

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
RESIDÊNCIA INTEGRADA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE
PROGRAMA - COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR
NÚCLEO - SERVIÇO SOCIAL

LISANDRA BOBSIN VIEIRA

LINHA DE CUIDADOS PARA FAMILIARES E ACOMPANHANTES DE PACIENTES
COM BACTÉRIAS MULTIRRESISTENTES NO CONTEXTO HOSPITALAR: A
PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE.

Porto Alegre

2018

LISANDRA BOBSIN VIEIRA

Trabalho de conclusão da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Controle de Infecção Hospitalar.

Orientadora: Alzira Maria Baptista Lewgoy

Porto Alegre

2018

“... ensinar não é transferir conhecimentos, mas criar a possibilidade para a sua produção ou a sua construção; e quem ensina aprende ao ensinar e quem aprende ensina ao aprender” Paulo Freire.

Agradecimentos

Agradeço primeiramente a está força maior que é Deus.

Agradeço a minha querida mãe Eneida, por estar sempre ao meu lado.

Aos meus irmãos Alequis e Alessandra pelo companheirismo, as minhas sobrinhas Isabela, Gabriela e Manuela por tornarem minha vida mais colorida.

A minha cunhada Michelli pelo apoio de sempre.

Agradeço imensamente a minha orientadora, professora Alzira Lewgoy, pela paciência, disposição, dedicação e por seu exemplo de amor em tudo que faz.

Aos amigos que ganhei durante esta intensa jornada, Denise, Leticia e Francis, obrigada por tornarem meus dias mais leves.

A minha grande amiga Adriele por esses anos de amizade e por estar sempre me auxiliando quando eu mais precisava.

Ao meu preceptor André pela acolhida e por dividir experiências ao longo desses dois anos.

A todos os colegas assistentes sociais, “contratados” e residentes por dividirmos muitos momentos juntos.

A todos os profissionais e colegas do Controle de Infecção por fazerem parte desta formação.

Muito Obrigada!

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	06
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	11
2.1 CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR.....	11
2.2 BACTÉRIAS MULTIRRESISTENTES.....	12
2.3 LINHA DE CUIDADO.....	13
2.4 EDUCAÇÃO EM SAÚDE.....	14
3 OBJETIVOS.....	16
3.1 GERAL.....	16
3.2 ESPECÍFICOS.....	16
4 METODO.....	16
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	22
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	30
REFERÊNCIAS.....	31
ANEXO A– Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE - participantes profissionais da saúde.....	36
ANEXO B- PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....	38
APÊNDICE A– Formulário de entrevista dos profissionais.....	44

1 INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988 é um marco na história da democracia brasileira, no que diz respeito aos direitos sociais. Foi por meio desta Constituição cidadã que o Sistema Único de Saúde (SUS) foi regulamentado pela Lei Federal nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Esta política de saúde visa garantir aos seus usuários o que dispõe a Lei Federal de nº 8.080, uma vez que,

[...] não se trata de empreendimento de fácil realização, pois a população que recorre aos serviços públicos de saúde, no geral, está exposta a um conjunto amplo de problemas sociais, sendo cada vez mais tênues os limites entre exclusão social e doença. Podemos até afirmar que o próprio processo de adoecer tem determinantes sociais, uma vez que há fatores sócio-políticos, econômicos e culturais que pesam no engendramento das doenças. (MARTINELLI, 2002, s/p).

A política de saúde é uma estratégia pública e social importante. Contudo, possui limites, como a falta de recursos físicos e materiais. A prevenção não é de fácil acesso, e a procura e a efetivação, na maioria dos casos, são reparadoras. No entanto, quando se consegue acessar os serviços de saúde, e tratando-se de educação em saúde para pacientes, familiares e ou acompanhantes, os mesmos precisam ter conhecimento para participar das decisões sobre sua saúde e decidir o que é melhor para si.

O Hospital de Clínicas de Porto Alegre-HCPA é um hospital de ensino e certificado internacionalmente pela Joint Commission International (JCI). A JCI organização sem fins lucrativos fundada em 1994 e tem como missão aprimorar a “segurança e qualidade dos cuidados na comunidade internacional através do fornecimento de educação, publicações, consultoria e serviços de avaliação” (JCI, 2017).

O HCPA, local onde foi realizada a pesquisa possui um “Plano de Educação em Saúde de Pacientes e Familiares” (HCPA, 2016). Este plano tem por finalidade a educação para pacientes e familiares, considerando a linha de cuidado estabelecida para cada especificidade, destacando-se os grupos de: pacientes em uso de medicamentos como anticoagulantes, insulina e quimioterápicos; pacientes em

situação de transplante; portadores de doenças crônico-evolutivas; pacientes em uso de oxigênio domiciliar, ventilação não invasiva e invasiva, próteses, sondas, cateteres e equipamentos biomédicos; pacientes com doenças infectocontagiosas; e pacientes crianças e idosos com risco de abuso e ou negligência (HCPA, 2016). Tem como metodologia o levantamento das necessidades individuais dos pacientes e familiares, cuja preocupação reside não só no que deve ser apreendido, mas na maneira singular como os indivíduos apreendem (HCPA, 2016).

Para dar materialidade aos objetivos propostos do plano de educação e saúde para familiares, as estratégias de operacionalização envolvem a transmissão de conhecimento à população que utiliza seus serviços, através de recursos audiovisuais, destacando-se os folders, cartazes, cartilhas, bem como, um trabalho de orientações individuais e grupais aos familiares e acompanhantes, envolvendo equipes de saúde, durante a hospitalização e após a alta hospitalar, aos que seguem atendimento ambulatorial. O registro destas atividades é realizado em prontuário do paciente no espaço conduta de educação se os familiares e acompanhantes participam ou não das atividades oferecidas pela Instituição. Portanto, a educação em saúde é necessária e faz parte das atividades dos trabalhadores do HCPA, perpassando durante toda a vida para todos nós.

Historicamente chamada de Educação Sanitária a educação em saúde surge no Brasil a partir da necessidade do Estado brasileiro de controlar as epidemias de doenças infectocontagiosas (MACIEL, 2009). No entanto a Educação em saúde é um processo mais amplo, por ser,

[...] entendida como uma instância de construção e veiculação de conhecimentos e práticas relacionadas aos modos como cada cultura concebe o viver de forma saudável e o processo saúde/ doença quanto uma instância de produção de sujeitos e identidades sociais (MEYER et al, 2006, p.1338).

Assim, o ponto de partida para as ações educativas inicia na admissão do paciente ao hospital, desenhando uma linha de cuidado que é diferente dos processos de referência e contra referência, apesar de incluí-los também. Linha de cuidado é uma proposta pensada para vencer os desafios de ter uma assistência integral à saúde (FRANCO &FRANCO, 2003). Esta linha só cuida de fato do usuário se os serviços de saúde organizarem seus processos de trabalho, de modo que haja o acolhimento dos usuários pelos trabalhadores (FRANCO &FRANCO, 2003). Ou

seja, inicia-se o processo desde a admissão do paciente nos serviços de saúde e perpassa durante toda a vida, como já citado anteriormente e tem como fluxo da linha de cuidado, a educação em saúde para instigar a autonomia dos sujeitos como participantes das decisões sobre sua própria saúde e de seus familiares. (FRANCO &FRANCO, 2003).

