



Alessandra Reinato Wolff

**A Interface do Controle de Infecção Hospitalar e a
Atenção Básica: buscando a integralidade do
cuidado**

**Campinas
2014**



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

Faculdade de Ciências Médicas

Alessandra Reinato Wolff

A Interface do Controle de Infecção Hospitalar e a Atenção de Básica: buscando a integralidade do cuidado

Orientadora: Profa. Dra. Luciane Maria Pezzato

Coorientador: Prof. Dr. Flávio Cesar de Sá

Dissertação de Mestrado Profissional apresentada ao Programa de Saúde Coletiva, Política e Gestão em Saúde da Faculdade de Ciências Médicas – Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP – para a obtenção do Título de Mestra em Saúde Coletiva na área de concentração Política, Gestão e Planejamento

Este exemplar corresponde à versão final da dissertação defendida pela aluna Alessandra Reinato Wolff e orientada pela **Profa. Dra. Luciane Maria Pezzato** e coorientação do **Prof. Dr. Flávio Cesar de Sá**.

**Campinas
2014**

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas
Maristella Soares dos Santos - CRB 8/8402

W832i Wolff, Alessandra Reinato, 1972-
A interface do controle de infecção hospitalar e a atenção básica : buscando a integralidade do cuidado / Alessandra Reinato Wolff. – Campinas, SP : [s.n.], 2014.

Orientador: Luciane Maria Pezzato.

Coorientador: Flávio César de Sá.

Dissertação (mestrado profissional) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Infecção hospitalar. 2. Atenção primária a saúde. 3. Serviços de saúde. 4. Análise institucional. I. Pezzato, Luciane Maria. II. Sá, Flávio César de, 1957-. III. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. IV. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em outro idioma: The relationship of hospital the infection control and primary care : seeking comprehensive care

Palavras-chave em inglês:

Hospital infection

Primary health care

Health services

Institutional analysis

Área de concentração: Política, Planejamento e Gestão em Saúde

Titulação: Mestra em Saúde Coletiva

Banca examinadora:

Luciane Maria Pezzato [Orientador]

Núncio Antônio Araújo Sól

Maria Filomena de Gouveia Vilela

Data de defesa: 22-08-2014

Programa de Pós-Graduação: Saúde Coletiva

BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE MESTRADO

ALESSANDRA REINATO WOLFF

Orientador (a) PROF(A). DR(A). LUCIANE MARIA PEZZATO

MEMBROS:

1. PROF(A). DR(A). LUCIANE MARIA PEZZATO



2. PROF(A). DR(A). NÚNCIO ANTÔNIO ARAÚJO SÓL



3. PROF(A). DR(A). MARIA FILOMENA DE GOUVEIA VILELA



Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva: Políticas e Gestão em Saúde da
Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas

Data: 22 de agosto de 2014

Dedico este trabalho...

***Dedico este trabalho a todos os profissionais
de saúde que buscam no seu dia-a-dia
garantir a Integralidade do cuidado na gestão
por um SUS melhor!***

"Cada pessoa que passa em nossa vida, passa sozinha, é porque cada pessoa é única e nenhuma substitui a outra! Cada pessoa que passa em nossa vida passa sozinha e não nos deixa só porque deixa um pouco de si e leva um pouquinho de nós. Essa é a mais bela responsabilidade da vida e a prova de que as pessoas não se encontram por acaso."

Charles Chaplin

Agradecimentos

Agradeço a Deus, Senhor e autor da vida, por me conceder a Graça de viver e poder aprender e a superar novos desafios.

Aos meus familiares pelo apoio e incentivo, apesar da distância.

A minha mãe (saudades eternas), por me dar a vida e guiar meus primeiros passos no caminho do aprendizado.

Ao meu filho Gabriel por estar sempre me desafiando nas habilidades maternas e a compreender minha ausência.

Ao meu esposo Ronald, pelo apoio, compreensão em todos os momentos deste trabalho.

*A Prof^a Dra **Luciane Maria Pezzato**, orientadora desta pesquisa, pelos ensinamentos, sugestões, incentivo, pois sem tudo isso eu não teria conseguido.*

*Ao **Dr. Flávio César de Sá** pelas contribuições **neste trabalho**.*

*À Prof^a Dra **Solange L'Abbate** pelas contribuições em todo o processo desta pesquisa.*

*A Prof^a Dra **Filomena Vilela** pelos muitos ensinamentos proporcionados e pelas contribuições a este estudo.*

Aos professores Carlos Emilio Levy e Ivete Bredda Saad por participarem como suplentes na banca de qualificação.

*Ao Núcleo de Saúde Pública do Hospital Estadual Sumaré e Controle de Infecção Hospitalar de modo especial, **June Barreiros Freire, Juliana Herrera, Juliana Paduan**, Arthur José de Souza Colucci, Carolina Carvalho Ribeiro do Valle, **Maria Helena Postal Pavan e André Gonçalves**, pelo apoio e contribuições no desenvolvimento da pesquisa.*

Aos profissionais dos municípios participantes que estiveram abertos a participar deste projeto: Livia, Natália, Márcia, Elmícia, Paula, Iraci, Marcella e Priscila.

Aos amigos próximos e distantes que emanaram pensamentos positivos e me incentivaram ao longo desta caminhada!

Ao grupo de estudos de Análise Institucional e Saúde Coletiva do Departamento de Saúde Coletiva da FCM-UNICAMP, coordenado pela Prof^a Dra Solange L'Abbate, pelas contribuições e aprendizado.

Muito Obrigada a todos!

Sumário

<i>Símbolos, Siglas e Abreviaturas.....</i>	<i>xv</i>
<i>Resumo</i>	<i>xvii</i>
<i>Abstract.....</i>	<i>xix</i>
<i>Lista de Tabelas.....</i>	<i>xxi</i>
<i>Lista de Figuras.....</i>	<i>xxiii</i>
<i>Minhas Implicações sobre o tema</i>	<i>1</i>
<i>O Caminho desta Pesquisa</i>	<i>7</i>
<i>Objetivos</i>	<i>11</i>
Objetivo Geral	11
Objetivos Específicos.....	11
<i>Capítulo 1. As Bases Teóricas do Controle de Infecção Relacionada à Assistência em Saúde</i>	<i>13</i>
1.1. Contexto das infecções relacionadas à assistência em saúde no mundo.....	13
1.2. A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar	18
1.3 Medidas de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência em Saúde.....	21
1.3.1 Higienização das Mãos	21
1.3.2. Prevenção de Infecção Urinária	22
1.3.3. Prevenção de Infecção de Corrente Sanguínea	24
1.3.4. Prevenção de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica - PAV	26
1.4. A Resistência Bacteriana	30
<i>Capítulo 2. Sobre a Integralidade e a Transferência do Cuidado.....</i>	<i>35</i>
2.2. Referência e Contrarreferência.....	49
<i>Capítulo 3. O Cenário da Pesquisa – O Hospital Estadual Sumaré e os Municípios de seu Entorno.....</i>	<i>51</i>
<i>Capítulo 4. O Método para Trilhar o Caminho</i>	<i>59</i>

4.1. Os Encontros	64
4.1.1. Fase Pré-capacitação, questões trabalhadas no Primeiro Encontro	68
4.1.2 Fase da Capacitação, questões trabalhadas no Segundo Encontro	75
4.1.3. O Terceiro Encontro – A Restituição	78
4.1.4. Entrevistas com os Gestores do Núcleo de Saúde Pública do Hospital Estadual Sumaré	80
Capítulo 5. A Caminhada vai Chegando ao Fim.....	91
Referências Bibliográficas.....	95
Anexos	103
Anexo 1: Parecer Consubstanciado do CEP	103
Anexo 2: Declaração do Hospital Estadual Sumaré - HES	107
Anexo 3: Levantamento de Questões Pré-Capacitação.....	108
Anexo 4: Apostila da Capacitação	109
Anexo 5: Questionário Pós Capacitação	1144
Anexo 6: Questões da Entrevista com Gestores do NSP	115

Símbolos, Siglas e Abreviaturas

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APECIH	Associação Paulista de Estudos e Controle de Infecção Hospitalar
CCHSA	Canadian Council for Health Services Accreditation
CCIH	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
CDC	Centers Disease Control and Prevention
COAP	Contrato de Organização Pública
CVC	Cateter Venoso Central
CVE	Centro de Vigilância Epidemiológica do Estado de São Paulo
DRS	Departamento Regional de Saúde
EPI	Equipamento de Proteção Individual
ESF	Estratégia Saúde da Família
HES	Hospital Estadual Sumaré
HM	Higienização das Mãos
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICS	Infecção de Corrente Sanguínea
ICS	Infecção de Corrente Sanguínea
IH	Infecção Hospitalar
IHI	Institute Health Improvement
IRAS	Infecção Relacionada à Assistência em Saúde
ITU	Infecção do Trato Urinário
MR	Microrganismo Multirresistente
NOAS	Norma Operativa da Atenção Básica

NSP	Núcleo de Saúde Pública
ONA	Organização Nacional de Acreditação
PAV	Pneumonia associada à Ventilação Mecânica
PCIH	Programa de Controle de Infecção Hospitalar
PSF	Programa Estratégia da Família
SAD	Serviço de Atendimento Domiciliar
SCIH	Serviço de Controle de Infecção Hospitalar
SUS	Sistema Único de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
WHO	World Health Organization

Resumo

Esta pesquisa tem como objetivo conhecer e refletir sobre a transferência do cuidado a pacientes portadores de Microrganismo Multirresistentes- MR que recebem alta hospitalar do Hospital Estadual Sumaré-SP, a fim de propor estratégias para qualificar o sistema de referência e contra referência, buscando a integralidade do cuidado. Para isso buscou-se um diálogo entre o enfermeiro do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar do Hospital Estadual Sumaré- HES com os profissionais das Unidades Básicas de Saúde da microrregião. Para a consecução dos objetivos propostos julgou-se pertinente à adoção de uma estratégia metodológica qualitativa em que se organizaram dois encontros presenciais, sendo que no primeiro utilizou-se um questionário autoaplicável no qual se procurou conhecer como as secretarias municipais de saúde dos municípios da microrregião de saúde do HES estavam estruturadas para receber os pacientes com alta hospitalar portadores de Microrganismos Multirresistentes, bem como se os profissionais responsáveis recebiam estas informações na alta hospitalar e estavam capacitados a respeito da transmissão cruzada destes microrganismos. No segundo encontro, a partir das necessidades apontadas pelos participantes do encontro anterior realizou-se uma capacitação sobre esta temática. As legislações vigentes pontuam ações preventivas no âmbito hospitalar. Nas diretrizes da OMS desde 2004 há um direcionamento global, ou seja, todas as unidades prestadoras de saúde devem realizar ações de prevenção. Conceitos da Análise Institucional foram utilizados para análise do material produzido nos encontros, bem como das entrevistas.

Os resultados alcançados foram a melhoria no relatório de alta do Hospital Estadual Sumaré, uma capacitação para os municípios participantes sobre medidas de prevenção de infecção cruzada e parceria com os gestores do Núcleo de Saúde Pública para futuras abordagens dos municípios não participantes deste trabalho.

Palavras-Chave: Infecção Hospitalar; Atenção Primária a Saúde; Serviços de Saúde, Análise Institucional.

Abstract

This research aims to understand and reflect on the transfer of care to patients with multidrug-resistant microorganism-MR who are discharged from the State Hospital Sumaré-SP in order to propose strategies to qualify the reference and counter reference, seeking wholeness care. For this we sought a dialogue between nurse Control Service of Hospital Infection Sumaré-HES State Hospital with professionals of Basic Health Units microregion. To achieve the proposed objectives was deemed pertinent to the adoption of a qualitative methodological strategy in which organized two physical meetings, the first of which used a self-administered questionnaire in which we sought to know how the municipal health of municipalities of micro health HES were structured to receive patients with hospital patients with multiresistant microorganisms, as well as the professionals responsible for receiving this information at discharge and were trained about the cross-transmission of microorganisms. At the second meeting, based on the needs identified by the participants of the previous meeting was held a training course on this subject. Existing laws punctuate preventive measures in hospitals. On WHO guidelines since 2004 there is an overall direction, ie, all providers of health units should develop preventive actions. Concepts of Institutional Analysis were used to analyze the material produced in the meetings and interviews. The results shows improvement in high Sumaré State Hospital, a training to municipalities participants on measures to prevent cross-infection and partnership with the managers of the Center for Public

Health for future approaches of the participating municipalities report of this work.

Keywords: Hospital Infection; Primary health care; Health services, Institucional Analysis

Lista de Tabelas

		Página
Tabela 1	Dados dos Municípios participantes / população e serviços	65

Lista de Figuras

		Página
Figura 1	Hospitais que notificam infecção hospitalar ao do Centro de Vigilância Epidemiológica 2004 a 2012 – Estado de São Paulo	15
Figura 2	Pneumonias Associadas a Ventilação Mecânica em UTI – CVE	16
Figura 3	5 Momentos para a Higienização das Mãos - OMS	22
Figura 4	Resumo dos guias de recomendação de Prevenção de Infecção do Trato Urinário relacionada a cateter vesical de curta duração	24
Figura 5	Fisiopatogenia da infecção de Corrente Sanguínea	26
Figura 6	Microrganismos associados à Pneumonia Associada a Ventilação	28
Figura 7	Mapa com os Municípios do Departamento Regional de Saúde da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo	52
Figura 8	Mapa com Internações por Especialidades da DRS VII de Janeiro/2006 a Fevereiro/2014 no Hospital Estadual Sumaré	53
Figura 9	Porcentagem de Atendimentos por Municípios Janeiro/2006 a Fevereiro/2014 no Hospital Estadual Sumaré	55

Minhas Implicações sobre o tema

A implicação é um nó de relações; não é “boa” (uso voluntarista) nem “má” (uso jurídico policlesco). A sobreimplicação, por sua vez, é ideologia normativa do sobretrabalho, gestora da necessidade do “implicar-se” (Lourau, 2004)

Iniciei meu caminho na área da saúde ao entrar na Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia de Jaú, motivada pelo trabalho em Oncologia do Hospital Amaral Carvalho.

Ao término de minha graduação tive a oportunidade de entrar no aprimoramento em Hematologia e Hemoterapia da Universidade Estadual Paulista “Julio de Mesquita Filho” em Botucatu, período de grandes desafios e aprendizados. Encerrando meu aprimoramento com um estágio na UNICAMP, no Centro de Transplante de Medula Óssea e Hemocentro. Graças a este estágio conheci o Centro Infantil “Dr. Domingos Boldrini”, onde atuei primeiramente como enfermeira.

Nos anos que se seguiram neste hospital de referência fui convidada e talvez desafiada pelo então presidente da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), Dr. Carlos Emilio Levy a integrar esta comissão, embora nesta ocasião eu pouco soubesse sobre a atuação do enfermeiro em CCIH.

Após este convite fiz parte da primeira turma de Gestão e Controle de Infecção Hospitalar, curso coordenado pelo Antônio Tadeu Fernandes, que havia editado um livro de grande importância sobre o assunto com renomados autores.

Após alguns anos exercendo minhas atividades no Centro Infantil “Dr. Domingos Boldrini”, chegou a hora de trilhar novos caminhos. Entrei em um hospital privado e passei a me deparar com dificuldades na desospitalização de pacientes portadores de microrganismos multirresistentes.

No serviço hospitalar privado o paciente é avaliado quanto aos dispositivos, uso de antibioticoterapia e outros fatores pelo serviço de **Home Care** e este processo é moroso, depende de relatórios do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar, avaliação clínica e de enfermagem pelo **Home Care**, ou seja, é uma etapa criteriosa da alta hospitalar.

Quando iniciei minhas atividades no Hospital Estadual Sumaré (HES), me deparei com algo novo e diria um tanto ousado. Um hospital do Sistema Único de Saúde (SUS), que possuía nível 1, 2 e 3 da Organização Nacional de Acreditação (ONA) e estava se preparando para a Acreditação Canadense, onde as discussões sobre qualidade e segurança do paciente era assunto discutido em todas as esferas da organização, um hospital vinculado a

UNICAMP, mas administrado por uma Organização Social (OS), através de contratos de gestão.

Observando a construção das relações do HES com os municípios através do papel do Núcleo de Saúde Pública (NSP), pude compreender que a qualidade no cuidado ao paciente se dá através de pactuações. A entrada do paciente neste hospital é via Central de Vagas, um sistema *online* de agendamentos, gerenciado pela Secretaria de Saúde do Governo do Estado de São Paulo: **CROSS:** Central de Regulação de Oferta de Serviços de Saúde.

Também percebi que em nenhum momento o Serviço de Controle de Infecção Hospitalar atuava na alta de pacientes portadores de Microrganismos Multirresistentes, pelo contrário, a atuação era de responsabilidade do Serviço Social do Hospital Estadual Sumaré com o município do paciente. Em alguns casos quando da necessidade de Oxigênio Domiciliar o Núcleo de Saúde Pública era acionado para atuar neste processo juntamente ao município de origem do paciente, pois este processo tem um custo muito alto.

Em março de 2012 tive a oportunidade de iniciar o Mestrado Profissional, através de uma grande incentivadora que buscava cada vez mais qualificar os serviços no Hospital Estadual Sumaré – Dra June Barreiros Freire.

Vi neste modelo de curso algo que despertou minha atenção e que abria outras possibilidades para poder “*sair*” da pesquisa quantitativa, muito praticada em minha área de formação e me aventurar na pesquisa qualitativa, pois acredito que este modo de pesquisar poderia responder minhas indagações.

Quando pensei neste trabalho quis compreender como é a continuidade da assistência prestada ao paciente portador de Microrganismo Multirresistente após a alta hospitalar e principalmente se a equipe das unidades básicas, Programa estratégia da Saúde da Família ou Assistência Domiciliar, “*pensam*” neste paciente e as ações que realizam para evitar a contaminação cruzada de outros pacientes atendidos por elas.

Foi neste universo que busquei alçar minha pesquisa!!

*"Mesmo quando tudo parece desabar, cabe
a mim decidir entre rir e chorar, ir ou
ficar, desistir ou lutar, porque descobri, no
caminho incerto da vida, que o mais
importante é decidir".*

Cora Coralina

O Caminho desta Pesquisa

O universo do cuidado de pacientes portadores de microrganismos Multirresistentes (MR) pela sua especificidade passa por vezes, despercebido, pois no trabalho cotidiano os profissionais de saúde buscam na medida do possível ser fiel às necessidades essenciais de cada caso e as necessidades dos pacientes, esquecendo-se, muitas vezes, que existe, em alguns casos, outros seres vivos imperceptíveis que podem causar dano à vida.

Observamos nas últimas décadas um avanço e uma busca em controlar os Microrganismos Multirresistentes, através do uso racional de antimicrobianos e pelas ações contidas no Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH), sempre ações voltadas ao ambiente hospitalar (1,2). Apesar deste trabalho estar centrado na atenção hospitalar, devemos salientar que algumas medidas de transmissão e seleção de microrganismos estão difundidas em toda a comunidade e o uso excessivo e indiscriminado de antibióticos ocorre em todas as ramificações assistenciais seja no setor privado, seja no público como: consultórios médicos, odontológicos e até mesmo por indicação leiga ou empírica, conforme afirmam Berquó et al.(3) (p.239).

A emergência de cepas microbianas com crescentes níveis de resistência aos antimicrobianos tem sido objeto de preocupação em todo o mundo. Entre as causas apontadas para o fenômeno, está o uso abusivo e indiscriminado de drogas antimicrobianas.

Dentre as medidas de prevenção de Infecção Relacionada à Assistência em Saúde (IRAS) a de maior destaque é a higienização das mãos e o papel das Comissões de Controle de Infecção Hospitalar é difundir esta prática entre os profissionais de saúde (4).

Este trabalho foi realizado no Hospital Estadual Sumaré (HES), um hospital de referência para a microrregião de Campinas. Abrange os municípios de: Sumaré, Santa Bárbara do Oeste, Hortolândia, Monte Mor, Nova Odessa e Americana. Estes municípios possuem pequenos hospitais, mas o atendimento de alta complexidade é referenciado ao HES através da Central de vagas.

Muitos pacientes após a realização de procedimentos e hospitalização acabam adquirindo Microrganismos Multirresistentes e se tornam colonizados por estes, necessitando de cuidados especiais (precauções/descolonização).

Para buscar respostas às questões colocadas neste trabalho, dividimos em cinco capítulos:

Capítulo 1

É apresentada a base teórica sobre infecção hospitalar, resistência bacteriana e as principais medidas de prevenção.

Capítulo 2

É abordada a transferência do cuidado, a integralidade e conceitos sobre o cuidado prestado.

Capítulo 3

É apresentado o cenário da pesquisa, o Hospital Estadual Sumaré. Sua importância e os principais municípios atendidos.

Capítulo 4

São apresentadas as bases metodológicas da pesquisa qualitativa utilizada neste trabalho, o cenário da pesquisa, a coleta de dados e a análise destes com a visão da Análise Institucional, o conceito da implicação e o diário de campo do pesquisador.

Capítulo 5 – É feita uma discussão entre o material produzido nos encontros e as entrevistas com o referencial teórico proposto. Também algumas considerações diante de uma temática tão rica de possibilidades em busca da integralidade do cuidado com ampliação das relações da atenção básica e o hospital.

