência exatamente é essa palavra que eu estava procurando, (RISOS de todos), resistência em aderir precauções, mas por exemplo...

Todos: eles pensam que são estéreis...

MUITA INTERACAO

YC: a gente observa que cirurgia que despacha na autoclave.... acho que médico em geral adere menos... a gente observa, por exemplo, eu nunca vi fisioterapeuta quebrando barreira de isolamento, eu nunca vi terapeuta ocupacional quebrando barreira de isolamento...

YA: é verdade fisioterapeuta adere mais...

YC: classes profissionais que às vezes aderem melhor, a enfermagem que está lidando ali todo dia com aquele paciente, esse tem *Acinetobacter*, esse ali também tem, todo mundo tem....entendeu, então acho que banaliza mesmo. E mesmo em relação a material também, e como ela falou às vezes "Olha está tendo um surto", está tendo surto a primeira coisa que acontece é "Acabou o avental!". Então isso dificulta a adesão e acho que o profissional que esta lidando com isso diariamente ele tende a banalizar sim.

YB: Em relação aos setores eu concordo com a YA, pois como ela falou setor fechado e muito mais fácil, e mais fácil porque assim você tem responsabilizar ali em relação a cirurgias, principalmente nas áreas cirurgia e clínicas você não tem muitos donos, tem muito dono. Então chegam muitos médicos, passam muitas equipes, então fica difícil. Setor fechado e mais fácil por tudo, pela observação, como e muito pequeno então se chega alguém diferente e bom ficar esperto, porque chegou alguém diferente. Então eles conseguem supervisionar e cobrar mais. É diferente do setor aberto, então quanto dificilmente à equipe alguém vai ver alguém que entrou, ou que foi abordar o paciente. Essa questão da categoria acho que assim, a gente observa todo dia, os estudos mostram também, a questão da dificuldade de adesão aos cirurgias, eu acho que eles devem achar que são estéreis, porque eles...são estéreis e também nenhum microrganismo adere neles. Não...

YA: eles são imunes.

YB: com certeza, eles são uma classe a parte. Assim com relação à fisioterapia envolve a questão do preocupar-se com a gente. Então a fisioterapia manipula muito via área, então existe muito risco. É difícil um profissional de fisioterapia que fazer um procedimento de manipulação, então elas manipulam a via área ou para fazer o exercício motor e se preocupam muito com elas. Infeliz... felizmente ou infelizmente eu não sei, a gente até fez um enquete um dia com as fisioterapeutas... e elas morrem de medo de pegar uma infecção por agente multirresistente, diferente de médico e de enfermeiro que tem certeza que não pega. Então essa é uma questão importante que talvez faça com que às vezes a fisioterapia, os terapeutas ocupacionais seja melhor, eles não tem certeza se eles não vão pegar, então eles tem muito medo. Por exemplo, a enfermagem, a gente nunca tem problema com escabiose no hospital, se o paciente tem escabiose hoje vocês viram.... Você estava na visita hoje?

YC: Não eu estava num outro setor...

YB: não hoje a gente passou visita e foi assim uma coisa fantástica. O pessoal estava ate escorando, um profissional da equipe escorando no leito do paciente. Ai eu chamei ele, falei tudo, expliquei, ai no próximo paciente falamos assim "Acho que ele esta com escabiose", dai todo mundo saltou, então o medo de pegar é muito grande. Frequentemente eu falo isso, se esses agentes multirresistentes

fossem transmitidos para o profissional de saúde a gente não ia ter problema, talvez a gente não ia ter trabalho.

YA: se fosse ebola né!