Desse modo, as ações político - pedagógicas que envolvem a educação em saúde são necessárias para se conhecer a realidade dos usuários e seus familiares, trabalhando o processo educativo ao fazer a movimentação entre ação e reflexão. Para obter o conhecimento é preciso que exista o processo de reflexão. O processo de reflexão permite conhecer-se a si mesmo e está ligada à liberdade dos sujeitos de decidirem o que é melhor para sua vida. Dentro deste processo de reflexão e não menos importante os profissionais, que atuam em instituições, também precisam refletir sobre como buscar o aperfeiçoamento e a qualidade de seus serviços prestados.

Nessa perspectiva a Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) é caracterizada por integrar ensino em serviço e formar profissionais de áreas distintas que compõem cenários de práticas orientados pelos princípios do SUS, surgindo em 2005 pela Lei Federal nº 11.129, orientada:

[...] pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir das necessidades e realidades locais e regionais, e abrangem as profissões da área da saúde, a saber: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional (Resolução CNS nº 287/1998). (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2005).

A Residência Integrada Multiprofissional em Saúde (RIMS) do HCPA surge em 2010 e constituiu-se espaço privilegiado para o desenvolvimento de práticas educativas tendo em vista a contribuição formativa para atuação no Sistema Único de Saúde e para o Programa de ênfase de Controle de Infecção Hospitalar (CIH), vinculado a Comissão de Controle de Infecção (CCIH) do HCPA, cenário de prática do qual a pesquisadora está inserida nas ações de prevenção e controle de infecções (HCPA).

A CCIH surge em meados da década de 80 através da portaria nº 196/83 (BRASIL, 1983) e atualmente esta Comissão tem se preocupado tendo em vista que

as Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde – IRAS que levam a óbito milhares de pessoas.

No intuito de evitar a contaminação e disseminação de bactérias, a educação em saúde, não só tem o objetivo de fazer com que o paciente, familiar ou acompanhante seja protagonista no seu cuidado, tanto quanto objetiva que os mesmos tenham a consciência de multiplicar o que é aprendido. É importante que os sujeitos aprendam, e tenham clareza, para não simplesmente reproduzirem o que lhes foi informado, ou seja, a aprendizagem deve de fato ter significado, fazer sentido na realização do cuidado.

Considerando o levantamento feito pela residente nas unidades de internação do HCPA, identificou-se que existem materiais de apoio escritos, em comum, a todo o paciente independente da patologia. Existem aqueles materiais que são direcionados; a) conforme a necessidade e condição de saúde de cada paciente; b) que são comuns a todos os pacientes, dentre eles pode-se destacar o de higiene de mãos que é uma atividade considerada muito eficaz no que se diz respeito a controle de infecções.

No levantamento feito pela residente em todos os andares do Hospital, antes de iniciar a pesquisa que será apresentada neste TCR, sobre as orientações fornecidas aos familiares, seja através de material visual ou de informações na admissão do paciente na unidade, identificou-se que esta orientação sobre as infecções relacionadas à saúde era fornecida em apenas alguns andares. Seja através do material gráfico, a partir dessa não homogeneidade entre os andares surgiram diversas inquietações acerca da realidade vivenciada pelos usuários dos quais também são atendidos pelo assistente social. Algumas indagações: pode-se trabalhar e educar em saúde considerando realidades, culturas, valores, e as diferentes maneiras de compreensão de cada um? De que forma os profissionais percebem que está sendo realizada a linha de cuidado aos pacientes? De que forma os pacientes e familiares percebem o que lhes é oferecido na perspectiva da educação em saúde/linha de cuidado?

Estas questões delinearão a investigação que será relatada neste trabalho cuja relevância está na possibilidade de mostrar como está estruturada a linha de cuidados para pacientes com bactérias multirresistentes.

Nesta direção à pesquisa realizada durante o processo de formação em serviço da residente de Serviço Social do Programa de Controle de Infecção do HCPA, teve como problema de pesquisa a seguinte indagação: **Como vêm se constituindo a educação em saúde como ferramenta da linha de cuidados a familiares de pacientes portadores de bactérias multirresistentes no Hospital de Clínicas de Porto Alegre?** Este problema de pesquisa é desdobrado nas seguintes questões norteadoras:

- 1) Qual a compreensão dos profissionais de saúde sobre linha de cuidado para o atendimento de portadores de bactérias multirresistentes?
- 2) Que ações educativas dos profissionais são realizadas com os familiares e ou acompanhantes de pacientes com bactérias multirresistentes.
- 3) Como é percebido pelos profissionais e familiares as ações educativas no HCPA?
- 4) Quais as potencialidades e limites da linha de cuidado com foco no cuidado a pacientes com bactérias multirresistentes no processo de educação em saúde realizadas no HCPA?

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR (CCIH)

Conforme a Lei nº 9431 de 6 de janeiro de 1997 que estabelece a obrigatoriedade do Programa de Controle de Infecções Hospitalares nas instituições hospitalares com o intuito de desenvolver ações para diminuir o acometimento de (IRAS). As (IRAS) também conhecidas como infecções hospitalares, são aquelas adquiridas após a admissão do paciente e que se manifesta durante a internação ou após a alta, quando puder ser relacionada com a internação ou procedimentos hospitalares (BRASIL, 2018). Sabe-se que as infecções levam a considerável elevação dos custos no cuidado do paciente, além de aumentarem o tempo de internação, a morbidade e a mortalidade nos serviços de saúde do país (ANVISA, 2017).

A Portaria 2616 de 12 de maio de 1998 dispõe de deliberações a serem adotadas por Programas de Controle de Infecção Hospitalar tendo como competências da CCIH, conforme o anexo I item 3 subitens 3.1, elaborar, implementar, manter e avaliar programa de controle de infecção hospitalar, adequado às características e necessidades da instituição, contemplando, no mínimo, ações relativas. CCIH tem por missão promover:

A interação e o equilíbrio entre abordagem clínica e a epidemiológica, aprimorando a qualidade do atendimento prestado. Aplica uma abordagem fundamentalmente preventiva em uma instituição voltada para o atendimento de enfermos, atuando primariamente a partir do mesmo objeto, o paciente, promovendo sua saúde, prevenindo ou minimizando novos agravos, utilizando ferramentas desenvolvidas em saúde pública. (FERNANDES, 2000, p.1402)

Pensando em estratégia do controle de disseminação e na prevenção em 2011 a unidade de internação 6º sul foi reorganizada pela CCIH do HCPA. A unidade possui 34 leitos e destina-se a receber pacientes com diversas patologias sendo prioritariamente os portadores de bactérias multirresistentes. Esta unidade é conhecida popularmente como isolamento, no entanto, ela não tem o caráter de isolamento porque possui cuidados especiais pelo cotidiano diferenciado das demais unidades. Para que ocorra um melhor controle a unidade permanece com a porta de acesso fechada, sendo necessário cartão de identificação para ingressar. Nesta

unidade não são permitidas visitas, somente um acompanhante por paciente, sendo possível revezar a permanência. Todos estes cuidados especiais com o objetivo de proteger os pacientes a suscetíveis contaminações por bactérias.

2.2 BACTÉRIAS MULTIRRESISTENTES

Bactérias ou Germes multirresistentes são micro-organismos que apresentam resistência à maioria dos antimicrobianos, para os quais esses germes são originalmente sensíveis (HCPA, 2011). Para evitar que essas bactérias sejam transmitidas é imprescindível que sejam adotadas medidas de prevenção. As bactérias multirresistentes podem ser transmitidas de uma pessoa para a outra através do contato com a pele ou por secreções dos pacientes. Para evitar ou diminuir a transmissão são utilizadas medidas de precauções como: higienização de mãos, utilização de luvas e aventais, utilização de máscaras e a desinfecção de superfícies, artigos de uso do paciente e equipamentos.