Objetivos

Objetivo Geral

Conhecer e refletir sobre a transferência do cuidado a pacientes portadores de Microrganismo Multirresistentes que recebem alta hospitalar do Hospital Estadual de Sumaré-SP, a fim de propor estratégias para qualificar o sistema de contra transferência, buscando a integralidade do cuidado.

Objetivos Específicos

- Produzir uma reflexão em conjunto com os municípios da microrregião, sobre os cuidados na prevenção de infecção cruzada após a Assistência Hospitalar;
- Pactuar uma comunicação efetiva com a Atenção Básica, aprimorando a gestão do cuidado;
- Construir um protocolo conjunto entre o hospital e a Atenção Básica para melhorar a assistência a pacientes colonizados por Bactérias Multirresistentes.

Capítulo 1. As Bases Teóricas do Controle de Infecção Relacionada à Assistência em Saúde

1.1. Contexto das infecções relacionadas à assistência em saúde no mundo

Quando adentrarmos no contexto das infecções hospitalares não devemos nos esquecer dos pioneiros sobre este assunto: o médico obstetra Ignaz Philipp Semmelweis e a enfermeira Florence Nightingale. O primeiro desbravou uma luta solitária contra a febre puerperal que assolava os hospitais obstétricos, trazendo o luto às famílias. Assim, buscou convencer a cátedra médica da época que a higienização das mãos traria a redução das infecções puerperais e prestigiaria os hospitais, beneficiando seus pacientes. A segunda levantou o estandarte da enfermagem e levou medidas de higiene, limpeza, separação dos pacientes mais graves e reduziu a mortalidade entre combatentes de guerra (2,4).

Ambos nos inspiram ainda nos dias de hoje na busca incessante da prevenção das infecções hospitalares e nos mobilizam a inovar e não nos cansarmos na busca pela qualidade nos processos hospitalares.

Podemos observar nos fatos históricos que as infecções hospitalares ocorrem desde a criação dos hospitais, ou seja, é um problema antigo, e passam por muitos estudiosos sobre este assunto como: Charles White, Joseph Clarke, Oliver Wendell Holmes entre outros. Todos buscavam descobrir formas de redução da

mortalidade materna, mortalidade cirúrgica, técnicas de assepsia e outros temas que até os dias de hoje incomodam e desafiam (5).

Nas últimas décadas as Infecções Hospitalares (IH) têm chamado muito a atenção das pessoas, devido aos danos causados à saúde e bem como, no aumento dos custos hospitalares. O controle das infecções está fundamentado no PCIH e compete aos gestores apoiarem as atividades das CCIH na execução deste programa, visando à segurança dos pacientes institucionalizados. Embora esta ação seja regulamentada, nem todas as instituições conseguem implantá-la, por inúmeras razões: *déficit* de recursos humanos, falta de investimento institucional, dificuldades em operacionalizar o PCIH (1,6).

Em Santos (2006) (6), observamos que existem dificuldades na efetivação do PCIH:

A incorporação de ações para a prevenção e controle das infecções hospitalares pelo sistema de saúde brasileiro não é conhecida e não existem estudos nacionais sobre o impacto das medidas de controle estabelecidas por governos e administradores hospitalares. Acredita-se que a maioria dos hospitais brasileiros e mesmo os gestores públicos de saúde enfrentem dificuldades na prevenção dessas infecções, apesar da obrigatoriedade de manterem programas de controle de infecção hospitalar (PCIH), e de declararem a existência de comissões específicas para este fim (pag.2).

A mesma autora expõe a necessidade de analisarmos o modelo de prevenção das infecções e adequarmos às estratégias de ação.

Neste contexto, tornou-se evidente a necessidade de um diagnóstico da situação do controle de infecção hospitalar no país. O conhecimento sobre a adequação do atual modelo de prevenção e controle dessas infecções às

diferentes realidades regionais e ao contexto da saúde como um todo, com seus aspectos positivos e negativos, é fundamental para a racionalização e o direcionamento de recursos e esforços, para a efetiva redução em sua frequência e gravidade (6) (pag. 2).

Embora existam esforços governamentais em efetuar um banco de dados sobre infecção hospitalar, evidenciamos a falta de medidas que obriguem os serviços de saúde a compartilharem estas informações. O Estado de São Paulo através do Centro de Vigilância Epidemiológica (CVE) possui dados de infecção hospitalar desde o ano de 2004, sendo de grande importância na auto avaliação dos hospitais em relação aos seus dados. Em janeiro de 2014 a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) iniciou trabalho similar ao do CVE, cujo objetivo é criar um banco de dados nacional, sobre IRAS. Os hospitais devem notificar seus dados mensalmente em planilhas ONLINE (7).



Figura 1: Notificações CVE- Estado de São Paulo, 2004 a 2012, acesso online.
Fonte: Centro de Vigilância Epidemiológica do Estado de São Paulo

Os hospitais do Estado de São Paulo realizam as notificações por meio de planilhas padronizadas pelo CVE com envio mensal e ao término do ano o CVE publica seus dados e os hospitais possuem referenciais para sua avaliação.

Na Figura 2 estão apresentados os dados públicos do CVE sobre Pneumonias associadas à ventilação mecânica em Unidade de Terapia Intensiva.

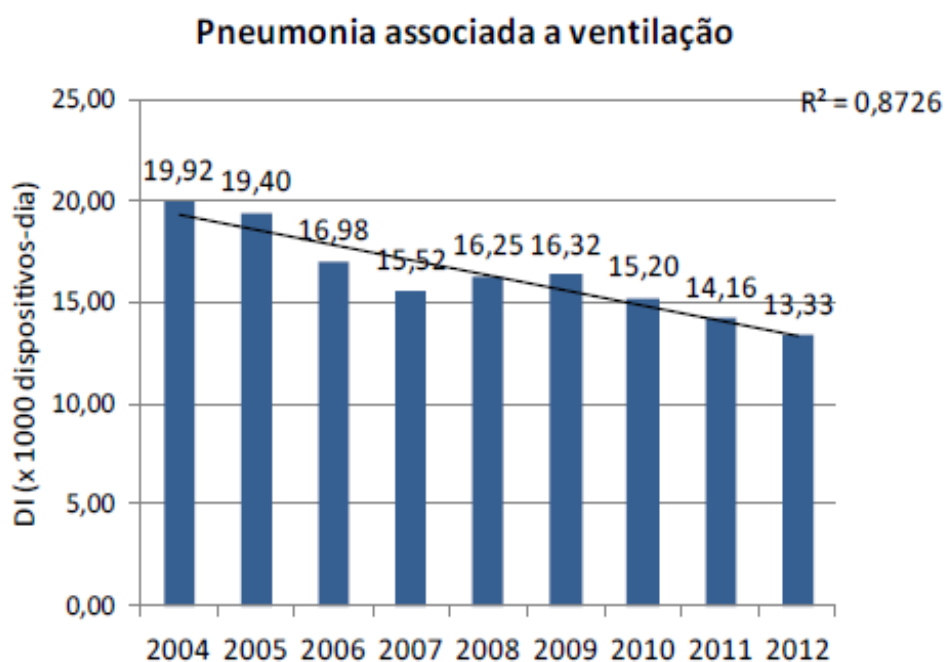


Figura 2: Dados CVE: *Pneumonia Associada a Ventilação Mecânica em UTI* acesso online: http://www.cve.saude.sp.gov.br/htm/ih/pdf/Dados_IH_2012.pdf

Fonte: Centro de Vigilância Epidemiológica do Estado de São Paulo

Além deste gráfico o CVE expõe inúmeros dados públicos, permitindo que todos os serviços de saúde possam ampliar seus conhecimentos e avaliar seus dados buscando sempre a melhoria de processos assistenciais mais seguros.

Dentro das estratégias adotadas na prevenção das infecções relacionadas à assistência em saúde destaca-se a campanha de Segurança do Paciente iniciada em 2004 pela **World Health Organization** (WHO), que contempla ações de Higienização das Mãos, Prevenção de Infecção Cirúrgica, Prevenção de infecção de Corrente Sanguínea, Prevenção de Infecção Urinária. Recentemente ações da WHO ampliaram o universo das ações de prevenção das IRAS com o objetivo de salvar milhões de vidas, surgindo assim o conceito de Segurança do Paciente **“Safety Care”** (8).

Nos Estados Unidos, o sistema *MEDICARE* divulga os dados dos hospitais, permitindo que as pessoas tenham livre arbítrio para escolherem os serviços que atendam suas expectativas. Ao mesmo tempo, avalia os repasses financeiros às instituições que tenham melhores desempenhos: menos infecções, assistência de enfermagem mais segura, atendimento rápido aos infartos, entre outros marcadores assistenciais ou indicadores assistenciais¹.

Outro fator que tem contribuído muito com a melhoria da assistência em saúde são os programas de avaliação hospitalar. Estes programas geram uma cultura de excelência na gestão hospitalar, enfocando medidas de boas práticas em todos os campos da instituição reforçando as ações de prevenção de infecção hospitalar através de um cuidado mais seguro (ONA, CQH, Joint Comission, IQG)².

¹O site *Hospital Compare*, divulga dados de serviços de saúde de todo o continente americano, permitindo que as pessoas escolham aonde ir e saibam os dados do hospital. <http://www.medicare.gov/hospitalcompare/search.html?AspxAutoDetectCookieSupport=1>

²Organizações que avaliam a qualidade dos serviços de saúde. Algumas estão ligadas ao governo e outras são privadas.

Segundo o Manual da Organização Nacional de Acreditação (ONA), 2014 (9), a

Acreditação é:

... um método de avaliação voluntário, periódico e reservado, que busca garantir a qualidade da assistência por meio de padrões previamente definidos. Constitui, essencialmente, um programa de educação continuada e, jamais, uma forma de fiscalização.

E segundo o Manual de Acreditação Internacional 2010 (Accreditation Canada)

(10) é definida como:

... uma comparação detalhada dos serviços e métodos da operação de uma organização em relação a um conjunto de padrões pré-estabelecidos.

Podemos perceber que o principal objetivo dos serviços de saúde que aderem aos programas de avaliação/ Acreditação é que a assistência em saúde tenha qualidade e possa garantir ao paciente mais segurança. Nos hospitais que adotam os serviços de avaliação ou Acreditação, a busca pela qualidade é contínua, pois a avaliação atua na esfera gerencial e assistencial.

1.2. A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar

Embora existam esforços para que o controle das infecções hospitalares seja um alicerce importante na vigilância das infecções hospitalares desde a década de 80, sabemos que ele ainda sofre os reflexos de investimentos tecnológicos, biológicos e, financiamento (1,11).

Em Santos (2008, pag. 442) (11) observa-se:

Com o desenvolvimento da biologia, da microbiologia e a consequente descoberta dos microorganismos causadores de doenças, a área da saúde, em especial a medicina especializada, teve grande impulso, principalmente nos aspectos biológicos e tecnológicos do conhecimento. Desde então, muito se tem feito: estudos, pesquisas, cursos, drogas, materiais e equipamentos de proteção individual, entre outros, como medidas de prevenção e controle de Infecção Hospitalar .

As Comissões de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) devem ser nomeadas em todas as Instituições Hospitalares e possuem suas atribuições definidas pela portaria do Ministério da Saúde 2616/98, que normatiza como função da CCIH: vigilância epidemiológica das infecções hospitalares, aplicação e monitoramento dos microrganismos isolados, acompanhamento dos pacientes em Unidades de Terapia Intensiva: adulto, pediátrica e neonatal, a padronização de produtos e germicidas, o controle de antimicrobianos. Como função essencial da CCIH está a construção do Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH). No PCIH devem estar os protocolos de prevenção das Infecções Hospitalares (1).

As ações da CCIH são pautadas e regulamentadas pela legislação vigente, mas ainda precisa ser atualizada e contemplar situações novas, como a constante mutação bacteriana que coloca o controle das infecções em instabilidades constantes e desafiadoras. Embora existam novas tecnologias na detecção de perfis de resistência bacteriana e avanços na fabricação de novos germicidas, esta tecnologia não é acessível a todos os serviços de saúde e tão pouco abrangente em todo o país (12).

Para Santos (2008) (11), deve haver novas estratégias para o controle da resistência bacteriana.

Apesar de todos os esforços, do desenvolvimento e de investimentos dos vários segmentos como: laboratórios, empresas e indústrias de tecnologias, instituições hospitalares, profissionais de saúde e órgãos governamentais, no controle e prevenção da IH, observa-se que os seus índices persistem elevados em uma realidade pouco modificada, e ainda com o surgimento de novos problemas, tais como: multirresistência de microorganismos, seleção de flora hospitalar, antimicrobianos que não são mais utilizados, por não mais atuarem, entre outros. Constituindo-se em novos desafios no controle de infecções para todos os profissionais da saúde. Dentre estes problemas ressaltamos o surgimento das bactérias Multirresistentes como agravantes das infecções hospitalares, tendo como causa principal o uso indiscriminado e indevido de antibioticoterapia (pag.449).

O mesmo autor (11)ênfatiza que embora o controle de infecção hospitalar exerça suas atribuições no ambiente hospitalar é importante que estas ações sejam estabelecidas em todos os níveis assistenciais.

O fortalecimento das interfaces do controle de infecções com as ações de prevenção de outros eventos adversos e de promoção da qualidade na atenção à saúde como um todo deve ser visto como estratégia principal para maximização dos resultados na redução de riscos em serviços de saúde. Com esta finalidade, é importante estimular a auto-avaliação e a acreditação como forma de impulsionar a busca contínua da qualidade (14) (pag.82).

É evidente que as CCIH se empenhem no cumprimento de suas atribuições, mas vivemos novos tempos e novos desafios. Não mais de estratégias confinadas ao ambiente hospitalar como também nos demais serviços de saúde e expandir as ações em todo o território nacional.

1.3 Medidas de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência em Saúde

1.3.1 Higienização das Mãos

A Higienização das Mãos (HM) é a medida mais importante na prevenção de infecção em todo o contexto hospitalar, impedindo a propagação de microrganismos entre profissionais, pacientes e visitantes. Essa simples medida assegura um ambiente mais limpo e seguro (4,8,13).

A história da HM como medida de prevenção de infecção hospitalar foi iniciada por Ignaz Philip Semmelweis, quando em 1846 associou a infecção puerperal às práticas não higiênicas dos médicos que realizavam partos. Ele observou que após a implantação da prática de lavagem das mãos com água clorada, ocorreu redução de óbitos por infecção puerperal e seu estudo foi pioneiro para a época. Embora seus dados revelassem um avanço na área médica o mesmo não foi aceito e surgiram inúmeras medidas discriminatórias para esta prática (4,13).

A Higienização das Mãos é a medida mais importante na prevenção das IRAS, mas ainda é negligenciada por muitos profissionais, e a adesão a esta prática permanece baixa nos serviços de saúde, com taxas mundiais de adesão que variam de 5% a 81%, sendo em média, 40% nas unidades de internação. (13)

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estabeleceu cinco momentos imprescindíveis para a realização da Higienização das mãos, conforme figura 3.



Figura 3. Cinco momentos para a Higienização das Mãos

Fonte: Organização Pan Americana de Saúde; Adaptado de ANVISA, 2009¹⁶

1.3.2. Prevenção de Infecção Urinária

As Infecções do Trato Urinário (ITU) representam uma das principais topografias das IRAS, e correspondem a 40% do total de infecções nosocomiais, sendo a maioria delas relacionadas à cateterização vesical (CV) (14).

As fontes de contaminação na cateterização vesical estão relacionadas às vias extraluminal e intraluminal do cateter bem como a situações de manuseio da bolsa coletora (Ibidem).

Cerca de 80% das ITU são relacionadas ao uso de cateter e muitas vezes assintomáticas, dificultando o diagnóstico e o tratamento (14,15).

Cada dia de permanência com o cateter urinário aumenta de 3% a 7% o risco de se desenvolver uma ITU, permanecendo por uma semana este risco chega-se a 23% e ultrapassando um mês a 100% (15).

Embora as ITU relacionadas ao CV, sejam de grande importância devido aos riscos causados ao paciente, ao alto custo relacionado ao tratamento e em permanência hospitalar, são infecções evitáveis através de medidas de prevenção. Estas medidas envolvem treinamento, vigilância, elaboração de protocolos clínicos (15).

As medidas de prevenção de ITU-CV mais importantes estão citadas nesta revisão da SHEA, (2008) (16).

Recomendação	CDC 1981	NHS 2001	NHS 2007
Garantir registro da inserção do cateter	ND	S	S
Garantir a inserção por pessoas treinadas	S	S	S
Treinar pacientes e familiares	ND	ND	S
Higienizar as mãos	S	S	S
Avaliar necessidade de cateterização	S	S	S
Avaliar métodos alternativos	S	S	S
Revisar regularmente a necessidade de manutenção contínua	ND	S	S
Selecionar material do cateter	ND	NR	NR
Utilizar cateter com menor calibre possível	S	S	S
Utilizar técnica asséptica/material estéril	S	S	S
Utilizar barreiras de precaução para inserção	S	ND	ND
Realizar limpeza anti-séptica do meato	S	N	N
Utilizar sistema de drenagem fechado	S	S	S
Obter amostrar de urina com técnica asséptica	S	S	S
Substituir sistema se técnica asséptica for quebrada	S	ND	ND
Não trocar cateter rotineiramente	S	S	S
Realizar higienização de rotina do meato	S	S	S
Evitar irrigação	S	S	S
Separar os pacientes em coorte	S	ND	ND
Assegurar adesão de treinamento	ND	ND	ND
Assegurar adesão das medidas de controle	ND	ND	ND
Assegurar adesão com remoção do cateter	ND	ND	ND
Monitorizar taxas de ITU-RC e Bacteremia	ND	ND	ND

Figura 4: Resumo dos Guias para prevenção de Infecção urinária relacionada a cateter vesical

Nota: CDC: Centers of Disease Control and Prevention/ ND: Não discutido/NR: Não Resolvido

Fonte: SHEA, 2008 (19) – Tradução Apecih: Estratégias para a Prevenção de Infecção do Trato Urinário relacionada a cateter de curta duração.

1.3.3. Prevenção de Infecção de Corrente Sanguínea

A Prevenção de Infecção de Corrente Sanguínea é outra medida de suma importância nas ações da CCIH, pois cerca de 60% das bacteremias nosocomiais estão relacionadas a algum dispositivo intravascular. O uso de cateteres centrais está muito difundido dentro dos hospitais, pois possibilita um acesso venoso de longa duração, mas ao mesmo tempo rompem a integridade da pele possibilitando a penetração de microrganismos causadores de infecção, tendo um impacto muito grande na vida do indivíduo, prolongando o período de internação e podendo ocasionar o óbito (17).

A infecção de corrente sanguínea relacionada ao uso de cateter venoso, ocorre através da penetração de bactérias contidas na pele, formando os biofilmes na parede interna do cateter, sendo impulsionadas através da corrente sanguínea. Outra forma de penetração de bactérias na corrente sanguínea é através de soluções contaminadas que são infundidas ao paciente ou através de procedimentos inadequados (17,18,19).

O pacote (bundle) de medidas recomendadas na prevenção de infecção de corrente sanguínea são (17,19):

1. Higienização das mãos.
2. Precauções de barreira máxima: higienização das mãos, uso de gorro, máscara, avental, luvas estéreis e campos estéreis grandes que cubram o paciente.
3. Preparo da pele com antisséptico (gluconato de clorexidina).
4. Seleção do sítio de inserção de CVC (Cateter Venoso Central): utilização da veia subclávia como sítio preferencial para CVC não tunelizado.
5. Revisão diária da necessidade de permanência do CVC, com pronta remoção quando não houver indicação.

Recomenda-se adotar o formulário contendo os cinco componentes a fim de avaliar a adesão a essas práticas e instituir medidas corretivas antes do início do procedimento de instalação do cateter (17).

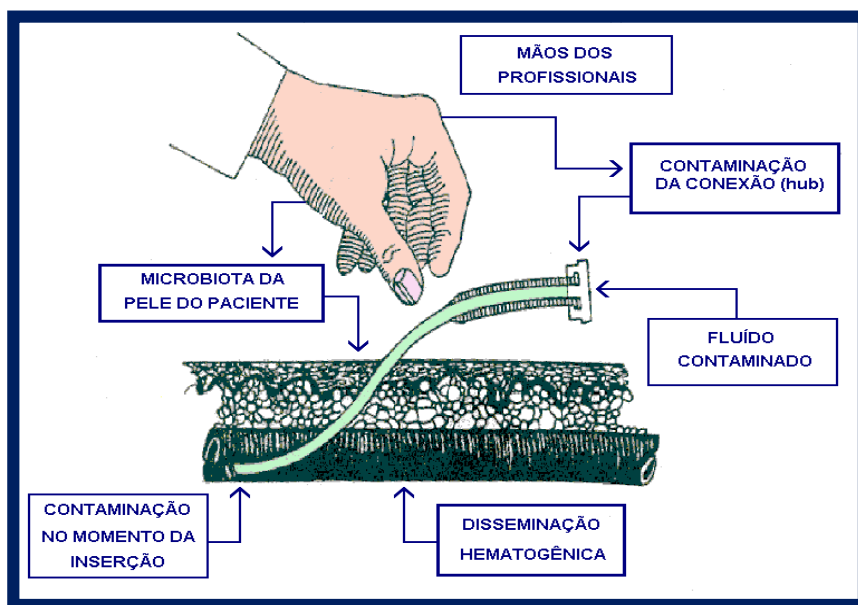


Figura 5: Fisiopatogenia da infecção de Corrente Sanguínea
Fonte: Brasil 2010.