YB: Se fosse ebola você pode ter certeza que a gente não ia ter problema, porque realmente escabiose é muito frequente, e quando tem escabiose eu passo visita todos os dias e assim quando tem escabiose, teve um dia que eu cheguei num setor e tinha uma funcionária com dois aventais, na falta de um ela tinha dois. E aí eu falei “Nossa o que esta acontecendo porque dois aventais?”, e ela falou “O paciente tem escabiose”, eu falei “Ah claro se fosse *Acinetobacter* você não estaria assim”. E então infelizmente eu acho que essa questão de se preocupar consigo mesmo. A gente fala tenta aí pela questão apelativa de que amanhã você pode estar ali, e de que você pode ultimamente eu tenho apelado até para a questão assim “Você pode até não ter a doença agora, mas você se coloniza pelo a gente...agora se um dia você estiver imunossuprimido você pode desenvolver a doença”, pra tentar ver se isso sensibiliza as pessoas, porque a gente vê que a própria campanha de vacinação contra H1N1, a primeira vez que nos fizemos a campanha o enfoque era “Proteja o paciente, proteja porque você pegar você pode passar para ele” ele esta imunossuprimida.....e nossa adesão foi baixíssima, agora não na última campanha colocamos a mensagem “Vacine-se porque o H1N1 esta aí” . Isso quer dizer que se você não se vacinar pode pegar, e aí a adesão melhorou muito, foi difícil quem não vacinou.

YA: A gente teve um caso de influenza que primeira era suspeita, mas quando eu falei que era suspeita e a gente teve que dar oseltamivir o paciente ficou grave. Todo mundo assustou muito e depois confirmou e lá a gente tem, então assim naquela fase que a gente não sabia e ela não estava bem, todo mundo respeitou as medidas. Eu trabalhei num hospital que nas reuniões da CCIH o diretor técnico falava assim “O funcionário que não vacinar e não der uma justificativa tipo: tive uma reação grave, sou alérgico a ovo ou algum outro motivo, ele vai ter que se justificar.” Ele falou que ia demitir o funcionário se ele não desse uma justificativa e a gente tinha uma adesão ótima. Às vezes tem que ser uma coisa meio agressiva, porque as pessoas não costumam...

YB: É que vantagem do hospital privado é que você tem poder, pois em hospital público não você não tem muito como persuadir a pessoa a fazer.

YA: A fazer é difícil.

Pesquisadora: Era justamente essa outra parte. Tem alguns que já trabalharam em hospital particular, existe diferença?

YB: Eu comecei em CCIH em hospital privado e hoje estou em hospital público. Eu sempre falo para as meninas, lá a dificuldade era muito menor por vários motivos. Acho que o tamanho da instituição ajuda bastante, mas assim a principal é essa questão do ...eu acho que as pessoas como eu já tinha falado da questão de se preocupar com elas mesmas, elas também se preocupam com o emprego delas, então no hospital privado existe a grande autonomia de demissão, então se o cara não está indo bem ele vai ser demitido. Num hospital público como a demissão não é algo que acontece com facilidade, pelo contrário, não acontece é quase impossível demitir, é mais fácil...nem sei se já vi demitir alguém. A gente vê os grosseiros que ..ou o funcionário esta aí ou e foi mandado embora voltou com ação judicial.

YA: ou muda de setor.

YB: ele muda de setor, aí ele é privilegiado ainda, porque a mudança de setor acaba...como ele é um cara que dá trabalho vão por ele num lugar tranquilo, daí falam “Ah vamos por ele só nos dias de semana porque nos finais de semana ele vai faltar”. Então as regras são outras, eu falo assim, aqui eu passo assim “Olha está quebrando uma barreira de isolamento”... daí falam “Ah pelo amor de Deus vai fazer outra coisa, não tem o que fazer não?”

YA: Até isso!

YB: e daí se você fala em um hospital privado, “Ah desculpe-me eu esqueci que esse paciente está em precaução”. Até a abordagem é outra. Eu falo assim... tinha um funcionário que trabalhava nesse hospital que eu trabalhava, funcionário privado e ele trabalhava aqui também, e eu trabalhei nos dois simultaneamente. E lá ele era um dos melhores funcionários que eu tinha na UTI. Alta adesão, super dedicado, eu só conheci aquele...quando eu vim trabalhava aqui e ele era o pior funcionário que eu tinha. Então essa questão da segurança que o emprego público dá, no meu ponto de vista, é muito prejudicial essa questão.. é claro que tem pessoas que vão ser bastante envolvidas ou pouco envolvidas em qualquer lugar, acho que isso põe em dúvida a pessoa. Acho até que quem faz isso, é duas pessoas, tem dois comportamentos diferentes, isso fala a favor de uma pessoa que não tem boa índole. Acho que a gente tem três grupos de pessoas, as pessoas que são envolvidas porque acreditam e porque querem e estão ali porque querem fazer o melhor para o paciente. Tem o grupo que está ali, ele está meio indeciso, se ele pende para um lado ou pende para o outro. E, é claro, tem aquele lá que só vai ganhar o salário. E daí esse grupo que está ali para trabalhar e para ganhar o