Os tratamentos para pacientes com bactérias multirresistentes, geram altos custos ao hospital, principalmente no que diz respeito ao consumo elevado de antibióticos e internações prolongadas. O elevado consumo de antibióticos pode causar a resistência e conseqüentemente o paciente permanece por uma internação de longo período. Recentemente a Organização Mundial de Saúde (OMS) divulgou relatório com os primeiros dados de vigilância sobre resistência aos antibióticos e revelou altos níveis de resistência a uma série de infecções bacterianas graves em países de alta e baixa renda (OMS, 2018). O consumo de antimicrobianos excessivo e indevido de antibióticos em animais e seres humanos está contribuindo para a crescente ameaça da resistência a esses medicamentos (OMS, 2017). A falta de antibióticos eficazes é uma ameaça de segurança tão séria como um surto de doença súbita e mortal (OMS, 2017). Com o consumo elevado de antimicrobianos indevido a bactéria vai criando maior resistência existindo poucas opções de tratamento.

2.3. LINHA DE CUIDADO

Pode-se definir como linha de cuidado (LC), um conjunto de estratégias, saberes, tecnologias e recursos que são necessários para o enfrentamento de determinada situação de saúde, sendo um trabalho de ações que deve ser integrada. Segundo Franco & Franco linha de cuidado é a “imagem pensada para expressar os fluxos assistenciais seguros e garantidos ao usuário, no sentido de atender às suas necessidades de saúde”. A linha de cuidado é uma estratégia para a ação, um caminho para o alcance da atenção integral ou a integralidade do cuidado, um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). O processo de cuidar é mais que um ato, é uma atitude que abrange mais que um momento de atenção, de zelo e desvelo, representa uma atitude de ocupação, preocupação, responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro (Boff, 1999).

A linha de cuidado organiza o serviço de saúde e opera centrado nas necessidades dos usuários (FRANCO &FRANCO, 2003), e pode ser compreendida como sendo o desenho do itinerário que o usuário faz por dentro de uma rede de saúde incluindo segmentos não necessariamente inseridos no sistema de saúde, mas que participam de alguma forma da rede, tal como entidades comunitárias e de assistência social (FRANCO &FRANCO, 2003). Os autores exemplificam que linha de cuidado funciona com base nos projetos terapêuticos, que por sua vez, são um conjunto de atos assistenciais pensados para resolver determinado problema de saúde do usuário, com base em uma avaliação de risco (FRANCO & FRANCO). “Só um processo coletivo pode garantir que haja um bom funcionamento das Linhas de Cuidado após a sua organização” (FRANCO & FRANCO).

Linha de cuidados também definida,

[...] como o conjunto de saberes, tecnologias e recursos necessários ao enfrentamento de determinados riscos, agravos ou condições específicas do ciclo de vida ou de outro critério médico-sanitário, a ser ofertado de forma oportuna, articulada e contínua pelo sistema de saúde (VENANCIO, ROSA, BERSUSA, 2015, p.114).

Faz-se necessário existir um fluxo articulado, que tenha uma continuidade onde o usuário deve passar inicialmente por um acolhimento e identificado suas necessidades dentro do sistema de saúde.

2.4 EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Educação em saúde é considerada uma temática complexa, que frequentemente é reduzida a transmissão de informação. Ensinar não é transmitir conhecimento (FREIRE, 2015). A educação contribui para a emancipação dos sujeitos e a sua autonomia, onde o conhecimento apreendido é utilizado para o cuidado individual e coletivo. A educação em saúde tradicional, inicialmente chamada de Educação Sanitária, surge no Brasil,

[...] a partir da necessidade do Estado brasileiro de controlar as epidemias de doenças infecto-contagiosas que ameaçavam a economia agroexportadora do país durante a República Velha, no começo do século XX. Nesse período a população brasileira era atingida por doenças como a varíola, febre amarela, tuberculose e sífilis, que estavam relacionadas às péssimas condições sanitárias e socioeconômicas em que o povo vivia (MACIEL, 2009, p. 774).

Neste contexto a educação em saúde concebida como sanitária enfrentava problemas com a saúde pública e por sua vez preocupava-se com campanhas para combater endemias. (MACIEL, 2009). As campanhas sanitaristas eram compostas por vacinas obrigatórias, vistorias nas casas, internações forçadas, interdições, despejos, bem como, informações sobre higiene e sobre as formas de contágio dessas endemias. (MACIEL, 2009).

Atualmente o Ministério da Saúde define educação em saúde como

[...] processo educativo de construção de conhecimentos em saúde que visa à apropriação temática pela população [...] Conjunto de práticas do setor que contribui para aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado e no debate com os profissionais e os gestores a fim de alcançar uma atenção de saúde de acordo com suas necessidades (BRASIL, 2006, p 848).

Ou seja, é um conjunto de ações que tem a perspectiva de que o conhecimento transmitido contribua para a autonomia dos sujeitos onde estes possam se apropriar da temática em discussão. A educação se faz presente a todo e qualquer momento na vida do ser humano. A Educação em saúde objetiva oportunizar momentos de reflexões e ações capazes de possibilitar às pessoas um aprendizado consciente, sem a intenção de controlar suas vidas. Nesse sentido, é importante entender o que significa reflexão considerando a direção pedagógica assumida. Para Chauí (2010) reflexão significa;

Movimento de volta para si mesmo ou movimento de retorno a si mesmo [...] é o movimento pelo qual o pensamento, examinando o que é pensado por ele, volta-se para si mesmo como fonte desse pensado (CHAUI, 2010, p. 24).

Nessa perspectiva a autora exemplifica a reflexão como um movimento dos sujeitos para si mesmo, onde possam examinar-se, conhecer a sua própria realidade. Este movimento desperta sentimentos, proporciona ações que dificilmente são pensadas nos seus cotidianos. O profissional desenvolve esta técnica para que os sujeitos repensem suas ideias e formem reflexões sobre sua realidade, buscando compreender a sua própria dinâmica de vida. Ou seja, educação em saúde é uma prática social cujo processo contribui para a formação da consciência crítica das pessoas a respeito de seus problemas de saúde, a partir da sua realidade, e estimula a busca de soluções e organização para a ação individual e coletiva (MS, 2007). A educação em saúde é um processo sistemático, contínuo e permanente que objetiva a formação e o desenvolvimento da consciência crítica do cidadão (MS, 2007), e que tem por finalidade a transformação. Neste sentido Meyer traz, a educação em saúde como,

[...] um processo mais amplo passa a ser entendida como uma instância de construção e veiculação de conhecimentos e práticas relacionadas aos modos como cada cultura concebe o viver de forma saudável e o processo saúde/ doença quanto uma instância de produção de sujeitos e identidades sociais (MEYER et al, 2006, p.1338).

Reafirmando que o processo de reflexão é fundamental para a construção de conhecimento, levando em consideração a realidade dos sujeitos. “A educação deve estar no cotidiano das pessoas, sendo desenvolvida constantemente e não somente na escola” (SILVA, 2013, pg.39). No entanto, é necessário instigar a participação tendo em vista que para estimular essa participação, é importante que o profissional de saúde saiba “[...] identificar quais problemas necessitam de um trabalho de educação em saúde. O sujeito portador de necessidades é sempre biológico, social, subjetivo e também histórico” (SILVA, 2013, pg.42).