1.3.4. Prevenção de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica - PAV

Outra importante IRAS acometendo de 11% a 15% de todas as infecções hospitalares e entre 24% a 27% de todas as infecções em Unidades de terapia Intensiva (UTI) (20).

A Pneumonia associada à ventilação (PAV) é uma infecção que ocorre durante o suporte ventilatório, aumentando o tempo médio de internação em 6,1 dias, a taxa de mortalidade e os custos com o tratamento (20,21).

Alguns fatores auxiliam no surgimento da PAV como: colonização da orofaringe por bactérias Gram negativas, idade avançada, imunossupressão e doenças pré-existentes contribuem para esta infecção (19,20).

Conforme observamos nas recomendações da ANVISA (2009, pag.9) (21), existem fatores de risco para a aquisição da PAV.

1. Fatores que elevam a colonização da orofaringe e/ou estômago por microrganismos (tais como, administração de antimicrobianos, admissão em terapia intensiva ou a presença de doença pulmonar crônica);
2. Condições que favorecem a aspiração do trato respiratório ou refluxo do trato gastrointestinal (exemplos: intubação endotraqueal ou intubações subsequentes, utilização de sonda nasogástrica, posição supina, coma, cirurgias envolvendo a cabeça, pescoço, tórax e abdome superior, imobilização devido a trauma ou outra doença);
3. Condições que requerem uso prolongado da ventilação mecânica, exposição a dispositivos ou mãos dos profissionais de saúde contaminadas.
4. Fatores do hospedeiro, tais como extremos da idade, desnutrição, doenças de base, imunossupressão.

Entre as medidas mais importantes estão os “*bundles*” de prevenção, ou seja, medidas que devem ser realizadas em conjunto para que se alcancem resultados satisfatórios. Estes “*bundles*” foram recomendados com o objetivo de reduzir a mortalidade associada à PAV; esta e outras medidas foram iniciadas na campanha “Salve cinco milhões de Vidas”, nos Estados Unidos. São medidas simples e eficazes que qualquer instituição de saúde pode aplicar (18).

Possui quatro componentes essenciais, conforme vemos na ANVISA (2009, pag.14) (21).

1. Manter os pacientes com a cabeceira elevada entre 30º e 45º;
2. Avaliar diariamente a sedação e diminuir sempre que possível;
3. Aspirar à secreção acima do balonete (subglótica);
4. Higiene oral com antissépticos (clorexidina veículo oral).

Outro fator que envolve a PAV são os microrganismo isolados, e a mudança no padrão epidemiológico de acordo com a duração do tempo sob ventilação mecânica. Muitos microrganismos apresentam perfil de resistência de grande importância epidemiológica refletindo na dificuldade de tratamento e recuperação do pacientes (20).

Early-Onset VAP (within first 4 days of admission)	Late-Onset VAP (after day 4)	CDC NHSN 2006–2007 Summary Data
<i>Streptococcus pneumonia</i>	<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	<i>Staphylococcus aureus</i> (24.4%)
<i>Haemophilus influenza</i>	<i>Acinetobacter</i> spp.	<i>Pseudomonas aeruginosa</i> (16.3%)
<i>Moraxella catarrhalis</i>	<i>Enterobacter</i> spp.	<i>Enterobacter</i> spp. (8.4%)
	Methicillin-resistant <i>Staphylococcus aureus</i>	<i>Acinetobacter baumannii</i> (8.4%)
		<i>Klebsiella pneumonia</i> (7.5%)
		<i>Escherichia coli</i> (4.6%)
		<i>Candida</i> spp. (2.7%)
		<i>Klebsiella oxytoca</i> (2.2%)
		Coagulase-negative <i>Staphylococcus</i> (1.3%)
		Other (23.1%)

Figura 6: Microrganismos associados à PAV

Fonte: Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology APIC²¹

Na redução e prevenção das PAV é importante associar medidas multiprofissionais, inserindo avisos nas UTI para que em todo momento a prevenção seja lembrada. A Associação dos Profissionais de Controle de Infecção (APIC) (20) adota algumas recomendações de grande importância:

- Prestar bastante atenção à higiene das mãos e estratégias básicas de prevenção de infecções;
- Evitar o uso desnecessário de antibióticos;
- Realizar higiene oral com antissépticos de rotina;
- Evitar a broncoaspiração de secreções contaminadas: manter a cabeceira elevada;
- Reduzir a duração da ventilação mecânica: aplicar protocolos de desmame e uso ideal de sedação;
- Remover o condensado de circuitos ventilatórios. Manter o circuito ventilatório fechado durante a remoção do condensado;
- Desinfetar e armazenar aparelhos de terapia respiratória adequada.
- Minimizar distensão gástrica;
- Educar os profissionais de saúde no cuidado de pacientes em ventilação mecânica;
- Realizar observação direta do cumprimento das medidas de processos específicos para a prevenção de PAV;
- Realizar vigilância regular de medidas de resultados. Essas medidas de prevenção são eficazes e demonstram redução das PAV quando usadas em conjunto.

1.4. A Resistência Bacteriana

A resistência bacteriana tem se tornado um problema mundial, responsável por surtos intra-hospitalares, óbitos e complicações infecciosas que dificultam medidas preventivas totalmente efetivas. Isto muitas vezes ocorre devido ao uso excessivo de antimicrobianos e a dificuldade em estabelecer critérios de restrição seguramente efetivos.

De acordo com López-Pueyo (2011, pag. 42) (22), observamos:

Epidemiologicamente los MMR se definen como aquellos microorganismos que son resistentes a una o más clases de antibióticos. No existe una definición universalmente aceptada de bacteria multirresistente que sea aplicable a todos estos microorganismos; el concepto puede tener matices diferentes en función de que el enfoque sea clínico, microbiológico o epidemiológico. Desde un punto de vista general, La definición debe incluir al menos dos condiciones: que exista resistencia a más de una familia o grupo de antimicrobianos de uso habitual, y que esa resistencia tenga relevancia clínica (es decir, que suponga o pueda suponer una dificultad para el tratamiento) y epidemiológica (posibilidad de brotes epidémicos, transmisión del mecanismo de resistencia, etc.).

Os microrganismos multirresistentes (MR) estão inseridos nos Gram positivos e Gram negativos, revelando a grande adaptação destes patógenos aos antimicrobianos.

Microrganismos multirresistentes são microrganismos resistentes a diferentes classes de antimicrobianos testados em exames microbiológicos. Alguns pesquisadores também definem microrganismos pan-resistentes, como aqueles com resistência comprovada in vitro a todos os antimicrobianos testados em exame microbiológico (23) (2010, pag.3).

No âmbito hospitalar a resistência bacteriana envolve um grupo de microrganismos específicos conforme observamos em Brasil (2010, pag.3). (23).

São considerados, pela comunidade científica internacional, patógenos multirresistentes causadores de infecções/colonizações relacionadas à assistência em saúde: *Enterococcus* spp resistente aos glicopeptídeos, *Staphylococcus* spp. Resistente ou com sensibilidade intermediária a vancomicina, *Pseudomonas aeruginosa*, *Acinetobacter baumannii*, e Enterobactérias resistentes a carbapenêmicos (ertapenem, meropenem ou imipenem) (2010, pag.3).

O CDC (24) lançou um documento sobre resistência bacteriana elencando quatro passos para prevenir a resistência bacteriana, sendo eles: (2013, pag. 31).

- 1- Prevenir infecções para prevenir a resistência: ao prevenir as infecções, prevenimos o uso dos antibióticos e conseqüentemente a resistência bacteriana;
- 2- Rastrear: o CDC investiga e analisa os dados de resistência bacteriana e os pacientes acometidos por estes patógenos. Ao investigá-los eles evitam a propagação destas bactérias resistentes;
- 3- Uso racional dos antibióticos: o uso adequado dos antibióticos evita a resistência bacteriana;
- 4- Descoberta de novas drogas e novos testes: Deve-se investir em tecnologia para descoberta de novas drogas no tratamento da resistência bacteriana. Também são necessários novos testes de identificação destes microrganismos.

Os antibióticos são usados desde 1940 para tratar infecções de forma segura. Em estudos americanos é estimado que 50% das vezes os antibióticos são prescritos desnecessariamente aumentando à resistência bacteriana.

A resistência bacteriana é um problema de saúde pública devido ao alto custo em tratamentos e antibióticos, aumentando-se o tempo de hospitalização, riscos de novas infecções e elevando-se a mortalidade dos pacientes (24).

Alguns fatores predispõem os pacientes à aquisição de MDR como: o uso excessivo de antimicrobianos, hospitalização prolongada, uso de dispositivos invasivos e não adesão às medidas de prevenção e precaução padrão (24).

Em um estudo de Oliveira (2012, pag. 188) (12), observamos que alguns fatores predispõem os pacientes a infecções e outros aumentam o risco de óbitos:

Para o desenvolvimento de infecções por microrganismos resistentes, verificou-se, como fatores de risco, internações superiores a quatro dias no centro de terapia intensiva, diagnósticos de infecções comunitárias à admissão na unidade, uso de sonda vesical de demora e colonizações por microrganismos resistentes. E, como fator de risco para óbitos, observou-se o perfil cirúrgico dos pacientes e, severidade clínica à admissão no CTI, além do uso de ventilação mecânica.

Os microrganismos desenvolveram a resistência aos antimicrobianos através de mecanismos de adaptação frente à exposição aos fármacos como vemos em Wrigh (27) (2005, pag.1452):

Apesar da diversidade de mecanismos de ação dos antimicrobianos, as bactérias desenvolveram frente à exposição aos fármacos formas de resistência relacionadas à *produção de enzimas inativadoras* dos mesmos. Estas enzimas promovem a transferência de agrupamentos químicos ou possuem atividade hidrolítica, como as conhecidas β -lactamases que clivam anéis β -lactâmicos de penicilinas e cefalosporinas, desencadeando a perda da função antimicrobiana.

O grande desafio para a resistência bacteriana é a crescente adaptação dos microrganismos aos antibióticos, a complexidade dos pacientes frente ao aparato tecnológico de suporte a vida. Neste contexto buscamos a prevenção da contaminação cruzada e a segurança dos pacientes.

Entende-se por contaminação cruzada a transferência de microrganismos entre pacientes, podendo ocorrer através de objetos inanimados contaminados, superfícies ou através das mãos dos profissionais de saúde, aumentando risco de infecções, sendo esta transmissão uma das maiores causas de surtos intra-hospitalares (26).

As ações de prevenção de IRAS nas instituições de saúde podem minimizar a ocorrência de bactérias multirresistentes e evitar na maioria das vezes a ocorrência de transmissão cruzada destes patógenos.

Capítulo 2. Sobre a Integralidade e a Transferência do Cuidado

Todo paciente hospitalizado cria um vínculo com sua equipe de cuidadores e isto se torna muito forte quando falamos da assistência hospitalar. Durante a hospitalização o paciente recebe os cuidados necessários para seu tratamento em seu leito, não sendo necessário seu deslocamento ou de sua família na busca por subsídios ao seu tratamento: refeição balanceada, medicamentos administrados, fisioterapia, aconselhamento psicológico, entre outros cuidados. O que não quer dizer que substitui o convívio familiar. À medida que sua saúde é restabelecida, a equipe do hospital passa a programar a sua alta para a continuidade do cuidado fora dali.

Em Sanches (2013, pag. 69) (27), observa-se que:

A integração a um ambiente que propicie conforto, segurança e afetividade, além de assistência é então indispensável para a promoção e a recuperação da saúde individual e coletiva. Este ambiente na quase totalidade dos casos requer a existência de referências domiciliares ou da comunidade da qual faz parte o usuário internado.

Embora todo o indivíduo possua uma unidade básica de saúde (UBS) como referência no local onde reside, o acesso a este serviço ainda é difícil ou muitas vezes escasso, como constata Viegas e Penna (2013, pag.186) (28).

...a existência de problemas ligados ao acesso e à referência a algumas especialidades e serviços compromete e prejudica o princípio da integralidade, pois o usuário entra no Sistema, mas, muitas vezes, o acesso é dificultado pelo longo tempo de espera por consulta com especialistas e exames diagnósticos, constituindo uma via interdita para o sistema de referência e contrarreferência. Assim, a reorganização da atenção primária com vistas à universalidade do acesso a ações e serviços, à integralidade nas ações, implica também em que as demandas sejam respondidas na atenção secundária, quando se fizer necessário.

Esta crescente realidade fica mais clara quando dentro do hospital nos deparamos com problemas na prestação do cuidado nas UBS, quando chegamos ao nível hospitalar, apresentando: falhas no pré-natal, resultando no crescente de transmissão congênita de sífilis, falhas na orientação de amamentação, ocasionando desmame precoce e risco aumentado de infecções na infância, entre outros.

Para Puccini (2012, pag. 2042) (29).

O questionamento sobre possíveis limitações dos serviços de atenção básica na assistência à demanda não agendada e preocupações de que essa assistência poderia levar a um fortalecimento de ações historicamente distorcidas, caracterizadas por atendimentos pontuais, sem continuidade ou vínculo com os serviços de saúde, tipo queixa-conduta, tem dificultado a estruturação de um modelo que dê conta dessa questão.

É notável a necessidade de uma reestruturação nos serviços de saúde, como apontada na Portaria 4279 de 2010 (30):

...a organização da atenção e da gestão do SUS expressa o cenário apresentado e se caracteriza por intensa fragmentação de serviços, programas, ações e práticas clínicas demonstradas por: (1) lacunas assistenciais importantes; (2) financiamento público insuficiente, fragmentado e baixa eficiência no emprego dos recursos, com redução da capacidade do sistema de prover integralidade da atenção à saúde; (3) configuração inadequada de modelos de atenção, marcada pela incoerência entre a oferta de serviços e a necessidade de atenção, não conseguindo acompanhar a tendência de declínio dos problemas agudos e de ascensão das condições crônicas; (4) fragilidade na gestão do trabalho com o grave problema de precarização e carência de profissionais em número e alinhamento com a política pública; (5) a pulverização dos serviços nos municípios; e (6) pouca inserção da Vigilância e Promoção em Saúde no cotidiano dos serviços de atenção, especialmente na Atenção Primária em Saúde (APS) (pag. 3).

Para melhor efetividade das ações de atenção básica, cabe ao gestor consultar dados de referência para efetuar um planejamento de suas ações baseado no Sistema de Informação de Atenção Básica, pois:

O Sistema de Informação de Atenção Básica (Siab) oferece dados sobre o fornecimento de água potável, existência de luz elétrica, gestantes, hipertensos etc. É importante compará-los a outras fontes, como Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); porém, nenhuma delas fornecerá dados com o potencial de se trabalhar como os dados do Siab, pois não se trata apenas de números absolutos, mas, também, de informações qualitativas importantes, em tempo real, que não constam em outros sistemas de informação. Por intermédio

desses dados, é possível conhecer focos de vulnerabilidade que representam ao mesmo tempo locais com grande potencial de intervenção e melhoria dos determinantes de saúde. Assim, a confecção de um mapa da saúde por meio de tachinhas coloridas que representam as informações do Siab é um exemplo de como potencializar o uso dessas informações. O mapa deve ser atualizado, de preferência mensalmente, e deve ressaltar a temporalidade das ações, por sinalizações que apontem melhora ou piora dos indicadores. Dependendo da escala, o mapa pode representar a realidade de uma unidade, uma cidade ou um estado (31) (2011, pag.47).

Existem muitos desafios dentro do Sistema de Saúde (entenda-se aqui atenção primária, secundária, terciária, estratégia da família entre outros) como recursos humanos, financiamento, gestão da saúde, inserção da atenção primária com sua total capacidade na organização do cuidado, promover a integralidade e articulação da rede (31). Porém, a construção do SUS é compromisso de todos, pois envolve não apenas os setores governamentais, trabalhadores, sindicatos, mas a participação popular, trazendo a necessidade da participação de todos na luta pelos seus direitos à saúde. No entanto, numa sociedade desigual como a que vivemos tal possibilidade ainda esta em construção.

A recuperação de prestígio para o projeto do SUS – se é que algum dia de fato ele o teve – depende de uma tríade complexa: primeiro, de criar-se um movimento de peso em defesa de políticas de proteção social e distribuição de renda; segundo, de que alguém consiga apresentá-lo para a sociedade como uma reforma social significativa e que teria grande impacto sobre o bem-estar e proteção social, indicando, com objetividade, os passos e programas necessários; e terceiro, paradoxalmente, sua legitimidade depende muito de seu

desempenho concreto, de sua efetiva capacidade para melhorar as condições sanitárias e a saúde das pessoas; nesse caso, a baixa capacidade de gestão, a politicagem, tudo depõe contra o SUS, independente do potencial sanitário contido em suas promessas (32) (2007, pag.302).

O SUS está em constante construção na busca do direito pela vida, ele não é perfeito, mas mudanças substanciais foram alcançadas neste processo. Emerson Merhy (2014)³, ainda sobre as desigualdades:

Para você construir uma sociedade onde a vida de qualquer um valha a pena, os grupos sociais têm que estar imbuídos desta construção, não apenas os governantes. Mas a gente não vive em uma sociedade onde os grupos sociais se posicionam de forma a que a vida do outro valha tanto a pena quanto a de alguns. Temos grupos sociais que pensam que a vida de muita gente não vale tanto a pena quanto a deles. Você tem grupos sociais no Brasil, importantes economicamente, que não veem desta forma. Eu diria que a mídia está entre estes grupos. Boa parte desta mídia economicamente dominante é altamente preconceituosa, reprodutora de preconceitos sistemáticos.

³ Entrevista de Emerson Merhy sobre o SUS, seus avanços e desafios, acesso em 21 de junho de 2014 em <http://www.semanaon.com.br/conteudo/841/a-vida-de-todos-os-brasileiros-vale-a-pena>.

Para melhorar a atenção a saúde é necessária uma integração entre os serviços que possibilite uma assistência segura e a transferência do cuidado dos pacientes entre os serviços, conforme vemos na Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde:

Um aspecto fundamental da gestão na Atenção Básica é a definição de parâmetros e espaços oficiais de encontro entre serviços de atenção básica e os outros serviços da rede assistencial. Em geral o tipo de relação que se estabelece é de encaminhamento de paciente de um serviço para outro. Praticamente não existem espaços oficiais de conversa entre a ABS e outros níveis de atenção. Nem mesmo se sabe, muitas vezes, na ABS, o nome dos profissionais que atuam em outros serviços de saúde (solicitam-se “vagas” para esta ou aquela especialidade sem nem sequer saber quem atenderá o paciente). Na relação entre os serviços é preciso que se possam singularizar as decisões e articular as ações de acordo com as necessidades dos usuários (3) (2010, pag.42).

O papel do hospital no cuidado ao paciente deve ocorrer em todos os níveis de atenção, preservando sua dignidade e assegurando seus direitos de forma integral, conforme afirmam Cecílio e Merhy (2003, pag. 4) (34).

O hospital pode ser visto como um componente fundamental da integralidade do cuidado pensada de forma ampliada, como uma “estação” no circuito que cada indivíduo percorre para obter a integralidade de que necessita.

Dentre as necessidades de cuidado e a realização deste, existem muitos desafios e autores envolvidos, e atingir a integralidade no cuidado se torna algo distante (34).

Os autores também colocam que não há cuidado integral individual, pois este sempre ocorre em rede.

A integralidade do cuidado que cada pessoa real necessita freqüentemente transversaliza todo o “sistema”. Não há integralidade radical sem esta possibilidade de transversalidade. A integralidade do cuidado só pode ser obtida em rede (34) (pag. 4).

Os mesmos autores afirmam que o hospital possui um papel importante na linha do cuidado, garantindo a integralidade que cada indivíduo necessita.

Porém, a “linha de cuidado” pensada de forma plena, através de inúmeros serviços de saúde. O hospital pode ser visto como um componente fundamental da integralidade do cuidado pensada de forma ampliada, como uma “estação” no circuito que cada indivíduo percorre para obter a integralidade de que necessita (33) (pag. 4).

Dentre as medidas essenciais na transferência do cuidado destaca-se como pilar deste trabalho a Integralidade. Este é um dos princípios essenciais na construção da atenção básica como cita a Política Nacional de Atenção Básica; Portaria 2488, de 21 de novembro de 2011 (35).

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento deve ser acolhido. É desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral. (pag. 02-03)

As Redes de atenção (30) são constituídas para ofertar serviços especializados e garantir estes serviços à população, conforme citação:

A Rede de Atenção à Saúde é definida como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (pag.03).

Com o panorama da transferência do cuidado, pode-se compreender a importância na articulação de uma rede, não fragmentada e sim que se complemente à medida que o indivíduo nela caminhe.

Não é em vão que a integralidade foi inserida como um princípio do SUS e fundamentada como ideal, mas muitas vezes ela é confundida ou até mesmo ignorada na concepção do usuário, como vemos em Mattos (2004, pag. 1412) (36).