salário e não se envolve muito, ele está no privado ele precisa do dinheiro, então esse grupo acaba aderindo por bem ou por mal, no caso pela necessidade. Quando ele está no hospital público ele já tem uma segurança, ele vai continuar ali. Então que vai direcionando nesse sentido.

Pesquisadora: Na questão isto da adesão profissional com relação ao tipo de instituição, mas na investigação de surto propriamente dita, vocês também conseguem ver essa mesma diferença do comportamento profissional tanto para as dificuldades de manejo de surto e enfim... acontece do mesmo jeito. Existe essa diferença?

YA: Mas você fala exatamente o quê?

Pesquisadora: Para o manejo do surto, conduzir o surto.. existe diferença nos passos que eu tenho que seguir, nos modos operantes eu tenho as mesmas dificuldades entre um particular e um público? Dependendo dessa coisa da gestão.

YA: acho que é a mesma questão, talvez eu nunca passei por uma questão de recursos, eu estou colocando exemplos aqui. Talvez de bactéria multirresistente por falta de avental suficiente. Em hospital privado você fala assim "Olha eu preciso de mil aventais hoje. Você quer interromper esse surto? Então eu preciso de mil aventais". Ele consegue ligar numa cirúrgica e comprar mil aventais hoje, mas se hoje dentro do HC, que é público, eu precisar de mil aventais, ele não consegue numa ligação comprar mil aventais hoje. Tem uma questão burocrática, por mais que exista uma vontade da instituição para algumas situações existe uma limitação. Acho que talvez uma outra coisa que faça diferença para instituição pública como privada tem uma diferença... isso que eu vou falar é um pouco triste, mas é verdade, habitualmente a população que vem para o hospital público ela é menos favorecida e menos esclarecida. Num hospital privado é um pouco melhor favorecida e ela se sente um pouco mais no direito de reclamar e então se alguém falar para ela que ela pegou uma infecção. Você adquirir uma infecção é uma preocupação muito grande para um hospital privado. Explicar que ele teve uma mediastinite por *Acinetobacter* multirresistente e que ele vai ter que tomar uma medicação que pode destruir os rins dele. Você fala para um paciente de hospital público ele entende que é mais uma desgraça que aconteceu na vida dele e no privado ele entende que alguma coisa foi feita errada com ele. Então eu acho que essa abordagem traz um pouco essa preocupação e talvez os profissionais se preocupem porque hoje existe um medo de ele começar a se sentir responsabilizado. Hoje no Brasil ainda não existe isso, mas, por exemplo, nos Estados Unidos tem instituições se tem uma infecção urinária associada a cateter vesical as fontes pagadoras não pagam por aquela internação, porque elas entendem que aquilo é uma infecção evitável. Infecção do sítio cirúrgico eles entendem que é evitável, é uma coisa meio maluca e daí eles mudaram as regras de pagamento. Isso é uma coisa que está muito longe de acontecer no Brasil, mas acho que esse perfil começa que o hospital e o privado...porque o cirurgião no hospital público que infecta cirurgia ele não acha bom, mas pensa "Ah aconteceu", no privado é um paciente dele que infectou "Opa". Então nessa situação talvez os profissionais se sintam mais responsabilizados e um pouco mais preocupados. É meio triste dizer, mas acho que essa diferença existe.

YD: tudo volta pra o que eu falei enquanto não virar para o pessoal fica difícil as pessoas e a gente acaba passando a achar normal, por exemplo, eu trabalho na infecto lá sou residente tem hora que a gente esquece mesmo. Eu vejo quando a gente pede interconsulta, por exemplo, que é um setor que não tem contato nenhum praticamente, eles ficam loucos, porque que eu tenho colocar capote e se deixar eles querem colocar dez aventais para entrar lá dentro, por medo.