3 OBJETIVOS

3.1 GERAL

- Conhecer como vem se constituindo a educação em saúde como ferramenta da linha de cuidado a familiares e acompanhantes de pacientes portadores de bactérias multirresistentes no Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

3.2 ESPECÍFICOS

- Identificar qual a compreensão dos profissionais sobre a linha de cuidados existente para pacientes com bactérias multirresistentes;
- Descrever como ocorre o processo de educação em saúde para familiares e acompanhantes de pacientes com bactérias multirresistente;
- Mapear como a educação em saúde tem contribuído para os familiares e acompanhantes de pacientes com bactérias multirresistentes;
- Analisar as potencialidades e limites desta linha de cuidado para pacientes portadores de bactérias multirresistentes no processo de educação em saúde desenvolvida no HCPA;

4 MÉTODO

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa e explicativa. Qualitativa pela característica de valorizar o processo e não apenas o resultado, tendo em vista o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, correspondendo a um espaço mais aprofundado das relações, dos processos e dos fenômenos, não podendo ser reduzidos à operacionalização de variáveis. (MINAYO, 2012). As pesquisas qualitativas de natureza explicativas tem por objetivo serem e são as que mais se aproximam da realidade, e neste sentido é complexa e de extrema importância, pois explica o porquê das coisas, onde se pode refletir sobre o

que se está pesquisando aprofundando e problematizando o conhecimento da realidade vivenciada (GIL, 2007).

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (CEP/HCPA) sob o número CAAE: 92157218.0.0000.5327 e os participantes convidados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A coleta de dados ocorreu no Hospital de Clínicas de Porto Alegre nas Unidades de Internação 6º sul, 7º sul e 8º Sul no período de agosto de 2018 a setembro de 2018.

A escolha pelas unidades de internação 6º sul, 7º sul e 8º sul se deu por ser o 6º sul uma unidade de cuidados especiais, destinada prioritariamente a pacientes com GMR. Já o 7º sul e 8º sul são unidades que mais recebem os pacientes com GMR, porém, não são unidades destinadas somente a estes pacientes. Além disso, foram escolhidas devido às atividades semanais locais realizadas pelo grupo multiprofissional de educação em saúde, profissionais vinculados a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar do HCPA, nos quais são convidados a participar familiares e ou acompanhantes de pacientes com bactérias multirresistentes internados nestas três unidades.

As entrevistas foram gravadas com a autorização dos entrevistados e posteriormente transcritas. Os dados coletados nesta pesquisa estão armazenados no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, na sala da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), sob a guarda do pesquisador responsável, e passado o período de cinco anos as mesmas serão incineradas. Os sujeitos que participaram desta pesquisa foram profissionais que atuassem com pacientes portadores de bactérias multirresistentes. A amostra delimitou-se em 08 participantes profissionais da saúde que se constituiu pelas áreas de enfermagem (chefia e enfermeiros assistenciais) fisioterapia e assistente administrativo. A seleção se deu de forma intencional, considerando que o autor do projeto delibera quem são os sujeitos que comporão seu estudo “[...] segundo seus pressupostos de trabalho, ficando livre para escolher entre aqueles cujas características pessoais possam trazer informações sobre o assunto em pauta” (TURATO, 2011. p.357).

Quanto aos critérios de inclusão para seleção dos profissionais de saúde: a) profissionais que intervêm diretamente junto aos pacientes com bactérias

multirresistentes nas unidades de internação 6º sul, 7º sul e 8º sul. b) Profissionais que estivessem no mínimo seis meses trabalhando na unidade de internação 6º sul, 7º sul e 8º sul. E quanto aos critérios de exclusão dos profissionais foram os seguintes: a) profissionais de saúde que atuam por consultoria para demandas pontuais durante a internação; b) profissionais que não quisessem fazer parte da pesquisa.

As entrevistas foram semiestruturadas as quais combinaram perguntas fechadas e abertas, em que o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender na indagação formulada (MINAYO, 2016). Nas entrevistas houve estabelecimento de relação entre a residente entrevistadora e os entrevistados que possibilitou explicitar a intencionalidade da proposta de forma clara e objetiva para que o entrevistado decidisse se desejava ou não participar.

Salienta-se que a identidade dos participantes foi preservada, sendo eles identificados através da seguinte nomenclatura E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8.

A análise das informações coletadas ocorreu através da análise de conteúdo, proposta por Bardin (2016), sendo está constituída de três etapas. A primeira etapa a pré-análise, se deu através da leitura flutuante de todo material coletado. Nesta etapa aconteceu a organização, preparação e a edição das entrevistas transcritas propiciando a sistematização das ideias, a leitura destas entrevistas e a tomada de decisão, bem como a identificação das unidades de registro de acordo com cada objetivo do estudo. Na segunda etapa a exploração do material foi realizada através da releitura e codificação por meio da escolha das categorias iniciais, possibilitando a classificação e agregação destas para as categorias intermediárias e por fim as categorias finais. Assim a realização da categorização, nos quais as categorias foram agrupadas originaram-se em 40 categorias iniciais. As categorias iniciais foram agrupadas por semelhança, determinando as 07 categorias intermediárias, que reagrupadas por semelhanças resultaram nas 03 categorias finais. A seguir foi realizado o tratamento dos resultados a inferência e interpretação: que consistiu na interpretação dos resultados, tornando-os válidos e significativos e relacionando as informações com a fundamentação teórica. Nos resultados serão apresentadas as três categorias finais sendo elas: a) Linha de Cuidado: expressão de ações de saúde e redes sociais? b) Educação em Saúde: Processo de informação e formação

continuada e c) Educação em saúde: o cuidado para além da higiene de mãos. Para melhor explicitação apresentaremos a seguir o quadro nº 01 o processo de categorização:

Quadro nº 01 - Processo de categorização

Categorias Iniciais	Categorias Intermediárias	Categorias Finais
1. Linha de cuidado é tudo que a gente tem que manter de cuidados para evitar que os germes multirresistentes se transmitam	I. Linha de Cuidado voltada às ações de saúde	I - Linha de Cuidado: expressão de ações de saúde e redes sociais?
2. Linha de cuidado é aquilo que norteia que vai me chamar mais atenção, um pouco mais de cuidado. São cuidados específicos que eu tenho que ter com esse tipo de paciente GMR, um cuidado diferenciado.		
3. São ações, uma ementa, onde a partir de objetivos eu traço algumas formas, alguns planos de ação para atender paciente de um determinado perfil.		
4. Linha de cuidado aqui dentro é uma proteção pra gente e para eles.		
5. Linha de cuidado, desde o momento que o paciente chega. A lavagem de mãos, porque o risco de contaminação está nas mãos da gente. A orientação de pacientes de familiares para não levar isso para dentro do seu lar.		
6. Um protocolo, onde vai seguir os padrões de cuidado e padrão ouro para aquela patologia,		
7. Linha de cuidado é ter um cuidado especializado e diferenciado		
8. Linhas de cuidado são diretrizes que devem ser seguidas para que, não sei por quem? São diretrizes exigidas no cuidado com o paciente		
9. Linha de cuidado tu faz em todos os níveis, na assistência durante a internação, no acompanhamento durante o domicílio e o encaminhamento às Unidades de saúde.	II. Linha de cuidado e seus fluxos: início, durante e após a internação.	
10. É cuidar desde a internação até o domicílio e vice-versa.		
11. Educação em saúde é tu orientar e fazer de forma continuada todos os cuidados	III. Educação em saúde: orientação aos usuários e profissionais em relação aos cuidados em saúde	II-Educação em saúde: Processo de informação continuada
12. Educar é tudo que visa algum propósito para melhorar a saúde do paciente.		
13. É uma mudança de hábito. Cuidados que a gente não tinha e que agora passa a ter.		
14. É envolver tanto o paciente quanto a família no cuidado é pensar no futuro do paciente.		
15. A parte profissional também, estar educando, realizando treinamentos, capacitações para melhorar a assistência como um todo, isso que eu penso educação em saúde isso promovendo a promoção à própria assistência.		
16. Uma linha de transmitir e também aprender.		
17.. É muito amplo, é o momento onde tu prestas educação, para o paciente e para os profissionais.		
18. Ela é constante, ela é diária, é educar desde o primeiro momento quando chega à internação até o domicílio.	IV. Educação em Saúde:	