Dentre os princípios e diretrizes do SUS, talvez o da integralidade seja o que é menos visível na trajetória do sistema e de suas práticas. Com efeito, são evidentes as mudanças do sistema tanto no eixo da descentralização quanto no do controle social.

É importante considerarmos que a integralidade vem sendo entendida como um termo polissêmico, que tem contribuído para repensar as práticas cotidianas nos serviços de saúde vinculados ao SUS.

Podemos entender como a integralidade é um termo complexo e de difícil definição como vemos em Pinheiro e Mattos (37) (2003) (pag.36-7):

... é forçoso reconhecer que *integralidade* é uma palavra que não pode nem ao menos ser chamada de conceito. Na melhor das hipóteses, é uma rubrica conveniente para o agrupamento de um conjunto de tendências e políticas com alguma imbricação entre si, mas não completamente articuladas. Pode-se identificar, *grosso modo*, um conjunto de tradições argumentativas que desembocam nesse agregado semântico: por um lado, um discurso propagado por organismos internacionais, ligado a idéias de atenção primária e de promoção de saúde; por outro, a própria demarcação de princípios identificada em pontos esparsos da documentação oficial das propostas de programas mais recentes do Ministério da Saúde em nosso país; por fim, nas críticas e proposições sobre a assistência de alguns autores acadêmicos em nosso meio. Essa não definição talvez explique ainda, mesmo que parcialmente, a clara escassez bibliográfica sobre o tema.

A integralidade está além das definições padronizadas, está no cuidado e no encontro entre sujeitos, como aponta o mesmo autor neste trecho:

O maior desafio talvez seja encontrar o virtuoso caminho do meio, entre a medicalização avassaladora que normaliza a vida dos indivíduos e o exercício de práticas supostamente terapêuticas que o desumanizam. Não há manuais para isto: tentar criar protocolos universais padronizados para tal fim seria um oximoro. Esta é uma construção do cotidiano, que só será possível na prática de sujeitos que cuidam de outros sujeitos, numa perspectiva ética e emancipatória (38) (pag.42).

Foi o Movimento Sanitário na década de 70 que mobilizou a luta por direitos a saúde da população. Fazendo uma crítica ao modelo existente na época e posteriormente estes direitos foram introduzidos na Constituição de 1988. Como vemos em Pinheiro e Mattos (2009, pag. 46) (38).

Integralidade, no contexto de luta do movimento sanitário, parece ser assim: uma noção amálgama, preche de sentidos. Nessa perspectiva, aquela pergunta inicial – o que é integralidade? – talvez não deva ter resposta unívoca. Talvez não devamos buscar definir de uma vez por todas a integralidade, posto que desse modo poderíamos abortar alguns dos sentidos do termo e, com eles, silenciar algumas das indignações de atores sociais que conosco lutam por uma sociedade mais justa.

A integralidade deve acontecer em todas as estruturas do SUS e em todos os envolvidos no cuidado conforme define Cecílio (2003, pag.197-198) (34).

... a integralidade deve ser fruto do esforço e confluência dos vários saberes de uma equipe multiprofissional, no espaço concreto e singular dos serviços de saúde, sejam eles num centro de saúde, uma equipe de Programa de Saúde da Família (PSF) ou um hospital.

Esta, portanto, relacionada a profissionais que executam a atenção integral, partindo de princípios que permeiam a vida do indivíduo, sua cultura, anseios e necessidades. Assim, devemos olhar além de nosso papel técnico e transmitirmos a segurança necessária para criar vínculos e estabelecer uma cultura de corresponsabilização entre o usuário e o SUS (39).

Estabelecer vínculos é importante na construção da autonomia do indivíduo, como vemos Silva e Sena (2008, pag. 52) (40).

Nesse movimento, a criação de vínculos emerge do encontro entre os sujeitos implicados em relações próximas, com sensibilidade à situação do outro, permitindo a constituição de um processo de transferência entre o usuário trabalhador de saúde que possa servir a construção da autonomia.

Existem inúmeras falhas que vão desde a formação dos profissionais que atuam no SUS até a resolução da demanda. Em inúmeros casos têm se a possibilidade de observar as fragmentações na assistência integral à saúde do usuário, como cita Machado et. al. (2007, pag. 338) (41).

A importância de abordar a assistência de forma integrada está fundamentada na articulação de todos os passos na produção do cuidado e no restabelecimento da saúde. Propõe-se mapear a integralidade da assistência pelo acompanhamento da linha do cuidado, evitando-se assim a sua fragmentação.

Os mesmo autores (41 pag. 338) entendem que:

Para se repensar novas modelagens assistenciais na integralidade do cuidado à saúde, há que se aprofundar o debate sob novos fundamentos teóricos, particularmente sobre a natureza do processo de trabalho, especialmente a sua micropolítica e a sua importância na compreensão da organização da assistência à saúde.

Nesta perspectiva o profissional que atua no SUS deve estar preparado para enfrentar os desafios que permearão sua capacidade de gestão no enfrentamento da oferta e da demanda, na resolutividade de questões complexas que não se aprende na graduação.

Em Silva e Sena (2008, pag. 55) (40), a construção da integralidade do cuidado é um processo educativo e dinâmico:

Construir a integralidade do cuidado em saúde implica assumir o agir em saúde como princípio educativo em uma nova forma de aprender/ensinar em saúde, que rompe com o saber formatado e descontextualizado. Significa, também, estabelecer uma prática de saúde entendendo o processo saúde-doença e o ser humano inserido nesse processo influenciado por valores, crenças, determinações políticas, econômicas e sociais.

O atendimento ao usuário passa pelo processo de regulação, e este é fragmentado, pois a oferta é quase sempre menor que a demanda, sendo assim, a integralidade não é vivida da mesma forma para cada usuário, pois é atravessada pelos contratos de gestão e prestação de serviços pactuados. Em Malta et. al., (2004, pag. 441) (42), observamos:

A existência desses mecanismos de microrregulação resulta na fragmentação do cuidado, que se torna centrado na lógica da demanda e da oferta do que foi contratado e não na lógica da produção da saúde, do cuidado. O modo de operar a assistência passa a se tornar centrado na produção de atos desconexos, não articulados.

Bonfada et. al., (2012, pag. 557) (43), defendem que o real papel do hospital na operacionalização da integralidade é propiciar espaços para discutir a prática:

O real papel do hospital, sob a ótica do SUS, está em assumir o desafio de estabelecer espaços de (re) discussão das práticas visando a (re) orientação do pensar/fazer saúde, de modo especial a dicotomia cura/prevenção. Desafio este em estreita relação com a operacionalização da integralidade na realidade dos serviços de saúde.

Este mesmo autor questiona como se estruturar a integralidade se os programas são verticalizados e não correspondem á realidade local:

Ao discutirmos a integralidade relativa à maneira como se organizam as práticas de saúde, iniciamos questionando: de que forma, então, o Estado quer chegar a estabelecer uma assistência integral se a base da produção dos serviços de saúde hoje corresponde a programas verticalizados que não respondem às necessidades e a realidade local? (43) (pag. 556).

Quando adentramos na realidade do usuário que busca atendimento não devemos delegar o papel pela busca do cuidado ao usuário e sim, compreendermos a rede e a resolutividade da demanda, como expõem Bonfada et. al., (2012, pag. 556) (43).

Não é simplesmente falar para o paciente que procure outro serviço de forma fria, impessoal e sem qualquer demonstração de empatia. Trata se de perceber-se como responsável pelo “transitar” do paciente na rede, adotando a postura de quem conhece profundamente a realidade regional e orienta o usufruto dos serviços disponíveis da melhor maneira possível para o cidadão. Nesse sentido, as carências e restrições assistenciais não devem ser vistas como um problema particular do paciente, mas sim como o surgimento de uma demanda que precisa ser resolvida por todos os atores envolvidos.

O papel do hospital é mais amplo do que é compreendido, pois ele não se encerra na cura ou na alta; ele tem uma continuidade (41). Em relação à saúde e cidadania, nenhum indivíduo possui saúde se não tem seus direitos garantidos (44).

Muito há que se fazer no campo da integralidade para que ela seja inserida em todos os contextos da macro e micropolítica nas gestões dos processos assistenciais, seja nas unidades básicas ou na área hospitalar.

2.2. Referência e Contrarreferência

De acordo com as diretrizes do SUS, para o usuário caminhar pela rede de assistência em saúde, ele precisa ser referenciado. O referenciamento ocorre, pois o sistema de saúde é descentralizado e hierarquizado.

Consiste na efetivação de um sistema eficaz de referência e contrarreferência de pessoas e de trocas eficientes de produtos e de informações ao longo dos pontos de atenção à saúde e dos sistemas de apoio na rede de atenção à saúde. Estão voltados para promover a integração dos pontos de atenção à saúde. Os principais sistemas logísticos da rede de atenção à saúde são: os sistemas de identificação e acompanhamento dos usuários; as centrais de regulação, registro eletrônico em saúde e os sistemas de transportes sanitários (30) (pag.13)

Quando o problema de saúde é mais simples, o usuário retorna a rede de atenção primária, este processo é a contrarreferência.

Embora a definição da referência e contra referência exista nos documentos oficiais do Ministério da Saúde, elas ainda não estão implantadas em sua totalidade como afirmam Fratini et. al. (2008, pag. 66-7) (46).

Os conceitos de referência e contra referência em saúde, apesar de se constituírem como uma das bases da mudança almejada para o setor, ainda se encontram num estágio de pouco desenvolvimento, tanto em relação aos seus possíveis sentidos teóricos quanto no que refere à efetivação e divulgação de experiências, exitosas ou não.

Neste estudo as autoras pontuam que para que o hospital possa lidar com sua demanda reprimida, ele deve pactuar as altas junto com a rede básica. Muitas vezes a contra referência não ocorre devido à falta de condições que supram as necessidades dos pacientes, como vemos:

Sabemos também que a decisão de manter os doentes no hospital, quando já teriam condições de continuarem o tratamento em domicílio, visa assegurar a continuidade do mesmo, já que frequentemente não têm condições de aquisição e nem mesmo de administração dos medicamentos. Como consequência este passa a um importante fator que amplia as filas de espera para internação e aumenta os custos da atenção hospitalar (46) (Ibidem, pag. 67).

É de grande importância para a continuidade do tratamento e segurança do paciente a desospitalização precoce, mas para que esta seja realmente efetiva a contra referencia deve funcionar.

Capítulo 3. O Cenário da Pesquisa – O Hospital Estadual Sumaré e os Municípios de seu Entorno

O Hospital Estadual Sumaré (HES) está localizado no município de Sumaré. Pertence a Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo. A organização do atendimento em saúde no estado é determinada pelos Departamentos Regionais de Saúde (DRS), segundo NOAS, 2002 (47), que define como:

Região de Saúde – base territorial de planejamento da atenção à saúde, não necessariamente coincidente com a divisão administrativa do estado, a ser definida pela Secretaria Estadual de Saúde, de acordo com as especificidades e estratégias de regionalização da saúde em cada estado, considerando as características demográficas, socioeconômicas, geográficas, sanitárias, epidemiológicas, oferta de serviços, relações entre municípios, entre outras. Dependendo do modelo de regionalização adotado, um estado pode se dividir em macrorregiões, regiões e/ou microrregiões de saúde. Por sua vez, a menor base territorial de planejamento regionalizado, seja uma região ou uma microrregião de saúde, pode compreender um ou mais módulos assistenciais (pag. 10).

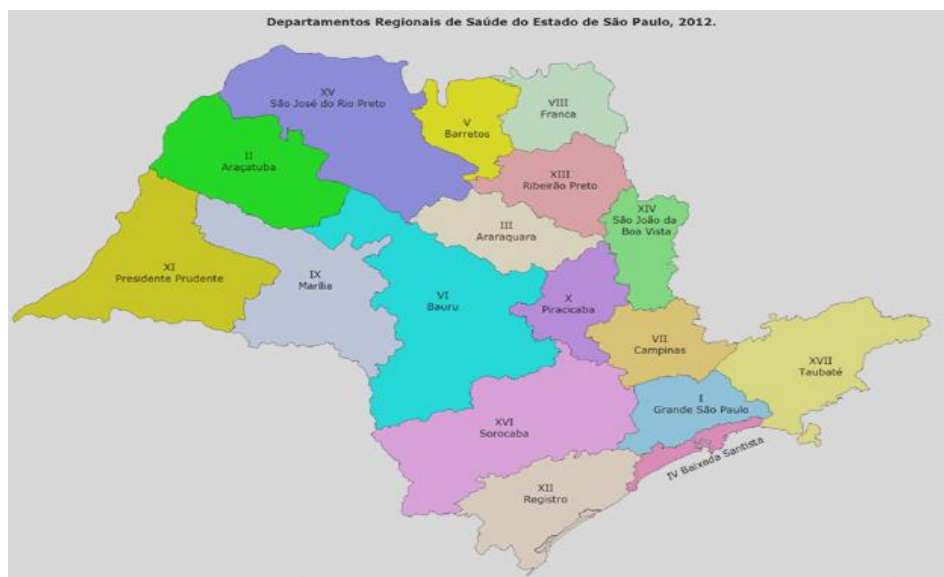


Figura 7. Mapa dos Departamentos Regional de Saúde da Secretaria do Estado de São Paulo.

Fonte: Site: <http://www.saude.sp.gov.br/ses/institucional/departamentos-regionais-de-saude/regionais-de-saude>, acesso em 23 de maio de 2014

O HES pertence à DRS VII que é composta pelos seguintes municípios: Águas de Lindóia, **Americana**, Amparo, Arthur Nogueira, Atibaia, Bom Jesus dos Perdões, Bragança Paulista, Cabreúva, Campinas, Campo Limpo Paulista, Cosmópolis, Holambra, **Hortolândia**, Indaiatuba, Itatiba, Itupeva, Jaguariúna, Jarinu, Joanópolis, Jundiaí, Lindóia, Louveira, Monte alegre do Sul, **Monte Mor**, Morungaba, Nazaré Paulista, **Nova Odessa**, Paulínia, Pedra Bela, Pedreira, Pinhalzinho, Piracaia, **Santa Bárbara D'Oeste**, Santo Antônio da Posse, Serra Negra, Socorro, **Sumaré**, Tuiti, Valinhos, Vargem, Várzea Paulista, Vinhedo. Dentre os municípios supracitados, destaca-se em negritos os que compõem a microrregião que o HES é referência.

Caracterização da Demanda do HES e Perfil de Atendimentos

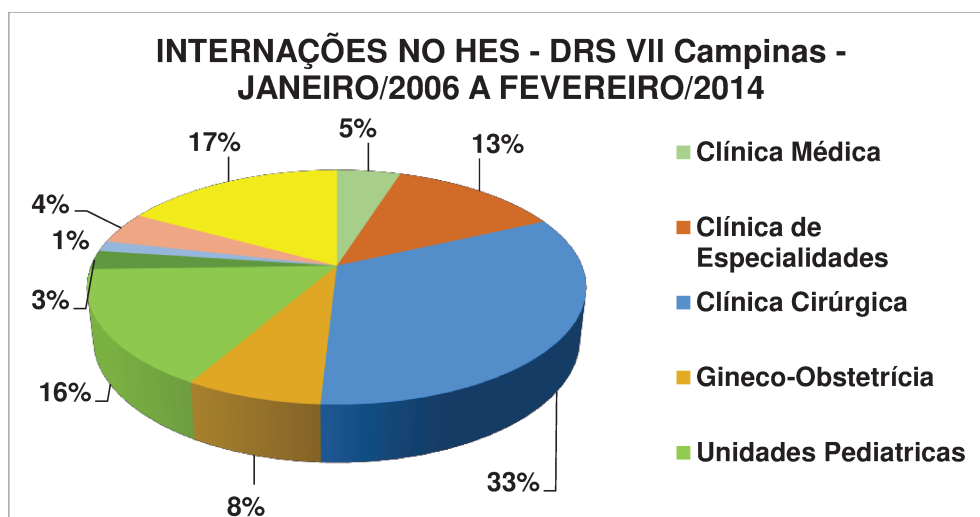


Figura 8: Gráfico de Internações por especialidades DRS VII -2006 a 2014

Fonte: Sistema MV - Módulo: PARI (Gerenciamento de Internação) - Relatórios - Personalizados - 147_ALTA_X_CIDADE_X_UNID_INT – NSP/HES

Neste gráfico pode-se observar que o predomínio dos atendimentos é cirúrgico, 17% ocorrem em Centro Cirúrgico Ambulatorial, 16% em Unidade Pediátrica e 13% ocorrem na Clínica de Especialidades, cujo perfil é de procedimentos ortopédicos e Neurocirúrgicos pontuando o papel do HES como referência para estes procedimentos.

Esta pesquisa foi realizada no Hospital Estadual Sumaré (HES), no setor de Núcleo de Saúde Pública, local de articulação e pactuações entre a microrregião da DRS VII, que compreende os municípios de: Sumaré, Nova Odessa, Santa Bárbara, Americana, Monte Mor e Hortolândia. Destaca-se a missão do HES, para compreendermos a dimensão de seus trabalhos e sua importância para esses municípios:

Oferecer aos usuários do Sistema Único de Saúde – SUS, atendimento de alta confiabilidade e qualidade em assistência médico-hospitalar; prestar assistência médico-hospitalar, prioritariamente secundária e de inserção microrregional (Americana, Hortolândia, Monte Mor, Nova Odessa, Santa Bárbara D'Oeste e Sumaré), visando à prevenção, ao tratamento e a cura de doenças, ao alívio da dor e do sofrimento, restaurando a saúde e a esperança, prolongando a qualidade de vida do ser humano com dignidade; servir como campo de práticas contínuas para atividades de ensino relacionadas à assistência médico-hospitalar, tanto em graduação como em pós-graduação e servir como campo de práticas para pesquisa na área de saúde; colaborar para o aperfeiçoamento de profissionais da área da saúde, do corpo funcional do hospital bem como de outros profissionais com atuação na rede pública da região; participar da Central de Regulação da DRS VII - Campinas e estabelecer mecanismos de referência e contra referência, propiciando o constante aprimoramento da qualidade de atendimento, com a formulação de protocolos técnicos para as diversas patologias (48) (pag. 3).

O HES tem grande importância no atendimento à população desta região como vemos em Freire (2008, pag. 95) (49).

O Hospital Estadual Sumaré – HES - foi inaugurado em setembro de 2000. Tendo como pressuposto o seu caráter regional, o Hospital passou a ser retaguarda para internação nas quatro clínicas básicas (clínica médica, cirurgia, pediatria e gineco-obstetrícia), UTI (neonatal, pediátrico e adulto) e para o atendimento às urgências referenciadas, participando do sistema de referência e contra referência.

Tão importante quanto garantir a lógica de funcionamento do hospital baseada em metas de produtividade, reavaliadas a cada ano, é assegurar uma assistência humanizada de qualidade. Os municípios possuem cotas de vagas agendadas quinzenalmente, com prioridade para os serviços deficitários nas redes municipais (48).

O Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) compartilha o espaço do Núcleo de Saúde Pública, bem como as discussões a respeito do cuidado de pacientes vindos da microrregião, buscando sempre oferecer uma assistência mais segura através do gerenciamento dos protocolos assistenciais.

Os municípios convidados a participar deste estudo foram selecionados pela demanda representativa do HES, sua proximidade geográfica e a divisão administrativa da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, através dos Departamentos Regionais de Saúde – DRS.

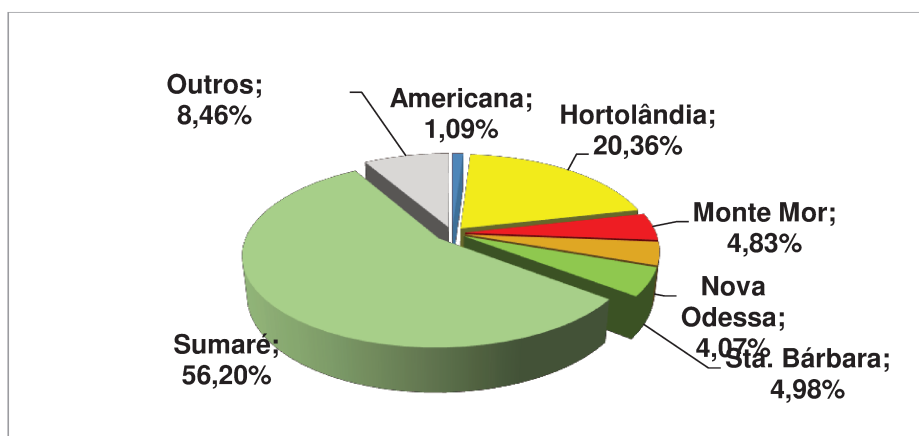


Figura 9: Porcentagem de Atendimentos por Municípios 2006 a Fevereiro de 2014
Fonte: Sistema MV - Módulo: PARI (Gerenciamento de Internação) - Relatórios - Personalizados - 147_Alta_X_Cidade_X_Unid_Int.