YA: mas na investigação de surto, eu acho que não tem diferença, talvez no controle tenha algumas limitações.

YC: eu tive uma experiência de trabalhar num hospital particular, particular e público, eu atendia as duas populações, era público só que eu atendia paciente particular. E numa cidade menor, num hospital pequeno a dificuldade que eu tinha no controle de infecção lá é meio uma questão mesmo de coronelismo. Os pacientes são meus, isso aqui é meu, eu faço do jeito que eu quiser. As pessoas não estavam preocupadas em mudanças de hábito. Aqueles cirurgiões de trinta anos operando e que não aceitavam mudanças, não faziam, não aderiam, de maneira alguma nenhum tipo de mudança no processo poderia ser sugerida pela CCIH ou pela instituição, e a instituição por sua vez não tinha força para fazer com que ele aderisse, porque ele falava, eu não opero mais aqui..daí a instituição perdia dinheiro. Então eu acho que isso pode atrapalhar também.

YB: Acho que a Dr YA colocou muito bem essa questão tanto da orientação dos pacientes, dos hospitais privados, como a questão do médico, que você acha que ele é o dono. No hospital privado ele é daquele médico, no hospital público se você chegar aqui e perguntar "Quem te operou?" "Ah hoje veio fulano, amanhã veio beltrano, depois de amanhã veio ciclano aqui..."Mas quem fez a cirurgia?" "Não sei.". Então é essa questão de que "Quem operou você?" "Ah foi o Dr João." Então é diferente né, é o nome do profissional e eu acho que isso faz toda a diferença, em relação a investigação eu concordo com o que a Dr YA falou. A gente investiga acho que geralmente o

profissional da CCIH tem assim todos os fatores e investiga da mesma maneira, mas para conduzir eu acho que é bastante diferente também, por essa questão básica financeira que é a questão da burocracia no hospital público é muito grande, então para você conseguir adquirir material é bastante difícil. Sem contar que eu nunca trabalhei num hospital privado grande, então assim de grande porte, o hospital privado que eu trabalhava tinha um porte menor, então eu também não sei se esse é um fator que influencia, mas nesse hospital privado a gente tinha uma proximidade muito grande, uma facilidade para mudar e comprar e resolver o surto que a gente não vê num hospital do porte desse. O que a doutora falou de que a administração apoiar a CCIH é muito importante a gente até sente isso da administração desse hospital, eu acho que eles apoiam bastante a gente. Todos os surtos que a gente tem e coloca o problema para eles, eles tentam buscar soluções, mas as soluções não são rápidas, elas não conseguem acontecer. Então a gente teve que problema com número de funcionários, teoricamente é fácil, mas daí tem que fazer o concurso, mas eu não posso fazer o concurso porque é ano eleitoral, então não dá para ser concurso, só vai sair o concurso daqui não sei quanto tempo. Ah então vamos remanejar o funcionário de outro setor, mas daí você tira de outro lugar e o surto muda de lugar. No hospital privado não, faltou gente contrata amanhã. Então essa questão burocrática é muito diferente realmente. Realmente em todos os sentidos.

Pesquisadora: normalmente a pergunta que eu faço antes dessa são os fatores que ajudam na investigação de surto, só que a gente só se lembra mais do que complica. Mas eu gostaria que vocês tentassem lembrar dentro dessas experiências que vocês comentaram se teve algum fator, algum elemento que foi positivo para ajudar a investigar o surto, o que vocês encontram como suporte dentro da instituição que vocês trabalham ou trabalhavam que fazem a diferença para vocês conseguirem de fato a conduzir uma investigação de surto. Vocês conseguem enxergar? Eu sei que a gente falou muito das dificuldades, mas tem algum fator que facilita?