19. Alternativa de que essa educação permaneça por um longo tempo.	durante todo processo hospitalização até o domicílio	
20. Toda e qualquer orientação, desde a admissão quando se explica as rotinas da unidade e do hospital.		
21. Desde o primeiro contato a gente já explica, eu já entrego o folder e já começa ali a orientação a educação e quando a gente convida para as reuniões da professora da CCIH.	V. Educação em saúde ocorre através da disponibilização de materiais e inserção no grupo de familiares.	
22. A educação acontece por meio do grupo de familiares, explicando sobre a doença, sobre o germe e o cuidado que se deve ter.		
23. Acontece em todo momento, desde quando ele interna, ou tem o diagnóstico de GMR, na anamnese, fazendo as orientações e também na entrega de folders.		
24. Quando o familiar tem manuseio correto com o paciente tomando precauções.	VI. Cuidado de si e com o outro	III-Educação em saúde: o cuidado para além da higiene de mãos.
25. Quando os familiares te corrigem.		
26. Quando o familiar não demonstra iniciativa para lavar as mãos eu digo para lavar as mãos antes e colocar luva.	VII. Não cuidado de si e com o outro.	
27. Tu só terá certeza se pedir para a pessoa repetir, mas de uma maneira geral eles compreendem.		
28. Aquele que realmente está interessado e participa do grupo de familiares.		
29. Quando familiar consegue realizar sozinho um procedimento que lhe foi ensinado.		
30. Através da própria feição e gesto corporal.		
31. Quando peço para falar com as próprias palavras como vai fazer alguma coisa.	VIII. Orientação da higienização de mãos através da comunicação verbal e visual	
32. Quando não demonstra interesse pelo folder e não repassam informações para os demais familiares.		
33. Se tu vai mexer no paciente, antes e depois tem que higienizar as mãos.		
34. Maneira mais fácil.		
35. É importante lavar, porque o bichinho vai se transportar de uma mão para outra.		
36. Lava a mãozinha! Bota a luvinha!		
37. Na parede tem o “folderzinho” com as etapas explica como fazer, pois a gente não sabe se a pessoa sabe ler.		
38. Na admissão, quando falamos dos direitos e deveres.		
39. Nunca cheguei a fazer demonstração de lavagem de mãos, Temos que retomar quando visualiza algum erro.		
40. Demonstração de como se faz a higienização de mãos		

Fonte: Sistematização elaborada pela autora

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

LINHA DE CUIDADO: EXPRESSÃO DE AÇÕES DE SAÚDE E REDES SOCIAIS?

A Linha de Cuidado é uma complexa trama de atos, de procedimentos, de fluxos, de rotinas, de saberes, num processo dialético de complementação, mas também de disputa (CECÍLIO, L.C. e MERHY, E.E.; 2003). Ações que irão compondo o que entendemos como cuidado em saúde (CECÍLIO, L.C. e MERHY, E.E.; 2003), são ações que não acontecem separadas, elas devem estar interligadas entre si para que o cuidado com o paciente aconteça de forma integrada. Para isso se faz necessário o acesso aos outros níveis de assistência, assim como a “contratransferência” para que o vínculo continue com a equipe básica, que tem a missão de dar continuidade aos cuidados ao usuário (FRANCO & JUNIOR; 2003). É importante salientar que diferente do sistema de referência e contra referência onde existe uma racionalização de hierarquia vertical e burocrática do uso dos recursos assistenciais, a linha de cuidado onde o usuário do sistema de saúde tenha acesso que lhe dê inclusão, saiba sobre a estrutura do serviço e da rede assistencial e, a partir da sua vivência nele – como uma pessoa que o conhece e se sente parte dele – seja capaz de influir em seu andamento (CECCIM; FERLA; PELEGRINI, 2003; MERHY, 1998; FRANCO; MAGALHÃES JR., 2003).

Na análise das informações coletadas pode-se perceber que essa concepção de linha de cuidado ainda não é apreendida na totalidade. Os participantes puderam expressar seu entendimento sobre linha de cuidado, no entanto na sua grande maioria as respostas apresentaram-se com a falta de noção de continuidade de ações para além da internação. Os trechos a seguir demonstram este entendimento;

[...] linha de cuidado é aquilo que vai nortear o meu cuidado, por exemplo, que vai me chamar mais atenção, algo que eu tenha que ter um pouco mais de cuidado (E3).

Linhas de cuidado são diretrizes que devem ser seguidas. (E4).

[...] são ações que, digamos eu tenho uma ementa onde a partir desse objetivo geral eu traço algumas formas, alguns planos de ação para atender aquele paciente que se encaixa em um determinado perfil [...] (E7)

[...] linha de cuidado onde os pacientes teriam um cuidado diferenciado. (E9).

Linha de cuidado é tudo que a gente tem que manter de cuidados para evitar que os germes multirresistentes se transmitam. (E11).

[...] um protocolo, um acompanhamento onde vai seguir os padrões de cuidado e padrão ouro para aquela patologia. (E12).

[...] linha de cuidado desde o momento que o paciente chega. São pacientes especiais [...]. (E13).

No entanto, uma linha de cuidado orientada pela integralidade tem porta de entrada no acesso ao sistema de saúde e desfecho na retroalimentação do sistema de saúde (CECIM & FERLA; 2006). O acesso aos serviços de saúde conforme o Art. 2º: que considera a saúde um direito fundamental do ser humano, deve o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. (BRASIL, 1990). Nesta perspectiva a linha de cuidado deve se relacionar com o

[...] acesso e acolhimento, mas a saída com a resolutividade (responsabilização pela cura) e autodeterminação dos usuários. Em última instância, a porta de entrada são as ações e serviços de saúde, a saída são as redes sociais [...] (CECIM & FERLA; 2006 pag.168).

Salienta-se que devemos ampliar o olhar sobre os usuários dos serviços de saúde, pois os mesmos não podem ser vistos como uma patologia ou um evento biológico que flui por uma linha de cuidado (CECIM & FERLA; 2006). Embora não tenhamos alcançado a integralidade da atenção à saúde, e a assistência fragmentada compromete a resolutividade, impedindo a adoção das chamadas Linhas de Cuidado. (CECIM & FERLA; 2006), os fluxos assistências vêm se reorganizando. Nota-se que apesar de não mencionar a integralidade das ações em saúde para a realização da linha de cuidado é ressaltado a continuidade deste cuidado, indo para além da área hospitalar, conforme verbalizações a seguir:

[...] Linha de cuidado tu faz em todos os níveis, na assistência durante a internação, no acompanhamento durante o domicílio e o encaminhamento às Unidades de saúde. (E2)

[...] é cuidar desde a internação até o domicílio e vice-versa. (E2)

Esta apreensão do fluxo ainda precisa ser mais entendida entre os profissionais, mesmo que apareça uma compressão de linha de cuidado como imagem de fluxos assistenciais considerando a proposição de linha de cuidado:

[...] muito promissora à reversão da organização e regulação burocráticas para formatos criativos e atuais. A linha de cuidado pode ser tomada como o fio da integralidade que trama regionalização e hierarquização em reconhecimento do poder local e segundo o elevado acolhimento dos usuários (CECIM & FERLA; 2006 pag. 169).