Por ser um hospital que nasceu moderno e com uma filosofia de funcionamento diferenciada, as medidas baseadas em metas de produtividade foram determinantes na criação de uma Cultura de Qualidade no HES. Desde 2000, o HES conquistou prêmios e certificações inéditas para uma instituição de saúde pública brasileira. Com apenas dois anos de funcionamento, o Hospital Estadual Sumaré foi considerado um dos dez melhores hospitais do país mais bem avaliado pelos pacientes, garantindo o prêmio de Qualidade Hospitalar - Categoria Nacional, concedido pelo Ministério da Saúde, Certificação Organização Nacional de Acreditação (ONA), nível 3 e Certificação Canadense. Em 2012, o HES-UNICAMP foi o primeiro hospital do interior do País a conquistar a Acreditação Internacional Canadense:

Acreditação Canadense, válida por três anos, é focada em ações para integralidade do cuidado ao paciente, estabelecendo rotinas e protocolos mais rigorosos que garantem ao usuário medidas seguras a cada intervenção, desde a sua entrada até a alta hospitalar. Foram dois anos de adequações antes da criteriosa auditoria do comitê do CCHSA, que já fez o mesmo com mais de 50 hospitais no Canadá, Europa e Arábia Saudita, tornando-se referência para inúmeros países. Um pré-requisito que a unidade da Unicamp já havia cumprido é a obtenção do certificado da Organização Nacional de Acreditação (ONA) em nível máximo (3), conquistada em 2006⁴.

⁴ Esta publicação encontra-se no site do Hospital Estadual Sumaré, sobre a ocasião da Acreditação Canadense. Acesso em: http://www.hes.unicamp.br/imprensa/03072012_recebe_ac.php

Em Freire (2008) (49) observamos que existem desafios na articulação entre o HES e a rede:

Avançar na relação com os outros serviços hospitalares da região uma vez que atualmente todos os municípios têm um hospital. As mudanças dos secretários de saúde e de seus técnicos também têm sido um dos dificultadores desse processo de articulação do HES aos serviços de saúde da região. (pag.102)

O HES está sempre buscando cumprir seu papel na prestação de serviços de saúde a população, de qualidade para o bem estar da população através de pactuações e a prestação de um serviço de qualidade. (49).

A “autonomia” dada pela ausência de uma política governamental para a assistência hospitalar brasileira e conseqüentemente para uma sistemática de avaliação da mesma, aliada a um esgotamento da capacidade dos gestores municipais em articular os serviços de saúde numa rede regionalizada e integrada tem, paradoxalmente, permitido ao Hospital Estadual Sumaré, um hospital inserido numa universidade pública e pautado por princípios do SUS de defesa da vida, viver e operar várias ferramentas de avaliação e transformá-las em produção de mais governabilidade à sua alta direção consolidando assim o seu projeto (pag.163).

O HES se destaca pela busca contínua na melhoria da assistência mantendo um padrão de excelência nos processos assistências e sendo uma forte referência para esta região (48).

... o HES, financiado pelo estado de São Paulo, na “proposta de OS” é o segundo hospital público no Brasil a ser acreditado, é o primeiro hospital público acreditado no nível 2 (de excelência) e é ainda o primeiro hospital público a ser nível 3 ou acreditado pleno. Recebeu, ainda, o prêmio de Qualidade do Ministério da Saúde, além de ser classificado como Hospital Amigo da Criança e reconhecido como Hospital de Ensino pelas regras novas do Ministério da Saúde e da Educação. É o único hospital público a acumular estes resultados, pelo menos no estado de São Paulo (48) (pag. 173).

Capítulo 4. O Método para Trilhar o Caminho

Um tema composto por diversas vertentes, um diálogo entre os interlocutores do hospital e a atenção básica buscando compreender o caminho do paciente portador de microrganismos multirresistentes.

Por meses foi realizada a busca de referências nas bases de pesquisa científica: BIREME, LILACS, PUBMED, SCIELO, com algumas palavras-chave que poderiam fazer alguma interface com o tema como controle de infecção e contra referência, saúde integral e controle de infecção, entre outras; e raramente alguma delas retratava o tema. Para a construção da temática foi necessário ir construindo o caminho traçado mentalmente.

Outras fontes foram utilizadas nesta pesquisa como: IBGE, Office, MV2000i, programas de gestão hospitalar, diário de campo com as percepções da pesquisadora, fontes de dados internas do HES e entrevistas para esclarecer dúvidas pertinentes a esta construção.

Para a consecução dos objetivos propostos julgou-se pertinente à adoção de uma estratégia metodológica qualitativa.

De acordo com Denzin e Lincoln (2005) (50), a pesquisa qualitativa é multimetodológica quanto ao foco, envolvendo uma abordagem interpretativa e naturalística para seu assunto. Isto significa que os pesquisadores qualitativistas estudam as coisas em seu *setting natural*, tentando dar sentido

ou interpretar fenômenos em termos das significações que as pessoas trazem para eles.

A investigação nos expõe ao campo do outro e abre possibilidades de aprendizado aos interlocutores.

Thiollent (1987, pag. 97) (51) afirma que numa relação de investigação convencional pretende-se, em nome da objetividade, fechar ao máximo o mecanismo de captação, para que as respostas das pessoas interrogadas sejam emitidas sem efeito de aprendizagem e sejam diretamente “encaixáveis” na - que o investigador deseja mostrar ou justificar. Assim, perde-se de vista a questão da aprendizagem e da criação ao nível das pessoas ou grupos implicados na situação.

De acordo com Minayo (1996, pag. 43) (52),

A metodologia não só contempla a fase exploratória de campo (escolha do espaço da pesquisa, escolha do grupo de pesquisa, estabelecimento dos critérios de amostragem e construção de estratégias para entrada em campo) como a definição de instrumentos e procedimentos para análise dos dados.

Como referencial para a análise dos dados optou-se pela Análise Institucional que para Lourau, 1993 (53), busca trabalhar as contradições que estão presentes nas Instituições.

Em um primeiro ponto de vista, a Análise Institucional pretende trabalhar a contradição, seguir uma lógica dialética em oposição à lógica identitária característica das demais ciências – à exceção da Psicanálise. Tenta analisar, em permanência, as suas próprias contradições, visto que só funciona dentro dessas (exatamente como qualquer ciência). Mas, reconhece isso; as outras não

o procuram fazer. Nosso campo de coerência se apóia, essencialmente, na categoria de contradição (pag. 10).

Antes do início da pesquisa os gestores dos municípios da microrregião de referência do HES, foram convidados para conhecerem o tema e saberem se este era de interesse para todos.

Todas as reuniões foram acompanhadas pelo enfermeiro do Núcleo de Saúde Pública (NSP) do HES e registradas em ata.

As impressões durante os encontros foram registradas no diário de pesquisa.

Para Lourau, (1993 pag. 77) (53) o diário de pesquisa é uma ferramenta potente, pois:

O diário nos permite o conhecimento da vivência cotidiana de campo (não o "como fazer" das **normas**, mas o "como foi feito" da prática). Tal conhecimento possibilita compreender melhor as condições de produção da vida intelectual e evita a construção daquilo que chamarei "lado mágico" ou "ilusório" da pesquisa (fantasias, em torno da CIENTIFICIDADE, geradas pela "asséptica" leitura dos "resultados" finais).

Neste primeiro contato os representantes encaminhados pelos gestores dos municípios, levantaram impressões positivas sobre o tema. Embora todos ressaltassem incertezas sobre o momento de mudança política iminente⁵.

Estas mudanças políticas ficaram claras neste primeiro contato e talvez tenham impactos sobre a não participação de alguns municípios. (Diário do Pesquisador)

⁵ No ano de 2012 ocorreram eleições municipais. E as mudanças ocorreriam gerando incertezas entre os profissionais.

O útil ou necessário para a ética, a pesquisa e a ética da pesquisa não é a implicação – sempre presente em nossas adesões e rechaços, referências, participações e não participações, sobre motivações e desmotivações, investimentos e desinvestimentos libidinais... – mas a análise dessa implicação. [...] a implicação, por sua vez, deve ser analisada individualmente e coletivamente, o que supõe atividade intensa e, muitas vezes, penosa. [...], é que a implicação se encontra camuflada pela sobreimplicação, mantida à sombra da última. (pag.190-191) (53).

Entende-se que o tema é muito específico e o quão importante ele se faz para cada gestor no momento de mudança política, revelando ou ocultando fragilidades na transferência do cuidado, ou melhor, do cuidado em rede.

Após as mudanças políticas a pesquisadora retomou o contato com os municípios e as informações pactuados no primeiro contato foram perdidas, devido a mudança na gestão (Diário do Pesquisador).

A análise das implicações é o cerne do trabalho socioanalítico, e não consiste somente em analisar os outros, mas em analisar a si mesmo a todo o momento, inclusive no momento da própria intervenção. [...] O importante é a análise se tornar a mais pública e coletiva possível. E nem tudo é possível... Há resistências a se revelar e a se coletivizar alguns “segredos”, mesmo estes não sendo com relação a pertencer à máfia (53) (pag. 36-37).

Os gestores das equipes dos municípios selecionados foram convidados a se reunir para debater a temática em questão, ou encaminharem profissionais para participarem no seu lugar.

No dia agendado vieram oito representantes dos municípios convidados que participaram da primeira etapa da pesquisa.

A implicação, no campo das ciências humanas, pode ser então definida como o engajamento pessoal e coletivo do pesquisador em por sua práxis científica, em função de sua história familiar e libidinal, de suas posições passada e atual nas relações de produção e classe, e de seu projeto sócio-político em ato, de tal modo que o investimento que resulte inevitavelmente de tudo isso seja parte integrante e dinâmica de toda atividade de conhecimento (54). (pag.120).

Ao pensarmos na interpretação dos participantes devemos analisar a implicação da presença e contribuição destes no encontro.

A análise de implicação é necessariamente um trabalho coletivo. Eu não posso analisar minhas implicações sozinho em meu canto. Os dispositivos de análise que construímos são, pois, sempre coletivos e geralmente temos vários analistas em cada intervenção (55). (pag.21).

- **Etapa 1.** Diagnóstico inicial para conhecer quem são os participantes, sua atuação no SUS, sua percepção sobre o tema e seu interesse em participar da pesquisa. Para isso foi aplicado um questionário (Anexo1) neste encontro. O questionário foi autoaplicável e servirá à pesquisadora de embasamento para a preparação de uma capacitação sobre a transferência de pacientes do HES portadores de microrganismos Multirresistentes, para a rede básica. Isto porque na contra referência alguns pacientes são acolhidos pelo serviço de atenção domiciliar e outros serão acompanhados pelo PSF.

Após esta etapa foi marcada a etapa 2 – O segundo Encontro - e neste momento apenas sete representantes participaram.

- **Etapa 2.** Realização de uma capacitação com os assuntos propostos pelos participantes no questionário do primeiro encontro. Nesta fase será fornecida pelo pesquisador uma apostila (Anexo 4) com os temas discutidos e com medidas de prevenção de contaminação cruzada entre pacientes. Foram esclarecidas as dúvidas e alinhado o processo de contra referência do Hospital Estadual Sumaré e as Unidades assistenciais.
- **Etapa 3.** Entrevista com os gestores do Núcleo de Saúde Pública do Hospital Estadual Sumaré
- **Etapa 4.** Restituição com os municípios participantes – Este encontro estava previsto, porém não ocorreu por motivos diversos detalhados na continuação do capítulo.

4.1. Os Encontros

Para a realização dos encontros o convite foi realizado ao gestor dos municípios e este indicou o participante que estaria representado o município.

Como foi dito anteriormente realizaram-se dois encontros que tiveram cada um aproximadamente uma hora e trinta minutos de duração. Dois municípios, mesmo após convite, envio de email e contato telefônico não participaram.

Com intuito de preservar o anonimato dos municípios e dos participantes nos encontros, conforme consta no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que todos assinaram, adotou-se as seguintes legenda: M1, M2, M3, M4, M5, M6.

Na tabela 1, verificamos os dados de cada município: número de habitantes, participação na pesquisa, presença de Serviço de Atenção Domiciliar ou

Estratégia Saúde da Família (PSF), presença de hospital/ Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e serviço de internação domiciliar.

Tabela 1. Tabela com municípios participantes/ população e serviços

Municípios	Pop.	Participação	SAD	ESF	Hospital*	Internação domiciliar
M1	210.638	Não	Sim	Não	Sim	Não
M2	192.692	Sim	Sim	Não	Sim	Não
M3	48.949	Sim**	Não	Sim	Sim	Não
M4	51.242	Sim	Não	Sim	Sim	Não
M5	180.009	Não	Sim	Não	Sim	Não
M6	241.311	Sim	Sim	Não	Sim	Não

**Estes municípios possuem pequenos hospitais de baixa complexidade ou Unidades de Pronto atendimento.*

*** Apenas no primeiro encontro*

Dos seis municípios convidados, dois não participaram dos encontros e um participou apenas do primeiro encontro. Dos municípios, todos possuem pequenos hospitais ou Unidade de Pronto Atendimento. Quatro municípios possuem assistência domiciliar (56), dois possuem Estratégia de Saúde da Família, nenhum deles possui internação domiciliar⁶.

⁶Internação domiciliar conforme recomendações do Ministério da Saúde no documento *Melhor em Casa- Caderno de Atenção Domiciliar*, 2012.

Objetivo do 1º encontro: Aplicou-se um questionário (Anexo 3), buscando obter um diagnóstico sobre a assistência aos pacientes portadores de microrganismos Multirresistentes, se esta informação é importante para o município e se os profissionais têm condições de garantir uma assistência segura a todos os pacientes atendidos, sem que haja a transmissão cruzada destes microrganismos. Este levantamento embasou a pesquisadora para a elaboração de uma capacitação sobre o tema elencado pelos participantes sobre medidas assistenciais de prevenção de contaminação cruzada e também a transmissão desta informação no relatório de alta hospitalar.

Perfil dos participantes do 1º Encontro e representação dos municípios.

- P1, enfermeira que atua no SUS há dois anos e dois meses, pertence ao M3 e atua na gestão. Participou apenas do primeiro encontro.
- P2, enfermeira que atua no SUS há três anos, pertence ao M2 e trabalha em Assistência Domiciliar
- P3, nutricionista que atua no SUS há dez anos, pertence ao M2 e trabalha na Assistência Domiciliar.
- P4, enfermeira que atua no SUS há um ano, pertence ao M4 e atua em Programa da Estratégia Saúde da Família.
- P5, enfermeira que atua no SUS há seis anos, pertence ao M2 e atua na Assistência Domiciliar.

- P6, enfermeira que atua no SUS há 23 anos, pertence ao M6 e atua em Assistência Domiciliar.
- P7, enfermeira que atua no SUS há cinco anos, pertence ao M6 e atua em Assistência Domiciliar.
- P8, enfermeira que atua no SUS há um ano e pertence ao M4 e atua no Controle de Infecção Hospitalar no hospital.

Estes profissionais representam quatro municípios, um total de 534.734 habitantes e correspondem a 80% das internações do Hospital Estadual Sumaré.

Neste 1º encontro ficou programado um 2º encontro onde a pesquisadora prepararia uma capacitação contemplando os temas levantados e forneceria uma apostila com o conteúdo, para que os profissionais capacitassem suas equipes, buscando assim, que o conteúdo pudesse ser multiplicado e quem sabe assim a assistência a pacientes portadores de microrganismos Multirresistentes fosse qualificada.

Objetivo do 2º. Encontro: Neste encontro a pesquisadora apresentou uma aula, explanando os temas expostos, as medidas de prevenção de contaminação cruzada de Microrganismos Multirresistentes, uso seguro de EPI's, mecanismos de resistência bacteriana e a possibilidade dos participantes levarem este conhecimento às equipes assistenciais (Anexo 4).

A pesquisadora também aplicou um questionário de avaliação (Anexo 5) do tema e da capacitação apresentada. Também durante este encontro surgiram outros

temas como: Uso de oxigênio domiciliar, dieta enteral, etc., estas necessidades mostram abertura dos municípios em qualificar o acompanhamento de pacientes na pós-alta e foram acolhidas pelo enfermeiro do Núcleo de Saúde Pública para abordagem posterior.

4.1.1. Fase Pré-capacitação, questões trabalhadas no Primeiro Encontro

Quando questionados em relação à visita domiciliar e sua atuação no cuidado ao paciente, se o profissional se preocupa com a transmissão de infecção entre pacientes com microrganismos multirresistentes, todos os participantes responderam possuir conhecimentos sobre a questão, e neste caso deveriam explicar esta preocupação. Alguns relatam que a família não se preocupa:

“Sim, por fazer orientações quanto aos cuidados com a família e eles não levarem tão a sério os cuidados básicos.” (P. 1)

Alguns profissionais se preocupam em levar os microrganismos multirresistentes e prejudicarem os pacientes:

“Me preocupo, pois sem este cuidado posso tornar-me fonte de infecção/transmissão para outros pacientes.” (P. 2)

“Temos o cuidado com os EPI necessários, lavagem das mãos, atender esse paciente por último, para não ocorrer contaminação cruzada a outros pacientes, capacitar, orientar o cuidador no manejo com o paciente como orientação básica de higiene.” (P. 3)

“Devemos nos conscientizar quanto às medidas necessárias para impedir que a própria equipe de saúde atue como vetor na propagação de infecções.” (P. 4)

Percebemos que o tema é de fato uma preocupação para os profissionais e os incomoda. Isso dentro da Análise institucional é conceituado como implicação, como cita Lourau, (1993) (53).

Pois não é a implicação, cada vez mais claramente, o objeto de análise das relações que temos com a *instituição* e, antes de tudo, com nossa instituição de pertencimentos mais próxima aquela que possibilita nossa inserção nas situações sociais de intervenção, de formação e de pesquisa? (pag. 19).

A implicação é algo que nos envolve e mobiliza e talvez nos esclareça porque estes profissionais responderam ao convite da pesquisadora e participaram deste trabalho.

Alguns relatam a preocupação no uso de **EPI** (Equipamento de Proteção Individual) e sua importância na prevenção de infecção cruzada, embora saibam sua importância à rede de assistência não forneça materiais suficientes, comprometendo a prevenção e aumentando o risco de contaminação.

“Utilizamos avental descartável, máscara e luvas.” (P. 5)

“Embora não temos EPI (nem sempre), e/ou por motivo de falta de informação geral sobre se o paciente é multirresistente, às vezes podemos estar transmitindo infecção cruzada, mas procuramos fazer tudo o possível para evitar a transmissão; mas podemos melhorar.” (P. 6)

As falas destes profissionais apontam um problema real na gestão, que é a falta de insumos ou o subfinanciamento do SUS.

Outros profissionais sabem da importância da higiene das mãos, o uso de EPI, mas relatam acontecimentos de outra ordem que podem impactar na segurança da assistência, isso ocorre por fatores diversos: como falta de insumos, falta de informação e conhecimentos, bem como a fragilidade na gestão pública.

“Hoje pensamos/utilizamos a lavagem das mãos e uso de luvas para a execução de procedimentos. Tentamos também pensar na logística de ordem das visitas, mas isso nem sempre é possível.” (P. 7)

No ano de 2011 o CDC (57) lançou um guia de orientações para pacientes ambulatoriais e ressalta a prática da precaução padrão como a mais importante na prevenção da contaminação/infecção cruzada.

“Cada paciente deve ter um cuidado individualizado e seguro. Toda a família é orientada para cuidar do paciente com segurança, e ao manter o paciente no seu domicílio, diminuem os riscos de transmissão de MR. Porém essas ações são individualizadas por iniciativa de alguns profissionais. (P. 8)

Nestes trechos podemos ver a implicação individual e quão isso incomoda o profissional. L'Abbate, (2004) (58) afirma a importância de saber para onde podemos ir ou caminhar quando nos implicamos.

...devemos sempre nos interrogar sobre os motivos mais profundos pelos quais estamos nos implicando neste ou naquele projeto, o que significa, em última instância, estar atentos à dimensão ética, com certeza presente em todas as nossas ações. (pag. 8).

A maioria dos profissionais que participaram desta pesquisa está implicada com o cuidado, pois são enfermeiros, ou seja, cuidadores.

Quando questionados sobre seus conhecimentos sobre transmissão de microrganismos multirresistentes e os riscos da aquisição destes, apenas um profissional disse não ter conhecimento sobre os riscos, pois este profissional não teve esta informação em sua formação inicial, pois é nutricionista, como observamos na definição do perfil dos participantes. Os demais profissionais tiveram que explicar melhor este conhecimento como segue.

“Sabemos que o contato direto e muito próximo com o paciente, principalmente com suas secreções, pode acarretar transmissão cruzada para outros pacientes se não forem utilizadas as devidas precauções. Sabemos que o ideal seria até o uso de máscaras e aventais descartáveis para uso em cada paciente, mas hoje só conseguimos trabalhar com a ótica de troca de luvas e lavagem das mãos, quando a casa visitada possibilita que isso ocorra”. (P. 7)

Embora o profissional relate o que deveria fazer na prática diária isso acaba não ocorrendo, novamente pontuando a ausência de insumos.

“De paciente para paciente, profissionais para pacientes e de paciente para profissionais”. (P. 4)

“Conhecimentos dos riscos, prevenção, importância do uso de EPI adquiridos na graduação”. (P. 2)

“Caso sejam realizadas orientações incorretas ou indevidas os riscos são para a vida do paciente”. (P. 1)

“Possuo pós-graduação em Prevenção e Controle de Infecção e atuo na área”. (P. 8)

“A transmissão de MO resistente pode agravar a saúde daqueles pacientes que até poderia ser um candidato à alta do serviço. Os cuidados com EPI deverão ser os mesmos seguidos na área hospitalar (precauções de contato/fluídos etc.)” (P. 6)

“Tenho conhecimento aprendido na faculdade”. (P. 5)

Sabemos que o que é transmitido na Graduação é insuficiente e superficial, não contemplando toda a complexidade de resistência bacteriana e as principais medidas de prevenção. Este profissional atua no SUS há seis anos e pela sua fala não se atualizou ou existe a falta de atualização profissional na política de gestão de recursos humanos.