YA: um bom laboratório de microbiologia, número um, eu sei que vocês tem (para YB), eu uso o de vocês, RISOS. Isso é uma coisa importante, acho que as equipes eu trabalho hoje num hospital menor que a equipe médica é muito envolvida então eles vão muitas vezes, a própria equipe também nota que algo estranho está acontecendo, a enfermagem, então você tem uma equipe envolvida que está atenta ao que está acontecendo é importante e acho que o terceiro que importante é uma diretoria que te apoia, que numa situação que você tem que fazer mudanças, mesmo que isso gere algum custo eles entendem que aquilo é importante. O hospital que eu trabalho eu tenho muita felicidade nisso, não teve nenhuma situação, recentemente eu quis mudar uma conduta de antibiótico que ofereceu um custo muito maior. Eles me perguntaram assim "Vai ser melhor?" eu respondi "Vai ser melhor, mas vai ser mais caro." E ela me perguntou "Vai ser melhor" .. "Vai"... "Então ok". Então assim talvez isso não seja uma realidade, mas é uma felicidade que eu tenho.

YB: eu acho que ela já colocou os três pilares fundamentais, acho que é isso... facilitador para qualquer, eu acho que tem as duas diferenças também, na investigação e na condução do surto. Para conduzir com certeza a apoio da equipe o envolvimento, realmente eles entenderem que aquilo é importante e eles estarem junto com você para conduzir isso, porque ninguém conduz surto sozinho, a CCIH não consegue controlar um surto sem a ajuda de todos os profissionais. Agora na investigação a gente ainda tem poucos recursos para investigar do que em relação assim a assessoria de conhecimento talvez, então muitas vezes fica voltado para aquele profissional de controle de infecção, então ele que tem que pensar no que pode estar acontecendo. Aqui no hospital, que eu trabalhei em dois, no hospital que eu trabalhava que era pequeno era eu e o médico, então a gente, nós dois, tínhamos que quebrar a cabeça e tentar ver o que podia estar acontecendo que estava levando aquilo surto. Aqui a gente já tem uma equipe maior, então são quatro médicos e quatro enfermeiros, isso eu vejo que é um fator facilitador, quando você consegue discutir várias possibilidades, com outros profissionais que já viveram situações diferentes, pode ser que pode ser da mesma equipe ou até outra equipe e daí talvez você pode ligar para um outro hospital e perguntar "Você já viveu isso também?" "Você já passou por isso?", eu acho que essa investigação de profissionais é muito rica na investigação do surto.

YA: ter acesso a literatura, porque a gente tem acesso grande à literatura....

YB: grande... a questão da literatura também é fundamental, recentemente teve uma enfermeira de uma outra comissão de um hospital menor que estava vivendo um surto de endoftalmite e ela falou que estava com o surto há algum tempo e ela não conseguia descobrir o que foi. E ela ligou aqui e a gente tinha vivido uma situação parecida, então assim eu acho que é bastante importante esta troca de informações na investigação do surto e também na condução, porque eu acho que as coisas acabam se sobrepondo. A importância de você conseguir discutir com outras pessoas porque muitas vezes é difícil você pensar em tudo que pode ... como a gente falou desde o começo, como é multifatorial você tem muitas coisas para pensar, a pessoa às vezes é muito limitada para pensar em tudo, por mais experiência que ela tenha nesse serviço eu acho que quanto mais gente agrega. A

gente é sempre um eterno aprendizado, eu acho que a gente aprende diariamente. E assim uma vigilância, um serviço de vigilância sanitária efetivo eu acho que é um ponto importante. Aqui no município a gente tem um Comitê Municipal de Vigilância Sanitária, que era para ter sido hoje. Então assim eu acho que isso também fortalece muito as comissões que a gente sente tanto assim, a gente acaba conhecendo todos os profissionais dentro do município então facilita o vínculo, facilita a comunicação e conhecimento e a gente trocar informações entre pessoas que vivem os mesmos problemas. Eu acho que esse Comitê facilita muito, tanto na investigação, como na condução de surtos por conta de entraves. A vigilância presente eu acho importante tanto pela questão de dar diretrizes, de ajudar a gente, como também é um órgão que impõe um certo respeito, então a partir do momento.. “Ah não a vigilância mandou fazer isso” então também põe uma obrigatoriedade um pouco maior.