Nesta direção a Linha de cuidado para pacientes com bactérias multirresistentes ainda precisa orientar as ações de educação em saúde que foram desenhadas para atender as necessidades de educação do paciente e ou família possibilitando a promoção de um cuidado integral, centrado no paciente e em suas necessidades singulares (HCPA, 2016).

EDUCAÇÃO EM SAÚDE: PROCESSO DE INFORMAÇÃO E FORMAÇÃO CONTINUADA

Educação em saúde é uma importante ferramenta no processo de conscientização individual e coletiva de responsabilidade e direitos à saúde (FERREIRA V. et al, 2014). O usuário do sistema de saúde, para além de uma patologia a ser “curada” deve ser visto em sua totalidade tendo por direito acessar os serviços de saúde de forma igualitária e que atendam as suas necessidades distintas. Para Meyer os projetos educativos seguem sendo quase majoritariamente transmissão de conhecimento (MEYER et.al 2006). Esta tradicional forma de educar em saúde segundo Freire é chamada de educação “bancária” (FREIRE, 2015). Nesta, o eu detentor do saber deposita saberes em alguém que passivamente recebe o que lhe foi “depositado”. Nos trechos a seguir mostram o entendimento dos participantes sobre educação em saúde;

Educação em saúde é tu orientar e fazer de forma continuada todos os cuidados. (E1)

Educar é tudo que visa algum propósito para melhorar a saúde do paciente. (E2).

É uma mudança de hábito. Cuidados que a gente não tinha e que agora passa a ter. (E3)

É envolver tanto o paciente quanto a família no cuidado é pensar no futuro do paciente. (E4).

Nota-se que nas verbalizações não foi mencionado o processo de reflexão. Educar em saúde é mais amplo que orientar sobre cuidados de saúde. Educação em saúde não pode ser reduzida apenas às atividades práticas que se reportam em transmitir informação em saúde (SALCI, 2013), é um processo,

[...] sistemático, contínuo e permanente que objetiva a formação e o desenvolvimento da consciência crítica do cidadão, estimulando a busca de soluções coletivas para os problemas vivenciados e a sua “participação real” no exercício do controle social (FUNASA, 2007, P.21).

O glossário temático do Ministério da Saúde (MS), 2012 trás.

Fem. 1 – Processo educativo de construção de conhecimentos em saúde que visa à apropriação temática pela população e não à profissionalização ou à carreira na saúde. 2 – Conjunto de práticas do setor que contribui para aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado e no debate com os profissionais e os gestores a fim de alcançar uma atenção à saúde de acordo com suas necessidades. Notas: i) A educação em saúde potencializa o exercício do controle social sobre as políticas e os serviços de saúde para que esses respondam às necessidades da população. ii) A educação em saúde deve contribuir para o incentivo à gestão social da saúde. (MS, 2012, p. 19-20).

Os usuários dos serviços de saúde necessitam de espaços que propiciem o processo de educar que lhe tornem participantes das decisões, e desenvolvam a autonomia de cada um deles. Para os participantes esta educação em saúde acontece constantemente através de informações e orientações dadas desde a admissão na unidade de internação, perpassando ao longo da internação até o seu domicílio. Os trechos a seguir retratam o que os participantes trouxeram em suas verbalizações:

Ela é constante, ela é diária, é educar desde o primeiro momento quando chega à internação até o domicílio. (E1)

Alternativa de que essa educação permaneça por um longo tempo. (E1)

Toda e qualquer orientação, desde a admissão quando se explica as rotinas da unidade e do hospital. (E2)

Já alguns participantes trazem que esta educação se dá também através de materiais visuais, através do grupo de familiares realizado, e durante a anamnese conforme os depoimentos a seguir;

Desde o primeiro contato a gente já explica, eu já entrego o folder e já começa ali a orientação a educação e quando a gente convida para as reuniões da professora da CCIH. (E3)

A educação acontece por meio do grupo de familiares, explicando sobre a doença, sobre o germe e o cuidado que se deve ter. (E8)

Acontece em todo momento, desde quando ele interna, ou tem o diagnóstico de GMR, na anamnese, fazendo as orientações e também na entrega de folders. E (7)

A instituição disponibiliza vários materiais visuais com diversos temas em saúde que são entregues diariamente aos usuários, trazendo de uma forma ilustrativa e simplificada algumas informações que contribuam para o leitor. Além disso, a educação permanente é o que orienta as práticas no HCPA. Contudo estas práticas ainda apesar de terem concepções diferentes, são confundidas pelos profissionais com a educação continuada.

É importante destacar que a educação continuada é definida como algo que englobaria as atividades de ensino após o curso de graduação com finalidades mais restritas de atualização, aquisição de novas informações, com atividades de duração definida e através de metodologias tradicionais (MASSAROLI & SAUPE, 2005, sp). No glossário temático do MS apresenta também que educação continuada tem significado de um processo de aquisição sequencial e acumulativa de informações técnico-científicas pelo trabalhador, por meio de escolarização formal, de vivências, de experiências laborais e de participação no âmbito institucional ou fora dele (MS, 2012, pag.19). Não obstante, educação permanente é uma política de saúde que se dá através da aprendizagem significativa, é considerada como educação no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho, nos diferentes serviços de saúde (MASSAROLI & SAUPE, 2005). A educação em saúde se apoia no conceito de ensino problematizador (FIOCRUZ, 2009). É uma estratégia fundamental para transformar as práticas de saúde (MASSAROLI, MARTINI, MASSAROLI, 2104).

Os depoimentos a seguir expressam a compreensão deste processo mais como educação continuada do que educação permanente.

A parte profissional também, estar educando, realizando treinamentos, capacitações para melhorar a assistência como um todo, isso que eu penso educação em saúde isso promovendo a promoção à própria assistência. (E4).

EDUCAÇÃO EM SAÚDE: O CUIDADO PARA ALÉM DA HIGIENE DE MÃOS.

O cuidado em saúde do ponto de vista filosófico é uma atitude de zelo, de desvelo, de responsabilidade e de envolvimento afetivo para com o outro (BOFF, 2002.). O adoecimento e todas as implicações e mudanças que faz na vida das pessoas não está à parte do indivíduo e de todo seu contexto social. Martins expõe que a sintomatologia apresentada por um indivíduo doente é vista como:

[...] sintoma da vida social do doente, o que implica em considerações complexas entre a natureza e a sociedade, entre os modos como se relacionam instituições como família, trabalho, lazer, religião, meio ambiente, dentre outras (MARTINS, 2003, p. 271).

O cuidado em saúde engloba uma ação integral que trata, respeita, acolhe e atende o paciente em seu sofrimento, com qualidade e resolutividade (FIO CRUZ, 2009). Para Castro,

[...] o cuidado em saúde, é necessário [...] uma abordagem ampliada e qualificada do problema de saúde e de suas determinações, a partir do cotidiano dos usuários. É possibilitar a abertura de canais de escuta e comunicação propiciando a democratização das informações, a efetivação da educação em saúde e dos princípios do SUS, e a busca pelo fim da supremacia de uma profissão sobre a outra (CASTRO, 2007, p. 145).