Quando indagados sobre quais as deficiências que eles detectam em seu ambiente de trabalho que dificultam uma assistência de boa qualidade aos pacientes portadores de microrganismos multirresistentes os profissionais pontuaram:

“No ambiente de trabalho que atuo faltam recursos humanos para realizar um trabalho de qualidade” (P. 8)

“Algumas dificuldades como a falta de RH (principalmente enfermagem)”.

“Falta área para lavar as mãos”. (P. 5)

“Estrutura do domicílio, entendimento do cuidador, cultura, problemas socioeconômicos”. (P. 3)

“Falta às vezes, dependendo da casa, pia para lavar as mãos, álcool gel por ex. que poderia ser disponibilizado pelo serviço, e às vezes EPI’s”. (P. 6)

“Déficit de profissional para realizar os procedimentos (assistência), desinteresse dos próprios profissionais”. (P. 4)

“Infelizmente nos falta muita condição de trabalho, mas também temos a dificuldade na informação, pois não são todos os hospitais que informam a existência de MR nos pacientes. Temos falta de insumos como luvas, máscaras e aventais para as visitas e RH adequado, mas também realizamos visitas em domicílios muito desestruturados, sem iluminação e circulação de ar adequados e até falta de local adequado para lavagem das mãos. Os domicílios são muito insalubres em sua grande maioria”. (P. 7)

Na análise institucional há o conceito de Autogestão que resumidamente podemos dizer que a autogestão esta relacionada também a autonomia do grupo, do grupo se autogerir sem que seja necessário um líder e a heterogestão é quando nos deixamos gerir por outrem.

Nós funcionamos, todos, em todos os lugares, sob a heterogestão; ou seja, "geridos" por "outrem". E a vivemos, geralmente, como coisa **natural**. A ciência política e todas as novas ciências da racionalidade econômica seguem por essa via. Pretendendo-se científicas, aceitam o instituído como natural, como se os homens tivessem uma natureza de escravos, como se sonhassem estar sempre submetidos a outros homens, e como se estes outros homens fossem super-homens... como se houvesse uma raça de homens superiores que **naturalmente** detém a propriedade privada da gestão "do mundo" (53). (1993, pag.14).

Em todas as respostas observamos a falta de algo material para o “sucesso no cuidado”, diria que é um discurso de impotência diante da gestão e este é mais um analisador. (59)

... o efeito do analisador é sempre de revelar algo que permanecia escondido, de desorganizar o que estava de certa forma organizado, de dar sentido diferente a fatos já conhecidos. (pag. 82).

Esta é a realidade apresentada pelos profissionais deste grupo, que atendem aos pacientes em seus domicílios e se sentem incomodados com a situação por não

poderem modificá-la. É a revelação de um analisador, como pontua Pezzato e L'Abbate, 2012 (60):

...revelando dimensões relevantes e significativas do processo de trabalho das equipes, bem como da própria gestão municipal de saúde, dimensões estas que se encontravam ocultas, ou certas situações, um tanto camufladas. (pag. 137).

Quando foi solicitado que citassem pontos que acham importante discutir sobre assistência domiciliar e risco de aquisição de microrganismos multirresistentes, foram elencados os seguintes tópicos:

Cuidados gerais, riscos. (P. 1)

Acho importante apresentar os principais microrganismos multirresistentes, os mais comuns, seus riscos para o paciente, como orientarmos o cuidador, cuidados na residência, cuidados que o profissional deve ter. Como o acompanhar estes pacientes (o que mais devemos atentar no cuidado). (P. 2)

Fluxo Hospital – Serviço de Atenção Domiciliar, alta programada, Manejo do paciente com MR (atualização), Antibioticoterapia (tratamento pós-tratamento). (P. 3)

Informações sobre os casos. (P.4)

Discutir sobre microbiologia, Antibioticoterapia. (P. 5)

Alta programada com interação entre o hospital e Serviço de Atenção Domiciliar (SAD). Referência e Contra-referência. Não existe atendimento 24h no SAD o que dificulta continuidade ATB (injetável). Cuidadores idosos/ou incapacitados para colocar em prática as orientações da equipe do SAD. (P. 6)

Acho que muito em relação à falta de estrutura dos domicílios e a falta de insumo dos municípios. (P. 7)

Discutir os benefícios do atendimento domiciliar e a importância da criação de uma equipe de atendimento domiciliar voltada à reabilitação à saúde e prevenção de infecções. Principalmente para o conhecimento dos gestores municipais. (P. 8)

Pode-se constatar que nesta questão é feita a encomenda para o pesquisador. E está fundamentada no compartilhamento de informações sobre a assistência aos pacientes portadores de Microrganismos Multirresistentes e na melhoria da informação no relatório de alta.

Quando questionados se existe algum tipo de instrumento de referência e contra referência entre a rede básica e a rede hospitalar, apenas o município M2 respondeu positivamente que possui impresso formal de contra referência.

4.1.2 Fase da Capacitação, questões trabalhadas no Segundo Encontro

Ao término da primeira etapa o pesquisador recebeu algumas demandas e encomendas.

Se a existência de uma encomenda e de demandas preliminares ou emergentes no decorrer do trabalho é uma condição da pesquisa socioclinica, é porque o pesquisador trabalha com a participação dos sujeitos envolvidos na pesquisa. Esta participação pode assumir diferentes formas dependendo da modalidade da pesquisa: contribuição para a coleta de informações, aceitação de ser observado ou ainda investimentos em sessões de grupo com objetivo analítico (61). (pag. 91).

No segundo encontro foi realizada uma capacitação com o conteúdo sugerido pelos participantes no primeiro encontro.

Neste encontro alguns profissionais não vieram por motivos do trabalho e o M3 não participou desta etapa.

Todos os participantes se mostraram interessados durante a explanação do conteúdo e foi de grande valia os pontos apresentados. Após a apresentação foi entregue uma apostila com o material abordado durante a capacitação (Anexo 4) Após a capacitação foi aplicado um questionário auto aplicável para avaliação do pesquisador em relação à demanda do grupo.

Diante das respostas pode-se perceber que todos os participantes responderam que o conteúdo era claro e não haveria dificuldades em aplicá-lo

Quando questionados se seria possível evitar a contaminação de seus materiais durante e após a assistência de pacientes portadores de microrganismo multirresistente, não houve consenso, conforme podemos verificar nas repostas que se segue:

Parcialmente. Necessitamos de mais recursos materiais. (P. 6)

Parcialmente, devido a falta de insumos no município (avental, álcool gel, entre outros) (P. 7)

Não. Em alguns casos a estrutura familiar não comporta os cuidados mínimos. Nesses casos o serviço social do município interna esse paciente no hospital da cidade (P. 8)

Sim. Porém nem todos. (P. 6)

Sim. Porém às vezes à dificuldade em relação a organização do ambiente domiciliar. (P. 2)

Não. Condições sociais nem sempre possibilitam este ambiente (muito insalubres). (P. 7)

Não. Realizamos visitas em ambientes insalubres, com higiene precária. (P.5)

Não. Alguns domicílios não têm estrutura adequada (P. 3)

Muito profissionais que atuam na Assistência Domiciliar colocam as dificuldades para evitar a contaminação fora de seu alcance ou até mesmo nas condições de âmbito social. Em nenhuma das buscas científica que a pesquisadora fez este problema é colocado em discussão. Pelo contrário, os estudos abordam alguns benefícios da assistência domiciliar, como: melhora na qualidade de vida do doente, reduz o risco de infecções hospitalares, permite a autonomia do paciente, entre outros benefícios (61).

Quando foi solicitado que fizessem sugestões de quais recomendações o hospital deveria incluir na contra-referência para facilitar a assistência aos pacientes portadores de microrganismos multirresistentes, surgiram muitas ideias.

Incluir o patógeno e a antibioticoterapia usada na internação. E /ou exames laboratoriais (antibiograma) em anexo. (P. 8)

Certificar e garantir que todos os pacientes realmente estão recebendo o resumo de alta, no momento da alta hospitalar. (P.6)

Medicações em uso, história clínica, se há multirresistente e dificuldades que tiveram durante a internação. (P. 2)

O nome da bactéria para possibilitar um tratamento adequado e iniciar conversas para retorno e acompanhamento dos casos. (P.7)

A sugestão é a informação sobre o nome do microrganismo, o tipo de tratamento utilizado. (P. 5)

O nome da bactéria, tratamento (P.3)

Podemos observar que todos solicitam informações sobre o relatório de alta.

Durante as etapas desta pesquisa o Hospital Estadual Sumaré realizou alterações em seu relatório de alta incluindo um campo obrigatório com as informações sobre Microrganismos Multirresistentes.

4.1.3. O Terceiro Encontro – A Restituição

...a restituição na socioanálise, para ser verdadeiramente construtiva, supõe o respeito a certas regras. Entre estas, certamente, as regras ontológicas da descrição, e as regras técnicas relativas à escolha do momento oportuno para a restituição. É um pouco como na vida cotidiana, quando escolhemos o que deve ser dito das coisas que pensamos (e quando). Realmente nunca dizemos tudo a que pensamos, não importa em qual situação (53). (1993, pag. 52).

Embora estivesse programado um terceiro encontro para que fosse feita a restituição isso não ocorreu.

Durante o andamento desta pesquisa ocorreu uma das maiores epidemias de Dengue de Campinas e região, gerando um verdadeiro caos na rede desta microrregião.

Neste contexto podemos refletir que houve um alerta prévio a epidemia visando a organização e estruturação dos municípios do Estado de São Paulo, através do Centro de Vigilância Epidemiológica- CVE⁷. Embora o alerta tenha sido disparado

com antecedência à situação epidêmica tomou conta desta microregião e do Estado de São Paulo, revelando dificuldades na gestão em saúde dos municípios em realizar medidas de prevenção. Em entrevista recente à Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Prof. Dr. Gastão Wagner de Campos coloca alguns pontos sobre a dificuldade na gestão do SUS⁸.

Eu trabalho com a hipótese e constatação de que o modelo de gestão do SUS está esgotado e seu principal problema é a fragmentação. Essa proposta de autarquia seria de criar um SUS Brasil, ou seja, um Sistema Único que funcione com gestão tripartite. O ministro da saúde trabalharia em um planejamento nacional, com a representação dos municípios, como é hoje. Mas a base do planejamento seriam as regiões de saúde e não os municípios.(...) Esse decreto do COAP é um avanço, mas não vai conseguir superar a fragmentação, o uso irracional de recursos e a iniquidade. E as propostas de sistemas nacionais de saúde precisam ser mais articuladas. A integralidade é regional e aí precisa ter uma gestão unificada regional. As secretarias estaduais não podem fazer sozinhas, porque não vão ter autoridade. Por isso, penso nesse colegiado.

⁷Plano de ações para o controle da Dengue no Estado de São Paulo, 2013-2014. Acesso em http://www.cve.saude.sp.gov.br/htm/zoo/pdf/dengue13_Plano2013-2014.pdf

⁸Entrevista a ENSP em 02 de julho de 2014. ACESSO EM: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/materia/detalhe/35696>.

Podemos refletir na ausência do encontro de restituição é a dificuldade dos profissionais discutirem e refletirem sobre sua prática. Não há esse incentivo na rede de assistência em saúde, não há profissionais suficientes que possam se deslocar por algum tempo de seus locais de trabalho, haja vista a dificuldade de realizar o primeiro e o segundo encontro.

Outro fator é pensar na epidemia de dengue como um analisador. Esta epidemia ocasionou transtornos nos municípios, revelando que a gestão em saúde não estava preparada ou não havia se organizado para a epidemia.

Podemos pensar que neste período de transição (ano de mudança política), muitas dificuldades podem ocorrer na gestão municipal.

Ou talvez que a gestão não tenha se sensibilizado com a projeção epidemiológica sobre a Dengue que o Centro de Vigilância Epidemiológica comunicou aos municípios?

4.1.4. Entrevistas com os Gestores do Núcleo de Saúde Pública do Hospital Estadual Sumaré

Nesta etapa da caminhada os gestores do Núcleo de Saúde Pública (NSP) foram entrevistados pela pesquisadora para complementar a coleta de informações a

respeito da relação entre o Núcleo e municípios na gestão do cuidado e em suas pactuações no atendimento à população.

Perfil dos Gestores e suas Atribuições:

- Gestor 1 (G1): Função gerente do NSP: Médico, Infectologista, membro da Qualidade. Responsabilidade: pactuar, acompanhar dados epidemiológicos, gerenciar protocolos institucionais e pactuar com os secretários da saúde dos municípios.
- Gestor 2 (G2): Função Enfermeiro Sanitarista, responsável por todas as doenças de notificação compulsória, dados epidemiológicos, inter-relação com os municípios da região sobre protocolos assistenciais.
- Tempo de atuação dos gestores e sua formação.

G1: Estou desde novembro de 2013 em substituição a June B. Freire⁹

G2: Entrei no HES em fevereiro de 2013 como enfermeiro sanitaria e aprimoramento em epidemiologia hospitalar e estou aprendendo este contato com os municípios e esta relação com os gestores dos municípios.

⁹ A Médica Sanitarista June Barreiros Freire atua como Gerente do Núcleo de Saúde Pública e coordenadora da Qualidade do Hospital Estadual Sumaré desde 2002 e atualmente está de licença no exterior.

Para os gestores, o papel do Núcleo de Saúde Pública no HES tem duas vertentes, uma que...

- compreende o Controle de Infecção Hospitalar, o contato com os municípios e agendamento de consultas pelos municípios e AMEs (Ambulatório Médico de Especialidades), além da Vigilância Epidemiológica.(G1)
- A outra parte é a aposta do HES na relação com os municípios da microrregião pela defesa da vida do paciente na busca do melhor cuidado de uma forma que ele possa ter acesso ao serviço de saúde, seja atendido no hospital e não fique perdido no sistema, porque nos deparamos com pacientes que ficam perambulando de serviço em serviço e não tem a resolução de seus problemas. Para o paciente isso acaba complicando um pouco e quando ele chega ao nosso serviço ele tem uma posição de agressividade e ele acaba “não posso dizer mal atendido”, mas ele não tem o seu problema resolvido e quando ele chega aqui está revoltado.

Podemos recordar a demanda e o acesso dos pacientes na microrregião estudada, que possui um sistema de saúde deficiente e pouco resolutivo na busca pela integralidade. Pudemos verificar na fala dos profissionais da rede que existem muitas deficiências seja em insumos ou em profissionais. E o paciente nesta rede não vê a resolutividade de seu problema de saúde. Este paciente busca alguém que o escute, alguém que o ajude, ou seja, uma assistência que o respeite e o trate com respeito.

Esta situação é reflexo de um sistema de saúde fragmentado, de recursos insuficientes ou mal gerido, onde a integralidade no/do cuidado não é praticada, como já apresentado anteriormente.

G2: Às vezes o município esta passando por alguma dificuldade e entram em contato para que possamos ajudá-los, às vezes é demanda reprimida... e como temos acesso a vagas disponíveis (...) temos a visão de onde faltam vagas e onde sobra, aí a gente tenta ajudar para que o paciente não fique muito tempo esperando. Lógico que nem tudo a gente pode ajudar, mas a gente tenta...

Na visão do gestor ele observa falhas nos fluxos de alguns municípios, e quando o paciente chega ao HES, ele (gestor) busca uma forma de solucionar o problema do paciente, isto, dentro das possibilidades do hospital. Esta tentativa inverte os papéis até então analisados. O nível terciário (no caso do HES) tem funções específicas e qualificadas.

Se pensarmos no SUS hoje, onde temos mais investimentos em hospitais do que na Atenção Primária à Saúde, lógica construída historicamente, pois os pacientes buscam primeiramente o Pronto Atendimento, visando apenas o caráter curativo ao invés de ir a uma Unidade Básica de Saúde e de acompanhar preventivamente sua saúde.

O subfinanciamento da Atenção Primária é objeto de inúmeras discussões e reflexões em saúde, comprometendo o orçamento financeiro dos pequenos municípios e colocando o Brasil como um dos países com o menor investimento em saúde no mundo. (63)

Na detecção de problemas provindos da atenção básica e através de relatos (demanda) da equipe médica, o NSP se mobiliza a reunir os municípios e discutir protocolos conjuntos.

G2: Também levamos aos municípios problemas que detectamos aqui, como falhas no acompanhamento de pacientes (...) um exemplo foram casos de macrossomias em recém nascidos que iam para UTI Neonatal por falhas no pré-natal e controle de diabetes gestacional. chamamos os municípios e percebemos que havia falhas na identificação do diabetes. Esta demanda partiu dos médicos obstetras e realizamos uma capacitação com os municípios para evitar estes problemas. Então eu vejo o papel do núcleo como um setor que briga pelo paciente e busca integrar o hospital e os municípios, buscando o melhor atendimento, buscando a integralidade que é garantida pelo SUS. Temos também os atendimentos ambulatoriais, a referência e contra-referência para que o paciente não se perca no sistema.

Pela Política de Humanização no parto é papel da Unidade Básica, realizar o pré-natal. Embora exista toda a estruturação deste trabalho na rede isso não é o que ocorre em todos os municípios, repercutindo em intercorrências maternas, partos prematuros e óbitos, conseqüência das dificuldades assistenciais.

Sobre a importância do Hospital Estadual Sumaré para a região

G1: O HES é hospital de referência para os municípios da microrregião, principalmente para procedimentos cirúrgicos, também tem uma demanda clínica importante tanto referenciada como espontânea... Nesta região não há um hospital com esta complexidade... ele também é referência por fazer parte do complexo UNICAMP.

G2: Esta região possui pequenos hospitais e UPA (Unidades de Pronto atendimento), mas a parte cirúrgica acaba sendo realizada no HES. Uma parte dos atendimentos vem via Central de Vagas e o SAMU. Sumaré não tem hospital público, recentemente foi inaugurado um hospital privado e uma UPA central. Hortolândia, tem o hospital Mário Covas de baixa complexidade; Monte Mor, teve alguns problemas¹⁰ ...tem um pequeno hospital e um Pronto Socorro mais os casos mais complexos são encaminhados para o HES; Nova Odessa tem um hospital municipal pequeno, não sei muito bem, mas o HES acaba sendo referência para eles também. Americana tem hospital municipal grande, inicialmente é referência pra gente pra algumas coisas, mas acaba vindo muito pouco pra cá, muito ela resolve internamente. Além disso ela tem hospitais privados que ajuda a demanda do município... e também tem um hospital Infantil... Santa Bárbara D'oeste, tem um hospital municipal e Pronto atendimento e os casos mais complexos encaminha para cá. A única cidade da região que não tem hospital é Sumaré. E se a gente pensar nos municípios com mais deficiências é Sumaré e Monte Mor. O HES foi instalado aqui por ser uma região estratégica porque foi identificado que tinha um gargalo nesta região, ...por isso nossa maior demanda é de Sumaré.

No relato deste gestor observamos que a região “menos favorecida” em relação à estrutura dos serviços de saúde é Sumaré. E outras regiões que possuem uma melhor estruturação “dependam” menos do HES, pois possui, em partes, a resolutividade de sua demanda, seja numa melhor composição da rede pública, seja pela rede privada.

¹⁰Monte Mor teve seu hospital interditado no ano 2012 pelo Ministério Público. Atualmente está se reestruturando.

Como é feita a construção das Relações e Pactuações

G1: além do contato diário para resolver questões sobre pacientes e agendamentos, realizamos reuniões trimestrais com representantes dos municípios para que os municípios tragam novas demandas e esclarecer como funciona o hospital (...) além de ser ponte entre os municípios e a DRS, esta é uma forma. A outra é através de treinamentos em determinadas épocas do ano. Como no início do ano realizamos um treinamento de dengue e agora estamos enfrentando uma epidemia...

Na fala do gestor sentimos que a relação entre os municípios é tranquila, sem percalços e que a adesão destes às pactuações ocorre. Mas é uma contradição se compararmos a fala do gestor sobre dificuldades de fluxo e a busca do paciente pela atenção terciária por não encontrar a solução de seu problema na atenção primária.

O que é almejado pelos gestores do NSP e os municípios

G1: Através de um bom relacionamento com os municípios, suporte com a unidade básica para garantir um cuidado integral.

A construção de protocolos conjuntos entre o HES e os Municípios

G2: Na construção de protocolos conjuntos, um deles é o oxigênio domiciliar. Reunimos os municípios e avaliamos a situação, pois alguns pacientes saiam do hospital com oxigênio, não recebiam avaliação no domicílio e as vezes não tinham mais necessidade do uso. Isso acarretava um gasto muito grande para ao município. Outras vezes a família não tinha condições financeiras de arcar com o gasto na conta de energia elétrica pelo uso do oxigênio domiciliar e acabava voltando o paciente para o hospital. Foi feito um levantamento dos problemas e se alguns pacientes tinham a indicação do oxigênio e como o município iria trabalhar essa situação. Às vezes o município alugava o aparelho e quando chegava à casa do paciente ele não estava mais usando, a família desligava. Então a gente avalia o critério, o município avalia se a casa tem condições de higiene, se a família entende, etc.