Pesquisadora: essa questão do que facilita e o que dificulta eu acho que esgotou. Agora eu queria migrar para outra questão que é a questão mais complicada. Eu queria saber de vocês se algum de vocês já teve experiências de notificar um surto? Como foi essa experiência de notificar um surto para a vigilância epidemiológica, ou seja, para a autoridade sanitária? E que fatores vocês acham que influencia a adesão à notificação de surto para a vigilância? O que pode influenciar aí nessa notificação.

YB: Eu já notifiquei no de vírus sincicial a gente fez a notificação, mas eu acho que tudo que a gente falou até agora é o que como fator dificultador de identificação do surto, eu acho que é o fator dificultador para notificar um surto. A gente tem muita dificuldade em dizer que realmente aquilo é um surto, eu acho que essa é a principal dificuldade e é o que nos faz muitas vezes deixar de notificar porque a gente não tem certeza. Então como a gente não tem confirmação de que é a mesma cepa, como a gente vai afirmar que realmente é o mesmo microrganismo que está sendo transmitido de um paciente para o outro? A gente faz as ações, mas a gente acaba restringindo essa questão da notificação por não ter certeza mesmo. Nos casos que a gente, por exemplo, o vírus sincicial, que a gente viveu e que tem certa certeza eu acho que fica mais fácil de fazer a notificação. Eu acho que o que bloqueia muitas vezes é essa certeza, porque do ponto de vista dos casos, no Estado de São Paulo, a gente tem o Centro de Vigilância Epidemiológica, que já tem essas planilhas de notificação, então todas as infecções das unidades críticas. As infecções de cateter, as pneumonias e as infecções urinárias, então acho que não existe um receio da instituição, das comissões de controle de casos porque a gente já faz isso. Eu acho que o receio maior é de não conseguir fechar que aquilo realmente é um surto.

YA: Eu trabalho há muito tempo em CCIH, fiquei muitos anos sem trabalhar e voltei agora há pouco tempo. Eu te juro que nesse surto que a gente viveu, eu trabalhava com outra médica e eu não sei te responder se a gente notificou ou não. Eu voltei a trabalhar há pouco tempo, mas eu digo assim que dentro do nosso serviço hoje, por ser um hospital público feito com gestão privada a gente tem que mandar relatórios mensais de tudo que a gente faz nomes e depois um relatório anual. Eu sei que isso vai para a Secretaria de Estado e eu sei que no ano passado antes de eu entrar nesse hospital eles tiveram um pequeno surto de *Acinetobacter*, uma coisa grande, mas isso foi para os relatórios, mas então assim eu nunca vi nenhum empecilho e nem problema e nem por parte da instituição que a gente não pudesse notificar ou acobertar, nunca existiu isso. Então particularmente.

YB: Quando é um surto a gente faz a notificação... o último surto de *Acinetobacter* no CTI, a gente chamou de surto e eu até liguei para YABCD, que é da vigilância epidemiológica, e perguntei “YABCD eu faço a notificação do *Acinetobacter* porque aumentou o número de casos?”. A gente optou por não fazer a notificação, ela falou assim “Vai na taxa e computa” eram pneumonias e iam aparecer, só que a gente não tinha certeza, eu não consegui dizer que aquelas cepas eram dali e que eram as mesmas cepas, foram casos que pipocaram em um espaço de tempo não tão junto, nem tão concentrado. Os casos eram espaçados e não dava para dizer “Não realmente”. Tinha paciente que não tinha ocupado o mesmo espaço na mesma época. É bastante limitante e realmente dizer que é um surto. A gente toma todas as ações e investiga tudo como se fosse, mas não consegue afirmar que é um surto. Então eu tenho o costume de fazer as notificações porque a gente não tem o que esconder. A gente já faz essa divulgação dessas infecções e das nossas taxas, a gente manda com frequência essas taxas para a vigilância e inclusive os resultados das culturas são pedidas na planilha, o resultado das hemoculturas. Então assim a gente não tem o que esconder.

YA: além de que todas as hemoculturas positivas têm que fazer uma descrição de caso.

YB: de caso... eu acho que isso já acontece, a gente tem até uma parceria muito boa com a vigilância sanitária. A gente senta, eles vêm ao hospital, a gente faz visita técnica juntos. A gente manda as nossas [visita técnica] e eles mandam as deles. Então eu acho que a gente não tem o que esconder. A gente só não tem como dizer que aquilo foi um surto.