Para Cecílio (2011), existem seis dimensões do cuidado em saúde, a individual, a familiar, a profissional, a organizacional, a sistêmica e societária. A dimensão individual refere ao “cuidar de si”, de viver a vida de forma mais plena e autônoma, a dimensão familiar tem como principais atores as pessoas da família, amigos, os vizinhos, é um local de conflitos e contradições. A dimensão profissional é aquela que acontece no encontro entre profissionais e os usuários já a dimensão organizacional é aquela que se realiza nos serviços de saúde e como se organizam para fazer frente às necessidades dos usuários. A dimensão sistêmica diz respeito a construir vinculações formais, regulares e regulamentadas entre os serviços de saúde, compondo redes ou linhas de cuidado, no intuito de garantir a integralidade

do cuidado. Por último, a dimensão societária é de como ocorre em cada sociedade à produção das políticas públicas e de saúde e como é pensado o papel do estado. (CECÍLIO, 2011).

Na perspectiva profissional os depoimentos a seguir dos participantes, profissionais de saúde, revelam como os familiares percebem o entendimento e o não entendimento do cuidado, necessário a ser realizado junto aos pacientes internados na instituição:

Quando o familiar tem manuseio correto com o paciente tomando precauções. (E1).

Quando os familiares te corrigem. (E1).

Tu só terás certeza se pedir para a pessoa repetir, mas de uma maneira geral eles compreendem. (E2)

Aquele que realmente está interessado e participa do grupo de familiares. (E3).

Percebo quando a gente ensina, lê o manual, da sondagem vesical, por exemplo, e já na próxima vez o familiar consegue realizar sozinho, já outros têm medo e arrumam desculpas para não fazerem. (E4).

Através da própria feição e gesto corporal. Geralmente quando não entende franzi a testa. (E7).

Quando peço para falar com as próprias palavras como vai fazer alguma coisa. (E7).

Quando não demonstra interesse pelo folder e não repassam informações para os demais familiares. (E3).

Quando o familiar não demonstra iniciativa para lavar as mãos eu digo para lavar as mãos antes e colocar luva. (E1).

Nestes depoimentos estão expressos tanto a perspectiva profissional como a institucional, considerando que é através das atitudes a possibilidade de percepção e entendimento sobre a realização dos cuidados. A higiene de mãos se faz indispensável para evitar a transmissão de bactérias multirresistentes. Assim como, a política de segurança do paciente reforça que a “Higiene das mãos” se refere a qualquer ação de higienizar as mãos para prevenir a transmissão de micro-organismos e conseqüentemente evitar que pacientes e profissionais de saúde adquiram IRAS (MS 2013).

Ainda na perspectiva profissional e institucional outros depoimentos dos participantes evidenciam como trabalham a questão da higiene de mãos com os familiares e acompanhantes, que por ser uma ação simples ela é complexa, pois envolve não só o ato de higienizar, mas de como é feita a higienização e a compreensão da sua importância no controle de infecção:

Sempre tento falar de uma maneira mais fácil. (E2).

Tem que lavar a mão porque é importante lavar, porque o bichinho vai se transportar de uma mão para outra. (E2)

Lava a mãozinha! Bota a luvinha!(E1).

Na parede tem o “folderzinho” com as etapas explica como fazer, pois a gente não sabe se a pessoa sabe ler. (E3).

Na admissão quando falamos dos direitos e deveres. (E4).

Na anamnese que abarca a linha de cuidado, a gente fala e tenta organizar os momentos da lavagem de mãos, simplificar um pouco e retomar quando visualizar algum erro. (E4)

Eu mostro como faz e sempre oriento a usar o álcool. (E8).

As verbalizações demonstram como os participantes trabalham com estes usuários a higienização de mãos através de formas das quais entendem ser mais adequadas nas práticas educativas no cotidiano de trabalho. Nessa perspectiva a educação em saúde se constituiu como um campo que objetiva a promoção da saúde e a aproximação direta entre profissionais e usuários, na busca de relações que permitam a coparticipação. Os profissionais apontam as estratégias utilizadas, evidenciando-se a comunicação verbal e a visual, sendo esta última sempre acompanhada da verbal.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A educação é um ato de amor, por isso, um ato de coragem.
Não pode temer o debate. A análise da realidade. Não pode
fugir da discussão criadora sob pena de ser uma farsa.
Paulo Freire(1999)

O presente Trabalho de Conclusão da Residência é fruto de uma pesquisa qualitativa, desenvolvida no Programa de Controle de Infecção Hospitalar. O estudo visa além dos resultados à sistematização deste percurso de dois anos de intenso aprendizado. A trajetória da residente do serviço social foi permeada de experiências, constituídas de descobertas, aprendizados teóricos e práticos que contribuíram para o desenvolvimento e formação, bem como, desafios na imersão dos conhecimentos advindos do programa de controle de infecção. A complexa trama de estar inserida em uma instituição qualificada é no mínimo desafiadora, o que me exige inspirada em Freire, ter coragem e não temer o debate .

A partir dos resultados evidenciou-se no decorrer deste estudo o empenho e dedicação dos profissionais em transmitir as orientações e informações necessárias para as práticas de saúde junto aos familiares, acompanhantes e pacientes. No entanto, cabe reforçar que para além deste entendimento, a educação em saúde é mais ampla e abrange um processo complexo de reflexão. Educar é mais do que apenas informar.

Na perspectiva de poder perceber como esta linha de cuidado está sendo efetivada e qualificada os participantes trouxeram em seus depoimentos alguns limites e também potencialidades dos quais percebem que fazem parte do cotidiano de um trabalhador na área da saúde.

Destaca-se dentre os limites: a ausência de tempo, o despreparo de alguns profissionais, a falta de alinhamento sobre as medidas de precaução entre os profissionais, ou seja, todos deveriam seguir em uma mesma direção ao educar; falta de conscientização tanto dos profissionais quanto dos familiares e pacientes,

agregada a capacidade de resistência humana de não se modificar. Exemplificações que do ponto de vista destes participantes, dificultam um processo de educação, mais eficaz e eficiente.

Quanto às potencialidades os participantes expressaram que a educação em saúde no HCPA existe, considerando a política institucional. Contudo, não consideram como a ideal, mas é boa. Salientam, ainda, a importância da presença da Comissão de Controle de Infecção nas unidades com pacientes GMR. Referem-se também, que a instituição é organizada, dispõe de mecanismos para que essa educação aconteça e que se faz necessário seguir nesta direção. Outra potência verbalizada foi a participação dos familiares e acompanhantes no grupo de familiares do 6º, 7º e 8º Sul, realizado semanalmente pelos profissionais da Comissão e do Programa de controle de Infecção.

Constata-se que o estudo alcançou o objetivo de conhecer o fluxo da linha de cuidado no que se refere ao processo de educação em saúde junto aos profissionais. Percebeu-se que dentro da exaustiva rotina de trabalho os participantes do estudo, os profissionais de saúde realizam os cuidados em saúde com muito zelo e comprometimento. Cabe ressaltar que a educação em saúde vem ganhando espaço significativo dentro das ações em saúde. Portanto, é um desafio constante o que requer um aprimoramento permanente, sobre sua concepção e formas de realização como processos educativos.