Observam-se dificuldades na gestão em saúde dos municípios desta microrregião em analisar a realidade de seus pacientes/usuários.

Porém, se os gestores não conseguirem impactar os modos como são construídas as contraturalidades entre trabalhadores e usuários, no dia a dia dos serviços, não operam intervenções transformadoras nos modelos de atenção (64).

G2: Creio que as pactuações são muito importantes, mas dependem também do município querer fazer parte disso, não só o hospital. O hospital tem interesse em ajudar mas os municípios precisam querer se envolver com os problemas. Isso é um ganho para o paciente, para o município e para o hospital

O gestor expõe que talvez o desafio desta microrregião é: “**PENSAR NO PACIENTE**”. Pensar na Integralidade do cuidado como ferramenta de gestão em saúde, pois este é um dos princípios fundamentais do SUS.

Tomar os processos de gestão institucional desse universo tecnológico próprio do trabalho vivo em ato, que permita submetê-los a processos de avaliações coletivas e colegiadas no interior das equipes de trabalhadores de saúde, como médicos, enfermeiros, gestores, e outros, no interior de serviços concretos, é colocar em debate o conjunto dos processos que definem a relação qualidade e custo das ações de saúde, tomando como centro dessa avaliação os benefícios que o trabalho em saúde pode permitir para a qualificação da vida e da sobrevivência das pessoas adoecidas ou sob risco de adoecer (64).

Existem dificuldades no estabelecimento de um diálogo entre NSP e os municípios. Em realizar suas pactuações e o desdobramento deste processo gera “**uma certa**” frustração no gestor.

G1: No contato trimestral também nem todos os municípios participam pode ser um motivo pontual prefiro acreditar nisso e não por desinteresse.

Isso realmente prejudica a nossa intenção de manter contato/diálogo com todos. Talvez tentar em outro momento para conseguir a adesão de todos.

A pesquisadora vivenciou a dificuldade em realizar contato com os municípios e de dialogar sobre a transferência do cuidado dos pacientes e o quão importante seria discutirmos este cuidado.

G2: O interessante seria a participação dos seis municípios. Não sei se a não participação foi um problema na gestão, às vezes ficam muito atarefadas no município e não conseguem se deslocar ou o gestor não se interessou pelo assunto. Talvez em outro momento chama-los de novo, às vezes mudou a gestão e o novo gestor tenha interesse. O que falta às vezes é recursos humanos. Talvez divulgar os resultados positivos deste trabalho para a hospital e os município.

Na fala do gestor novamente surge a questão de sobrecarga de trabalho, ou dificuldades de “deixar” as tarefas cotidianas e refletir sobre a *práxis*. Novamente um analisador e uma implicação. Analisar o que a Instituição permite ao colaborador e a implicação do profissional com a sua prática.

G1: Os municípios têm a percepção que o HES tem que resolver todos os problemas de saúde dos municípios da microregião e é difícil fazê-los entender que temos limites. Tive a oportunidade de participar de uma reunião e a queixa era que os municípios tem uma fila imensa para cirurgia de prótese de quadril. O HES tem uma fila, o Estado tem, o Brasil... e nós não temos autonomia sobre isso.... No mais eu vejo uma boa vontade dos municípios em querer melhorar e ajudar os pacientes e isso é o nosso objetivo comum.

Pela fala dos gestores compreendemos que o HES é de grande importância no contexto da saúde desta microrregião e que a gestão tem se esforçado em

melhorar e garantir assistência do paciente. Porém, percebe-se, que ainda há muitos desafios pela frente na construção da integralidade do cuidado posta nesta relação do HES com as Unidades de Saúde dos municípios da microrregião no que se trata da transferência do cuidado de pacientes portadores de MR. Cada um possui um papel institucionalizado nesta relação que não passa pela questão de um "ajudar" o outro, mas de cada um cumprir com o que lhe cabe, ou seja, acolher as necessidades dos usuários destes serviços.

Capítulo 5. A Caminhada vai Chegando ao Fim

Ciência? Consciência? Pó que a estrada deixa E é a própria estrada, sem a estrada ser. É absurda a oração, absurda a queixa. Resignar (-se) é tão falso como ter. Coexistir? Com quem, se estamos sós? Quem sabe? Sabe [...] que são? Quantos cabemos dentro em nós? Ir é ser. Não parar é ter razão.

Fernando Pessoa. Poema: Qualquer caminho leva a qualquer parte

Considerando as exposições até o momento apresentadas, o tema é avaliado como de grande importância pelos municípios da microrregião do Hospital Estadual Sumaré. Embora exista um abismo entre a gestão e seus profissionais, que atuam no cuidado direto aos pacientes.

A busca contínua pela melhoria do cuidado na manutenção de sua integralidade faz-se necessária em todos os níveis assistenciais, bem como, a efetivação dos protocolos governamentais, na gestão das políticas públicas instituída na esfera do governo municipal.

As medidas estratégicas na gestão devem contemplar ações frente à situação epidemiológica relacionada aos microrganismos multirresistentes, sendo esta, um apelo à segurança do paciente. Muitas medidas de prevenção podem ser realizadas na atenção básica como a aquisição de insumos necessários nas visitas domiciliares para o atendimento de pacientes portadores de microrganismos multirresistentes.

O Hospital Estadual Sumaré cumpre seu papel de acordo com a sua missão, atuando com os municípios em suas demandas sendo um canal de formação e de assistência.

Durante as etapas desta pesquisa o Hospital Estadual Sumaré, realizou alterações em seu relatório de alta incluindo um campo obrigatório com as informações sobre Microrganismos Multirresistentes.

O Serviço de Controle de Infecção Hospitalar desde 2011 realiza evoluções no prontuário eletrônico dos pacientes, registrando resultados de culturas e o perfil de resistência. Todos os pacientes e acompanhantes são informados sobre resultados de culturas com perfil epidemiológico de resistência, pois estes pacientes permanecem em Precaução de Contato durante toda a internação. Após a alta do paciente seu registro de infecção/colonização permanece em uma lista na INTRANET do HES. Em novas internações esta lista é consultada e o paciente é automaticamente colocado em precaução de contato e novas coletas de monitoramento são realizadas. Este trâmite interno reduz os riscos de surtos intra-hospitalares e previne a contaminação cruzada entre pacientes.

No cumprimento da encomenda realizada à pesquisadora pelos municípios o produto foi oferecido a todos sem exceção. E a demanda que mobilizou os

encontros foi a necessidade de transferir o paciente e encaminhá-lo ao serviço de referência de sua origem.

...Análise Institucional tem por objetivo compreender uma determinada realidade social e organizacional, a partir dos discursos e práticas dos sujeitos (65).

Buscar compreender as articulações na transferência do cuidado é desafiador, pois a saúde é descentralizada e os gestores atuam cada qual em seu micro espaço. À medida que ampliamos nosso olhar para outras realidades podemos aprender, melhorar, crescer e contribuir.

O HES está sempre aberto a melhorar a qualidade dos processos assistenciais e a refletir com os municípios. Durante esta pesquisa o SCIH e NSP em conjunto com a direção do HES iniciou visitas aos serviços de saúde referenciados para dialogar melhorias nos encaminhamentos dos pacientes, buscando fortalecer a referência e contrarreferência.

Espaço Coletivo: um conceito, ou melhor, um arranjo organizacional montado para estimular a produção/construção de Sujeitos e de Coletivos Organizados. Refere-se, portanto, a espaços concretos (de lugar e tempo) destinados a comunicação (escuta e circulação de informações sobre desejos, interesses e aspectos da realidade), à elaboração (análise da escuta e das informações) e tomada de decisão (prioridades, projetos, e contratos). Os Espaços Coletivos são arranjos que podem tomar a forma de Equipes de Trabalho, Conselhos de Co-gestão, assembléias, Colegiados de Gestão, reuniões e Unidades de Produção, etc. (66). (pag 147)

Tendo em vista os gestores dos municípios participantes há uma grande preocupação com o tema embora eles não participem diretamente das decisões

adotadas no ambiente macro, eles podem decidir o que realizar em seu micro-espço (o cotidiano).

Em relação aos municípios não participantes algumas questões na fala dos gestores são abordadas como uma gestão pouco articulada não incentivando a construção de pactuações com o HES. Pode ser que no futuro este tema seja retomado e novamente o convite seja feito aos municípios, a fim de melhorar a transferência do cuidado aos pacientes portadores de microrganismos multirresistentes.

O importante é que este tema é atual e se faz necessário na articulação da transferência do cuidado, pois ainda não temos um sistema de informação unificado, onde os dados de saúde do usuário são registrados e compartilhados entre os serviços de saúde.

Referências Bibliográficas

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 2616/MS/GM de 12 de maio de 1998. Diário Oficial da União, Brasília, 13 de maio de 1998, Seção I, pag.133.
2. Fernandes AT, Fernandes MOV, Ribeiro Filho N. Infecção Hospitalar e suas Interfaces na Área da Saúde. São Paulo: Atheneu, 2000. 953p. v.1.
3. Berquó LS, Barros AJD, Lima RC, Bertoldi AD. “Utilização de Antimicrobianos em população urbana.” *Rev Saude Publica* 2004; 38:239-46.
4. CDC, Centers for Disease Control and Prevention. Guideline for hand hygiene in health-care settings: recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee and the HICPAC/SHEA/APIC/IDSA Hand Hygiene Task Force. MMWR Recomm Rep, Atlanta, 2002, v.51, n.RR-16, p.45, acesso em <http://www.cdc.gov/mmwr/pdf/rr/rr5116.pdf>,
5. Fernandes AT, Fernandes MOV, Ribeiro Filho N. Infecção Hospitalar e suas Interfaces na Área da Saúde. São Paulo: Atheneu, 2000. v.2.
6. Santos, AAM. O modelo brasileiro para o controle das infecções hospitalares: após vinte anos de legislação, onde estamos e para onde vamos? (Dissertação). Belo Horizonte (MG):Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais; 2006.
7. BRASIL, Nota Técnica Nº 01/2014 Vigilância e Monitoramento das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) e Resistência Microbiana (RM) em serviços de saúde, Brasília 2014. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/d6ec0e00433a3bd7b799ff5afd5>
8. World Health Organization – WHO. World Alliance for Patient Safety. Forward Programme – 2008 - 2009; acesso em 10 set 2012. Disponível em: <www.who.int/patientsafety/en>.World Health Organization- WHO – 2008.

9. Manual das Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde-Brasília: Organização Nacional de Acreditação, 2014, 159p.
10. Manual de Acreditação Internacional. Accreditation CANADA, IQG, Health Services Accreditation, 2010.
11. Santos, AMR. “As representações sociais da infecção hospitalar elaboradas por profissionais de enfermagem.” Rev Bras Enferm 2008; 61(4):441-6
12. Oliveira AC, Andrade FS, Diaz MEP, Iquiapaza. Colonização por micro-organismo resistente e infecção relacionada ao cuidar em saúde R A Acta Paul Enferm 2012; 25(2):183-9.
13. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Segurança do Paciente em Serviços de Saúde: Higienização das mãos. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. ANVISA, 2009. P.105
14. APECIH, Prevenção de Infecção do Trato Urinário-ITU: relacionada à assistência à saúde. São Paulo: Associação Paulista de Estudos e Controle de Infecção Hospitalar, 2008, 2ª ed, p.95.
15. IHI - Institute for Healthcare Improvement. 5 Million Lives Campaign. How to guide: Prevent Catheter-Associated Urinary Tract Infections. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement; 2008 (Available at www.ihl.org)
16. Shea, A Compendium of Strategies to Prevent Healthcare – Associated Infections in Acute Care Hospitals. Infection Control and Epidemiology, 2008,(29) p. 901-994
17. BRASIL, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Orientações para Prevenção de Infecção Primária de Corrente Sanguínea. ANVISA, 2010, p.50
18. IHI - Institute for Healthcare Improvement. Improvement tip: find and root it out, 2008. Available at: www.ihl.org
19. Centers for Disease Control and Prevention. CDC. The National Healthcare Safety Network (NHSN) Manual. Patient Safety Component Protocol. Division of Healthcare Quality Promotion. Division of Healthcare Quality Promotion National Center for Preparedness, Detection and Control of Infectious Diseases Atlanta, GA, USA, 2009. Disponível em: http://www.cdc.gov/ncidod/dhqp/pdf/nhsn/NHSN_Manual_PatientSafety
20. Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology. APIC. Guide to the Elimination of Ventilator-Associated Pneumonia, 2009, P.44

http://www.apic.org/Resource /EliminationGuideForm/18e326ad-b484-471c-9c35-6822a53ee4a2/File/VAP_09.

21. BRASIL, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Infecção do trato respiratório. Orientações para Prevenção de infecções Relacionadas à Assistência à Saúde. ANVISA, 2009, p.27.
22. López-Pueyo MJ, Gaite FB, Amaya-Villary R, Garnacho-Monteroc J. Multirresistência antibiótica en unidades de críticos. Med Intensiva 2011; 35(1):41-53.
23. BRASIL, Nota Técnica Nº 1/2010. Medidas para identificação, prevenção e controle de infecções relacionadas à assistência à saúde por microrganismos multirresistentes, 2010.
24. Centers for Disease Control and Prevention. Antibiotic resistance threats, USA, 2013, 114 p. Disponível em <http://www.cdc.gov/drugresistance/threat-report-2013/pdf/ar-threats-2013>.
25. Wright GD. Bacterial resistance to antibiotics: enzymatic degradation and modification. Adv Drug Deliv Rev 2005; 57(10):1451-70.
26. Australian Guidelines for the Prevention and Control of Infection in Healthcare - NHRMC 2010. 266p.
27. Sanches ICP, Abrahã AL, Acompanhamento hospitalar: direito ou concessão ao usuário hospitalizado? Ciência & Saúde Coletiva 2013; 18(1):67-76.
28. Viegas SMF, Penna CMM. O SUS é universal, mas vivemos de cotas. The Brazilian Unified Health System (SUS) is universal, but quotas are the norm. Ciência & Saúde Coletiva 2013; 18(1):181-90.
29. Puccini PT, Cornetta V K, Sahyom T Z, Fuentes ICP, Botta LMG, Puccini RF. Concepção de profissionais de saúde sobre o papel das unidades básicas nas redes de atenção do SUS/Brasil. Ciência e Saúde Coletiva 2012; 17(11):2941-52.
30. BRASIL, Portaria nº 4.279, a Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). De 30 de dezembro de 2010.
31. BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção Primária e Promoção da Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. –

Brasília: CONASS, 2011.197 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011).

32. Campos GWS. Um método para análise e cogestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda, São Paulo, Hucitec, 3ª ed., 2007. p.236.
33. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 256p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos Humaniza SUS; v.2) ISBN.
34. Cecilio LCO, Merhy, EE. A Integralidade do Cuidado como Eixo da Gestão Hospitalar. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro, IMS ABRASCO, 2003. p.197-210.
35. BRASIL, Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, Brasil Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).
36. Mattos RA. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). Cad Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2004; 20(5):1411-16.
37. Pinheiro R, Mattos RA. Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. ABRASCO, Rio de Janeiro, 2003; 226p.
38. Pinheiro R, Mattos, RA. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. ABRASCO, Rio de Janeiro, 2009, 182p.
39. González AD, Almeida MJ. Integralidade da saúde – norteando mudanças na graduação dos novos profissionais. Ciência & Saúde Coletiva 2010; 15(3):757-62.
40. Silva KL, Sena RR. Integralidade do cuidado na saúde: indicações a partir da formação do enfermeiro. Rev Esc Enferm USP 2008; 42(1):48 56.
41. Machado MFAS, Monteiro, EMLM, Queiroz, DT, Vieira, NFC, Barroso, MGT. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. Ciência & Saúde Coletiva 2007; 12(2):335-42

42. Malta DC, Cecilio LCO, Merhy EE, Franco TB, Jorge AO. Perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(2):433-44- 2004.
43. Bonfada D, Cavalcanti JRLP, Araújo DP. A integralidade da atenção à saúde como eixo da organização tecnológica nos serviços. *Ciência & Saúde Coletiva* 2012 17(2):555-60.
44. BRASIL. Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990.
45. Albuquerque PC, Stotz EN. A educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade. *Comunic Saúde Educ* 2004; 8(15):259-74.
46. Fratini JRG, Saupe R, Massaroli A. Referência e contra referência na integralidade em saúde. *Ciênc Cuid Saúde* 2008; 7(1): 65-72.
47. Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/02 (Portaria MS/GM n.º 373, de 27 de fevereiro de 2002, e regulamentação complementar), Brasil.
48. Secretária de Saúde do Estado de São Paulo - Relatório de Gestão, 2004-2010 – Hospital Estadual Sumaré/UNICAMP
49. Freire, JB. O desafio de operar as ferramentas de avaliação para os hospitais públicos: o caso do Hospital Estadual Sumaré-SP. (Tese), FCM/ UNICAMP, 2008. p.178.
50. Denzin NK, Lincoln YS. *Handbook of Qualitative Research*. Thousand Oaks: Sage, 2005.
51. Thiollent M. *Construção do Conhecimento e Metodologia da Extensão*: 1987.
52. Minayo, MC. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*, 4ª ed. São Paulo, Hucitec, 1996.
53. Lourau R. René Lourau na UERJ- 1993. *Análise Institucional e Práticas de Pesquisa*. Rio de Janeiro: Editora da UERJ, 1993. *Mnemosine*. Vol.3, nº2,

2007. Disponível em:
<http://www.mnemosine.cjb.net/mnemo/index.php/mnemo/issue/view/20>

54. Barbier R. O conceito de implicação na pesquisa-ação em ciências humanas. In: Barbier R. *Pesquisa-ação na instituição educativa*. Rio de Janeiro: Zahar, 1985. p.105-128.
55. Monceau G, Implicação, sobreimplicação e implicação profissional, *Fractal Revista de Psicologia*, v. 20 – n. 1, p. 19-26, Jan./Jun. 2008
56. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2012 p.101
57. CDC - Guide to Infection Prevention for Outpatient Settings: Minimum Expectations for Safe Care, Disponível em:
58. <http://www.cdc.gov/HAI/pdfs/guidelines/standatds-of-ambulatory-care-7-2011.pdf>, acesso em 05 de junho de 2014.
59. L'Abbate S. Análise Institucional e a educação em saúde: um diálogo produtivo. *Boletim em Saúde, BIS 34*, 2004. 27 p. disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/bis/pdfs/bis_n34.pdf , acesso em 22 de julho de 2014
60. L'Abbate S. “O Analisador dinheiro em um trabalho de grupo realizado num hospital Universitário em Campinas, São Paulo: revelando e desvelando as contradições institucionais”. In: Rodrigues HBC, Altoé S. (orgs.) *Saúde Loucura número 8. Análise Institucional*. São Paulo: Hucitec. 2004. p.79-99.
61. Pezzato LM, L'Abbate S. Uma Pesquisa-Ação-Intervenção em Saúde Bucal Coletiva: contribuindo para a produção de novas análises. *Saúde Soc São Paulo* 2012; 21(2):386-98.
62. Monceau G. A Socioclinica Institucional Para Pesquisas em Educação em Saúde. In: L'Abbate S, Mourão LC, Pezzato LM. *Análise Institucional & Saúde Coletiva*, São Paulo, Hucitec, 2013. 636 p.
63. Santos LR, Leon CGRM, Ponce DE, Funghetto SS. Princípios éticos como norteadores no cuidado domiciliar. *Ciência & Saúde Coletiva* 2011; 16(Supl.1):855-3.

64. Santos, NR, Sus política publica de Estado: seu desenvolvimento instituído e instituinte e a busca de saídas. *Ciência & Saúde Coletiva* 2013; (18): 273-280
65. Merhy EE. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção. In: Merhy EE, Magalhães Jr HM, Rímoli J, Franco TB, Bueno WS. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. 3ª.ed. São Paulo: Hucitec; 2006. p.15-36.
66. L'Abbate, S. Análise Institucional e Intervenção: breve referência à gênese social e histórica de uma articulação e sua aplicação na Saúde Coletiva. *Mnemosine* 2012; 8(1):194-219.
67. Campos GWS. Reforma política e sanitaria:a sustentabilidade do SUS em questão? *Ciência & Saúde Coletiva* 2007; 12(2):301-6.