Pesquisadora: do que eu consegui ver...agora tenho que organizar o raciocínio... com relação as dificuldades para o manejo do surto eu acho que o que foi bastante comentado eu acho que essa dificuldade de dizer que aquilo é um surto ou não. Vocês voltaram muitas vezes para essa questão e uma vez que vocês acham que é um surto como vocês vão ter certeza, essa questão de ter esse apoio de ter certeza de que aquilo é um surto. Acho que isso ainda está falho como vocês mencionaram bastante. Uma outra coisa que foi bastante trabalhada foi o custo, não só o custo local de gastos locais mas alguma do custo que você envolve a investigação de coisas que são mais amplas e ligadas a legislação..que são fatores que dificultam, principalmente me relação a processamento de materiais quando envolve o surto com o uso de dispositivo reprocessável. Acho que outro ponto que foi bastante discutido foi a mudança de comportamento, essa questão de como mudar o comportamento, como conscientizar os funcionários e como manter o tônus. Parece que é uma limitação muito grande “Como vamos manter o tônus numa investigação de surto?” Como controlar e continuar a manter o tônus parece que é um ponto bastante difícil. Tem outras questões talvez menos faladas que eu fui marcando quantas vezes vocês foram falando e foram muitas vezes. A questão da estrutura física também apareceu como ponto importante e o numero de funcionários que é da estrutura de recursos humanos, que daria um suporte para controle desse surto. A falta de diretrizes que nos ajudem a fazer as ações de controle de infecção com mais facilidade, que a gente tenha um suporte legal que nos ampare a fazer algumas ações que às vezes encontra uma dificuldade para implantar. O apoio institucional que ao que parece todos encontraram um grande apoio institucional, não tiveram grandes problemas com o apoio institucional, seja ele no nível de chefia imediata...claro que alguns por um perfil particular de envolvimento maior, mas de modo geral não foi um grande problema. Com relação aos pontos positivos acho que pega de novo, por conta da definição, ficou como ponto positivo que poderia muito ajudar na investigação de surto é a questão do laboratório de micro, que é um ponto bastante comentado, não só nesse grupo, mas em outros também é o envolvimento lá que entra como ponto negativo e positivo. A questão do acesso à literatura, não apareceu no negativo, mas depois entrou como positivo. Por esse motivo é importante é fazer uma questão como ponto positivo, porque às vezes a gente se apega muito ponto negativo e esquece o que é positivo. O acesso a literatura que parecer que todos aqui tem acesso, mas nem sempre isso é uma realidade do local e as grandes diferenças entre o público e o privado, porque no início parece que não há diferença, mas ao longo do tempo vocês falaram inúmeras diferenças entre o público e o privado. As questões burocráticas, o acesso aos materiais, a questão do nível sócio-econômico, que impacta bastante até mesmo o envolvimento profissional dependendo do tipo de instituição que ele está. Então isso é algo que divide entre o que é positivo e negativo dependendo da instituição onde você está. E com relação à notificação de surto ao que parece não existem grandes dificuldades, não existem barreiras para notificar o surto, mas na verdade existe um receio de fato notificar, porque nem sempre eu tenho certeza de que é um surto de fato para notificar, eu não vou notificar uma coisa que de repente nem é um surto...e depois fica essa problemática. E o envolvimento bastante grande com a vigilância sanitária, que é um fator que favorece, porque esse vínculo que é muito bom e forte, e isso favorece a notificação. Esqueci de alguma coisa? Alguém quer complementar alguma coisa? Então podemos encerrar essa sessão.

ANEXO 1 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Identificação das limitações na investigação e notificação de surtos de infecções relacionadas à assistência à saúde entre os profissionais de controle de infecção hospitalar do Estado de São Paulo: uma abordagem de métodos mistos.

Pesquisador: Amanda Luiz Pires Maciel

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 26813214.3.0000.5392

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da USP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 561.819

Data da Relatoria: 18/03/2014

Apresentação do Projeto:

Este estudo propõe-se a analisar as limitações para realização de investigação e notificação de surtos de infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS), entre os profissionais de controle de IRAS do São Paulo e tem como finalidade a dissertação de Mestrado de Amanda Luiz Pires Maciel, sob orientação da Professora Doutora Maria Clara Padoveze. Trata-se de pesquisa com métodos mistos com desenho convergente paralelo. A abordagem quantitativa será realizada por meio de aplicação de questionários. O questionário será previamente construído e validado pela técnica Delphi e, posteriormente, convertido para formato eletrônico com a ferramenta FORMSUS. Os participantes receberão por e-mail o endereço eletrônico do instrumento. Os dados serão analisados por meio de estatística descritiva e inferencial. A abordagem qualitativa será realizada por meio de grupos focais. Serão realizadas no máximo seis sessões, com composição de, no mínimo quatro e no máximo dez participantes. As sessões ocorrerão nas cidades de São Paulo, Campinas e Ribeirão Preto. O tratamento dos dados será realizado com a técnica de análise de conteúdo. Os dados quantitativos e qualitativos serão fundidos com uso da estratégia de comparação dos resultados lado a lado, para tanto, os dados serão apresentados em uma discussão ou em uma tabela resumida, com intuito de facilitar a comparação dos dados.

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 05.403-000

UF: SP

Município: SÃO PAULO

Telefone: (11)3061-7548

Fax: (11)3061-7548

E-mail: edipesq@usp.br

Continuação do Parecer: 561.819

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- Analisar as limitações para realização de investigação e notificação de surtos de IRAS, entre os profissionais de controle de IRAS do Estado de São Paulo.

Objetivo Secundário:

- Identificar quais são as limitações mais frequentemente enfrentadas pelos profissionais de controle de IRAS durante a condução da investigação de surto;
- Identificar os principais fatores que influenciam na adesão dos profissionais de controle de IRAS à notificação do evento às autoridades sanitárias;
- Explorar, segundo a percepção dos profissionais de controle de IRAS, quais são as limitações para investigação de surto de IRAS;
- Explorar, segundo a percepção do profissional de controle de IRAS, quais são as restrições para notificação do evento às autoridades sanitárias.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A proponente explicita que o riscos são de exposição da opinião do profissional sobre a instituição que tem ou teve vínculo empregatício sobre as dificuldades em investigar surto e as limitações para a realização da notificação do evento.

Benefícios:

Os resultados dessa pesquisa poderão subsidiar intervenções que potencializem o manejo de surtos de IRAS e a notificação dos eventos nas instituições hospitalares do Estado de São Paulo.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto é relevante e trará contribuições científicas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A proponente apresenta três Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O TCLE para a Técnica Delphi apresenta objetivo de estudo divergente do estabelecido no projeto de pesquisa sendo a elaboração de um instrumento apenas parte do trabalho que visa a alcançar o objetivo proposto no estudo. O TCLE que será utilizado para o questionário on line formsus e para o grupo focal estão em conformidade com a Resolução 466/12.

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Bairro: Cerqueira Cesar CEP: 05.403-000
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)3061-7548 Fax: (11)3061-7548 E-mail: edipesq@usp.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO
PAULO - EEUSP

Continuação do Parecer: 561.819

Recomendações:

- Os especialistas para a Técnica Delphi não necessitam de TCLE. No entanto, caso o pesquisador queira utilizar o TCLE para esses especialistas, recomenda-se a correção do objetivo do estudo apresentado no termo, pois ainda diverge do estabelecido no projeto de pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A proponente esclareceu que para a obtenção da relação de e-mails de profissionais integrantes da Associação Paulista de Profissionais de Controle de Infecção Hospitalar (APECIH) será solicitada à diretoria da associação a máscara de e-mails do profissionais.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

A aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da EEUSP não substitui a autorização da instituição co-parceira para o início da pesquisa.

Reitera-se a necessidade de registro dos relatórios, parcial e final, na Plataforma Brasil.

SAO PAULO, 19 de Março de 2014

Assinador por:

Ruth Natalia Teresa Turrini
(Coordenador)

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 05.403-000

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3061-7548

Fax: (11)3061-7548

E-mail: edlpesq@usp.br