Anexo 1: Parecer Consubstanciado do CEP

FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS - UNICAMP (CAMPUS CAMPINAS)	
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	
DADOS DO PROJETO DE PESQUISA	
Título da Pesquisa: A Interface do Controle de Infecção Hospitalar e as Unidades de Saúde: Garantindo a Integralidade do Cuidado	
Pesquisador: Alessandra Reinato Wolff	
Área Temática:	
Versão: 5	
CAAE: 16211713.3.0000.5404	
Instituição Proponente: Faculdade de Ciências Médicas - UNICAMP	
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio	
DADOS DO PARECER	
Número do Parecer: 372.252	
Data da Relatoria: 02/09/2013	
Apresentação do Projeto:	
As Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) são uma preocupação mundial. Nas últimas décadas este tema tornou-se um diferencial no cuidado e na qualidade dos serviços hospitalares prestados à comunidade. Pensando nos aspectos que envolvem a transferência do cuidado e como este cuidado pode ser aprimorado sem perder o referencial das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), tais como: a descentralização, o atendimento integral e a participação da comunidade. O cuidado integral refere-se ao atendimento das necessidades dos indivíduos de uma maneira ampliada, sendo um eixo importante na construção do SUS, e constituindo-se como um desafio na caminhada de construção do sistema. Seguindo as diretrizes da assistência domiciliar, focando o paciente colonizado por patógenos multirresistentes, compete aos anos uma reflexão sobre a assistência e a transferência do cuidado, zelando principalmente para que estes patógenos não sejam transmitidos a outros pacientes e realizando uma assistência segura entre toda a equipe multiprofissional e cuidadores.	
Objetivo da Pesquisa:	
Qualificar a contra referência (transferência do cuidado) dos pacientes egressos do Hospital Estadual Sumaré na perspectiva da prevenção de infecção cruzada após a Internação	
Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126 Bairro: Barão Geraldo CEP: 13.083-887 UF: SP Município: CAMPINAS Telefone: (19)3521-8936 Fax: (19)3521-7187 E-mail: cep@fom.unicamp.br	

Continuação do Parecer: 372.252

Objetivo Secundário:

o Conhecer e estabelecer uma reflexão em conjunto com os municípios de referência, sobre os cuidados na prevenção de infecção cruzada após a Assistência Hospitalar o Estabelecer uma comunicação efetiva com as Unidades Básicas de Assistência aprimorando a gestão do cuidado o Construção de um protocolo conjunto entre o hospital e a rede dos serviços de saúde que recebem o paciente após a internação e colonizado por germe multirresistente.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não há riscos previsíveis, tampouco benefícios diretos aos sujeitos da pesquisa.

como benefícios sociais, há previsão de melhorias na contra-referência de pacientes portadores de microrganismos multirresistentes e melhorias na transferência de cuidado dos pacientes portadores de microrganismos multirresistentes.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Critérios de Inclusão no estudo: ser indicado pelos gestores municipais de saúde para participar do projeto e assinar o TCLE.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados: folha de rosto devidamente assinada e adequada, projeto original e formulário gerado pela Plataforma Brasil, TCLE e carta de anuência para coleta de dados assinada pela coordenação do Centro de ensino e Pesquisa do Hospital de Sumaré-SP.

TCLE foi reformulado e atende aos preceitos emitidos pela Resolução 466-2012-CNS, MS.

Recomendações:

Conforme já comentado em parecer anterior, este CEP tem a função de atendimento de dúvidas, reclamações e denúncias sobre os aspectos éticos da pesquisa, cabendo ao pesquisador os demais esclarecimentos sobre o estudo.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Avaliação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Bairro: Barão Geraldo CEP: 13.083-887
UF: SP Município: CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 Fax: (19)3521-7187 E-mail: cep@fcm.unicamp.br

Continuação do Parecer: 372.252

Objetivo Secundário:

o Conhecer e estabelecer uma reflexão em conjunto com os municípios de referência, sobre os cuidados na prevenção de infecção cruzada após a Assistência Hospitalar o Estabelecer uma comunicação efetiva com as Unidades Básicas de Assistência aprimorando a gestão do cuidado o Construção de um protocolo conjunto entre o hospital e a rede dos serviços de saúde que recebem o paciente após a internação e colonizado por germe multirresistente.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não há riscos previsíveis, tampouco benefícios diretos aos sujeitos da pesquisa.

como benefícios sociais, há previsão de melhorias na contra-referência de pacientes portadores de microrganismos multirresistentes e melhorias na transferência de cuidado dos pacientes portadores de microrganismos multirresistentes.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Critérios de Inclusão no estudo: ser indicado pelos gestores municipais de saúde para participar do projeto e assinar o TCLE.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados: folha de rosto devidamente assinada e adequada, projeto original e formulário gerado pela Plataforma Brasil, TCLE e carta de anuência para coleta de dados assinada pela coordenação do Centro de ensino e Pesquisa do Hospital de Sumaré-SP.

TCLE foi reformulado e atende aos preceitos emitidos pela Resolução 466-2012-CNS, MS.

Recomendações:

Conforme já comentado em parecer anterior, este CEP tem a função de atendimento de dúvidas, reclamações e denúncias sobre os aspectos éticos da pesquisa, cabendo ao pesquisador os demais esclarecimentos sobre o estudo.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Bairro: Barão Geraldo CEP: 13.083-887
UF: SP Município: CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 Fax: (19)3521-7187 E-mail: cep@fcm.unicamp.br

FACULDADE DE CIENCIAS
MEDICAS - UNICAMP
(CAMPUS CAMPINAS)



Continuação do Parecer: 372.252

CAMPINAS, 26 de Agosto de 2013

Assinador por:
Fátima Aparecida Bottcher Luiz
(Coordenador)

Anexo 2: Declaração do Hospital Estadual Sumaré - HES



DECLARAÇÃO

Pelo presente instrumento declaramos que foi aprovada pela Comissão de Ensino e Pesquisa do Hospital Estadual Sumaré o desenvolvimento do projeto de mestrado intitulado **"A INTERFACE DO CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR E AS UNIDADES BÁSICAS DE ASSISTÊNCIAS: GARANTINDO A INTEGRALIDADE DO CUIDADO"** sob responsabilidade de **ALESSANDRA REIANTO WOLFF**, porém sendo autorizado o início da pesquisa nesta instituição a partir da aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa – UNICAMP.

Na oportunidade, renovamos nossos laços de elevada estima e consideração.

Sumaré, 10 de dezembro de 2012.

Cordialmente,

Dr. June Barreiros Freire.
Coord. Centro de Ensino e Pesquisa
Hospital Estadual Sumaré.

Anexo 3: Levantamento de Questões Pré-Capacitação

Levantamento de Questões Pré-Capacitação

Pesquisa Intervenção/ Mestrado Profissional

Tema: A Interface do Controle de Infecção Hospitalar e as Unidades Básicas:
Garantindo a Integralidade do Cuidado

Pesquisador: Alessandra Renato Wolff

Orientador: Dr. Flávio Cesar de Sá

Nome: _____ Data: _____

Formação: _____ Trabalha no SUS há quantos anos: _____

Município: _____

Estas questões visam levantar as necessidades para a realização de uma capacitação de profissionais da assistência domiciliar e das unidades básicas no cuidado de pacientes com microrganismos multiresistentes. Responda com sinceridade e abertura, saiba que seus dados pessoais não serão divulgados e serão utilizados apenas para esta capacitação.

- 1- Em relação a visita domiciliar e sua atuação no cuidado ao paciente, você se preocupa com a transmissão de infecção entre pacientes com microrganismos multiresistentes?
 - a. Sim Explique
 - b. Não
- 2- Você possui conhecimentos sobre transmissão de microrganismos multiresistentes e os riscos da aquisição destes, através da assistência domiciliar?
 - a. Sim. Explique
 - b. Não
- 3- Quais as deficiências que você detecta em seu ambiente de trabalho que dificultam uma assistência de boa qualidade aos pacientes portadores de microrganismos multiresistentes: faltam insumos, faltam recursos humanos, falta área para lavar as mãos?
 - a. Sim
 - b. Não
 - c. Outros. Quais:
- 4- Cite pontos que você acha importante discutirmos sobre assistência domiciliar e risco de aquisição de microrganismos multiresistentes.
- 5- Existe um instrumento de referência e contra referência entre a rede básica e a rede hospitalar?
 - a. Sim
 - b. Não
 - c. Outros. Quais

Este instrumento deve ser preenchido pelo profissional que participará da capacitação. Caso isso não seja possível estas informações deverão ser repassadas a ele. Obrigado.

Anexo 4: Apostila da Capacitação

Pesquisa de Mestrado: A Interface do Controle de Infecção Hospitalar e as Unidades Básicas: Garantindo a Integralidade do Cuidado

Capacitação para profissionais da rede de atenção básica da Micro-região do Hospital Estadual Sumaré - 2013

Conceitos

Resistência Bacteriana - A resistência bacteriana pode ser definida como um conjunto de mecanismos de adaptação das bactérias contra os efeitos nocivos ou letais aos quais estão sendo expostas (Livermore, 1995).

Bactérias multirresistentes (BMR) – são microorganismos que não são inibidos por doses padrão de antimicrobianos disponíveis para o tratamento de infecções. Esta resistência é adquirida com o tempo através da exposição destes patógenos a concentrações de antibióticos que não são capazes de eliminá-los, geralmente em ambiente hospitalar. Os mecanismos de resistência ocorrem através de alterações genéticas que promovem: produção de enzimas que inativam os antibióticos, alterações nas membranas das bactérias que impedem a entrada do antimicrobiano ou bloqueio da síntese protéica bacteriana e conseqüente bloqueio na divisão celular. Estas bactérias podem causar infecções (como pneumonia, infecção urinária, infecção sanguínea, infecções de pele e subcutâneo) ou podem apenas colonizar o organismo das pessoas.

Colonização por bactérias – é a ocorrência de bactérias na pele, oro e nasofaringe e trato intestinal das pessoas, sem que as mesmas invadam as barreiras da pele e mucosas e sem que causem infecção. Normalmente estas bactérias são transmitidas através do contato, seja com indivíduo colonizado, com material biológico (sangue, secreções e excreções), com objetos ou superfícies contaminados.

Objetivos

- Fortalecer a comunicação entre o Hospital Estadual Sumaré e as Unidades Assistenciais da Micro-região DRS VII, com o intuito de **prevenir a transmissão de Bactérias Multirresistentes – BMR**
- Abranger o controle de BMR em serviços extra-hospitalares, guardadas as proporções de risco de infecção entre os serviços, de acordo com os procedimentos e assistência realizados pelos mesmos.
- Fortalecer a contra-referência entre as unidades assistenciais e o Hospital Estadual Sumaré, garantindo a integralidade do cuidado a pacientes portadores de BMR.
- Capacitar as equipes assistenciais sobre medidas de prevenção de transmissão cruzadas de BMR.

Atenção domiciliar

A Atenção Domiciliar envolve ações de promoção à saúde, tratamento de doenças e reabilitação desenvolvidas em domicílio, que compreende os serviços de internação domiciliar ou assistência domiciliar (RDC/ANVISA nº 2029/2011).

Pesquisa de Mestrado: A Interface do Controle de Infecção Hospitalar e as Unidades Básicas: Garantindo a Integralidade do Cuidado

Capacitação para profissionais da rede de atenção básica da Micro-região do Hospital Estadual Sumaré - 2013

Assistência ambulatorial

Recomendações

- a) Precaução padrão para o atendimento ambulatorial de pacientes com ou sem BMR. Faz parte da precaução padrão na assistência básica o uso de luvas e de avental para realizar curativos, manipulações em ostomias ou em casos de secreções não contidas, sondagem vesical, troca de sondas em cistostomias e passagem de sonda nasogástrica, procedimentos estes com risco de umedecer e contaminar o avental comum de assistência.
- b) A desinfecção de superfícies com álcool 70% é recomendada após cada procedimento citado acima tanto em portadores de BMR como em pacientes colonizados por flora comunitária.

A higienização de mãos deve ser reforçada em toda higienização de mãos deve ser reforçada em todos os atendimentos em assistência básica.

Desinfecção de Superfícies

Atualmente devido à prevalência de BMR nos serviços de saúde, o ambiente tem sido apontado como um importante reservatório de microrganismos, podendo participar da transmissão cruzada destes agentes. Estudos demonstram a presença de microrganismos multirresistentes em superfícies de leitos e equipamentos, após limpeza e desinfecção inapropriadas (ANVISA, 2010).

A limpeza das superfícies deve ser realizada com água e detergente, seguida de desinfecção com álcool 70%.

Transferência do Cuidado

Desde dezembro de 2012 o Hospital Estadual Sumaré, no setor de Controle de Infecção Hospitalar, com a preocupação de informar os serviços que recebem pacientes colonizados/infectados por BMR, inseriu no relatório de alta a informação de portador de multirresistente.

Cada serviço ao receber um paciente que necessita de assistência domiciliar, deverá observar esta informação no relatório de alta e assim organizar o cuidado, garantindo a segurança de todos os pacientes assistidos.

Todos os profissionais que prestam assistência em domicílio devem dispor:

- 1- Treinamento sobre risco de transmissão de BMR
- 2- Insumos para Precaução Padrão
 - a. álcool gel
 - b. Avental descartável
 - c. Luvas de procedimentos e estéreis
 - d. Máscara simples
 - e. Caixa para descarte de perfuro-cortantes
 - f. Óculos de Proteção

Pesquisa de Mestrado: A Interface do Controle de Infecção Hospitalar e as Unidades Básicas: Garantindo a Integralidade do Cuidado

Capacitação para profissionais da rede de atenção básica da Micro-região do Hospital Estadual Sumaré - 2013

- 3- Planilha de Procedimentos realizados em pacientes assistidos
 - a. Curativos
 - b. Sondagem vesical – demora / alívio
- 4- Disponibilizar insumos necessários aos pacientes no auto cuidado
 - a. Sonda de aspiração
 - b. Sonda vesical de alívio
 - c. Gaze e compressa para curativos
 - d. Luvas

Informações Adicionais

1- Parte do relatório de Alta Hospital Estadual Sumaré

PROPOSTA DE ACOMPANHAMENTO

«OBITO»

MICROORGANISMO MULTIRRESISTENTE

Sint «ENTEROBACTER»

PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO PARA NEONATOLOGIA

PESO DE NASCIMENTO: «X»

NASCIDO NO HES ? :

Fonte MV 2000 – HES - Relatório Alta – Área Microorganismos Multirresistente

2- Técnica de Higienização das Mãos

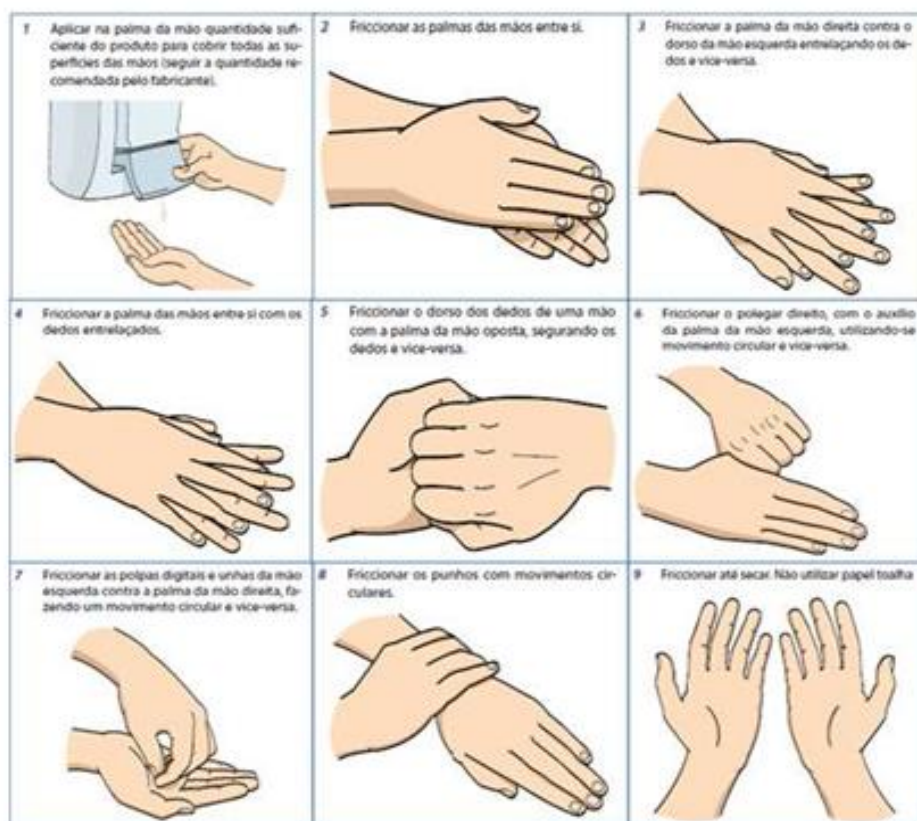
A higienização das mãos é a medida mais importante na prevenção das infecções e deverá ser realizada seguindo os 5 momentos preconizados pela OMS:

Os 5 momentos para a HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS



Pesquisa de Mestrado: A Interface do Controle de Infecção Hospitalar e as Unidades Básicas: Garantindo a Integralidade do Cuidado

Capacitação para profissionais da rede de atenção básica da Micro-região do Hospital Estadual Sumaré -2013



A Higienização das Mãos com solução alcoólica deve ser realizada sempre que as mãos não apresentarem sujeira visível

Referencias Bibliográficas

- TOLEDO PV, OLIVEIRA JC, LUHM KR. Surveillance programme for multidrug-resistant bacteria in healthcare-associated infections: an urban perspective in South Brazil. J. Hosp Infect 2012;80:351-53.
- GALES AC, JONES RN, SADER HS. Contemporary activity of colistin and polymyxin B against a worldwide collection of Gram-negative pathogens: results from the SENTRY Antimicrobial Surveillance Program (2006-09). J Antimicrob Chemother 2011 Sep; 66(9):2070-4
- ANVISA. Resolução RDC 50 de 21/02/02. Dispõe sobre o regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Brasília, 2002.

Pesquisa de Mestrado: A Interface do Controle de Infecção Hospitalar e as Unidades Básicas: Garantindo a Integralidade do Cuidado

Capacitação para profissionais da rede de atenção básica da Micro-região do Hospital Estadual Sumaré - 2013

- ANVISA. Resolução RDC 220 de 21/09/04.Regulamento Técnico para o funcionamento dos Serviços de Terapia Antineoplásica, Brasília, 2004. ANVISA.
- Resolução RDC 154 de 15/06/04, Regulamento Técnico para o funcionamento dos Serviços de Diálise, Brasília 2004.ANVISA. Investigação e Controle de Bactérias Multirresistentes, 2007.
- WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION).*Medicamentos: uso racional de medicamentos*. Disponível: <http://www.who.int>
- Resolução SESA N° 01/2012, Prevenção e Controle de Bactérias Multirresistentes e Manejo de Multirresistentes em Infecções Relacionadas a Assistência à Saúde, Curitiba 2012
- Precauções e Isolamento .L.Corrêa, A. A. da Silva, Fernandes, M V Lima - 2 Ed, São Paulo:Associação Paulista de Estudos e Controle de Infecção Hospitalar- APECIH, 2012

Dúvidas

Serviço de Controle de Infecção Hospitalar Hospital Estadual Sumaré – SCIH/HES

Pesquisador: Alessandra Reinato Wolff

Email: reassa@zipmail.com.br

Anexo 5: Questionário Pós Capacitação

Levantamento de Questões Pós-Capacitação

Pesquisa Intervenção/ Mestrado Profissional

Tema: A Interface do Controle de Infecção Hospitalar e as Unidades Básicas:
Garantindo a Integralidade do Cuidado

Pesquisador: Alessandra Renato Wolff

Orientador: Dr. Flávio Cesar de Sá

Nome: _____ Data: _____

Formação: _____ Trabalha no SUS há quantos anos: _____

Município: _____

Estas questões visam avaliar a capacitação realizada sobre assistência a pacientes portadores de microrganismos multiresistentes e reflexões sobre a transferência do cuidado. Responda com sinceridade e abertura, saiba que seus dados pessoais não serão divulgados e serão utilizados apenas para esta capacitação.

- 1- Em relação ao conteúdo apresentado, você consegue transmiti-lo à sua equipe?
 - a. Sim
 - b. Não. Explique
- 2- Você consegue aplicar as medidas de precaução de contato no domicílio?
 - a. Sim.
 - b. Não. Explique
- 3- É possível evitar a contaminação de seus materiais durante e após a assistência de pacientes portadores de microrganismo multiresistentes?
 - a. Sim
 - b. Não. Explique.
- 4- Os familiares facilitam a assistência domiciliar: fornecem um ambiente limpo, organizado, com acesso a lavagem das mãos?
 - a. Sim
 - b. Não. Explique
- 5- Sugira quais as recomendações que o hospital deveria incluir na contra-referência para facilitar a assistência aos pacientes portadores de microrganismos multiresistentes.

Este instrumento deve ser preenchido pelo profissional que participou da pré da capacitação. Caso isso não seja possível estas informações deverão ser repassadas a ele. Obrigado.

Anexo 6: Questões da Entrevista com Gestores do NSP

Etapa 3

Dissertação Mestrado Profissional – Alessandra Reinato Wolff

**Título: A Interface do Controle de Infecção Hospitalar e as Unidades Básicas:
Buscando a Integralidade do Cuidado de Pacientes Portadores de
Microrganismo Multirresistentes**

Entrevista com o coordenador e enfermeiro do Núcleo de Saúde Pública do HES

- 1- Qual é exatamente o papel do núcleo de SP no HES?
- 2- Há quanto tempo você está no papel de coordenador?
- 3- Qual a importância do HES para esta região do estudo?
- 4- Como são construídas as relações com os municípios?
- 5- Como são construídas e avaliadas as pactuações?
- 6- Quais pactuações deveriam existir entre os municípios e o HES na busca da integralidade do cuidado?
- 7- Durante as etapas anteriores da minha pesquisa três municípios não participaram. Como você vê a não participação destes 3 municípios na pesquisa.