Esta pesquisa permitiu-me conhecer não somente o fluxo desta linha de cuidado para pacientes com GMR através do entendimento e olhar dos profissionais, mas também compreender também como se dá este processo, seus limites e potencialidades vividos por trabalhadores do SUS. Foi possível ter o primeiro contato com a pesquisa qualitativa e a descoberta de um novo “mundo” com grandes significados, através do surgimento das categorias que foram desenvolvidas neste trabalho.

REFERÊNCIAS

ANVISA, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Medidas de prevenção de infecção relacionada à assistência a saúde. Série: Segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde.** Brasília, 2017.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo.** Tradução Luis Antero Reto, Augusto Pinheiro, São Paulo: Edições 70, 2016.

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra.** Petrópolis: Vozes, 1999.

_____, **Saber Cuidar: Ética do humano, compaixão pela terra.** Petrópolis: Vozes. (2008).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012.** Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Conselho Nacional de Saúde. Brasília: Diário Oficial da União, 2012

_____, **Portaria nº 2616 de 12 de maio de 1998.** Ministério da Saúde. Brasília, 1998. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt2616_12_05_1998.html. Acessado em 21 de Outubro de 2017.

_____, Ministério da Saúde **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. Brasília, 1990. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm .Acesso em 13/11/2018

_____, **Portaria nº 196 de 24 de junho de 1983.** Ministério da Saúde. Brasília, 1983. Disponível em: <http://www.legislacao.org/diario-primeira-serie/1983-08-06/20>.

_____, **Lei nº 9431 de 6 de Janeiro de 1997.** Dispõe sobre a obrigatoriedade da manutenção de programas de controle de infecção hospitalar em todos os hospitais do país. Diário Oficial da União, Brasília, 1997. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9431.htm.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Caderno de Educação Popular e Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

CASTRO; Marina Monteiro e Castro. **Serviço Social e cuidado em saúde: uma articulação necessária**. Libertas, Juiz de Fora, v.6, 7, n.1, 2, p. 128-148, jandez, 2007.

CHAUI, Marilena. **Convite à Filosofia**. 14. ed. São Paulo: Ática, 2010.

FERNANDES, A.T.; FERNANDES, M.O.V.; FILHO, N.R. **Infecção Hospitalar e suas Interfaces na Área da Saúde**. São Paulo: Atheneu, 2000.

FRANCO, Camila Maia & FRANCO, Túlio Batista; **Linhas de Cuidado Integral: Uma proposta de organização da rede de Saúde**. Secretaria do Estado de Saúde do Rio Grande do Sul.

FERREIRA, Viviane Ferraz et al, **Educação em saúde e cidadania: Revisão integrativa, Trab. Educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, pag. 363-378, maio/ago. 2014.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 52ª ed. São Paulo: Paz e Terra, 2015.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. Ed. São Paulo: Atlas, 2007.

HCPA. Hospital de Clínicas de Porto Alegre. **Manual de Estratégias de Prevenção de Transmissão de Germes Multirresistentes**: Educação aos profissionais de saúde. Porto Alegre: Assessoria de Comunicação Social HCPA, 2011.

_____,Hospital de Clínicas de Porto Alegre. **Manual de orientação aos residentes da comissão de controle de infecção hospitalar- CCIH**, Porto Alegre, fev. 2016.

JCI, Joint Commission International. **Padrões de Acreditação da Joint Commission International para Hospitais** [editado por] Consórcio Brasileiro de Acreditação de Sistemas e Serviços de Saúde , CBA, Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <https://www.jointcommissioninternational.org/about-jci/who-is-jci/> acesso em 02/04/2018.

MACIEL, Marjorie Ester Dias; **Educação em Saúde: Conceitos e Propósitos**. PR 2009. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/download/16399/10878>

MARTINELLI, M.L. et al. **O Uno e o Múltiplo nas Relações entre as Áreas do Saber**. São Paulo: Cortez. 2002.

MARTINS, P.H. **Contra a desumanização da medicina: crítica sociológica das práticas médicas modernas**. Petrópolis: Vozes, 2003.

MEYER, Dagmar E. Estermann et al. “Você aprende. A gente ensina?” Interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22 n. 6, p. 1335-1342, jun. 2006.

MINAYO, Maria Cecília S. **Pesquisa Social**. 21 ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

_____, Maria Cecília de Souza (Org); DESLANDES, Suely Ferreira; GOMES, Romeu. **Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade**. 31ª ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2012.

MEC. Ministério da Educação. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/residencias-em-saude/residencia-multiprofissional> - acesso em 18/01/2018.

OPAS/OMS, BRASIL. Organização Mundial de Saúde. Disponível em: http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5592:novo-s-dados-revelam-niveis-elevados-de-resistencia-aos-antibioticos-em-todo-o-mundo&Itemid=812 – acesso em 26/03/2018,

SILVA, Denise Maria Guerreiro Vieira Da. **Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem: Tecnologias do cuidado em saúde** / Denise Maria Guerreiro Vieira da Silva; Betina Horner Schlindwein Meirelles; Maria Lucia Zanetti; et al. – Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2013.

TURATO, Egberto Ribeiro. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa**. 5ª ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2011.

VENANCIO, Sonia Isoyama & ROSA, Tereza Etsuko da Costa & BERSUSA, Ana Aparecida Sanches **Atenção integral à hipertensão arterial e diabetes mellitus: implementação da Linha de Cuidado em uma Região de Saúde do estado de São Paulo, Brasil**. Instituto de Saúde, Secretaria de Saúde do estado de São Paulo, SP, BRASIL, 2015.

ANEXO A –

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE PARTICIPANTES - PROFISSIONAIS DA SAÚDE

Título do Projeto: EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO FLUXO DA LINHA DE CUIDADOS PARA FAMILIARES E ACOMPANHANTES DE PACIENTES COM BACTÉRIAS MULTIRRESISTENTES

Você está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa cujo objetivo é conhecer como vem se desenvolvendo na trajetória dos cuidados dos familiares e acompanhantes de pacientes com bactérias multirresistentes no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, a educação em saúde para aperfeiçoamento dos serviços prestados. Esta pesquisa está sendo realizada pelo núcleo de Serviço Social do Programa de Controle de Infecção da Residência Multiprofissional em Saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).

Se você aceitar participar da pesquisa os procedimentos envolvidos em sua participação são os seguintes:

Será realizada uma entrevista com 07 perguntas sobre seu conhecimento no que se refere aos cuidados oferecidos pelo Hospital de Clínicas de Porto Alegre aos pacientes que possuem bactérias multirresistentes. Esta entrevista acontecerá em uma sala reservada nas unidades de internação 6º sul, 7º sul ou 8º sul do hospital, e terá duração de até 60 minutos. Com sua concordância, ela será gravada e transcrita para análise de conteúdo. Somente a equipe de pesquisa terá acesso à entrevista gravada (áudio). Posteriormente, este conteúdo ficará armazenado, sob a responsabilidade da pesquisadora responsável, sendo apagado após o período de cinco anos.

Não são conhecidos riscos pela participação na pesquisa, porém, durante a entrevista poderá sentir desconfortos, visto que a temática pode causar algum tipo de emoção. Se houver algum desconforto, você poderá interromper a entrevista a qualquer momento. A pesquisadora estará à disposição para auxiliá-lo.

A pesquisa não trará benefícios diretos aos participantes, porém, contribuirá para o aumento do conhecimento sobre o assunto estudado, e, se aplicável, poderá beneficiar futuros pacientes.

Sua participação na pesquisa é totalmente voluntária, ou seja, não é obrigatória. Caso você decida não participar, ou ainda, desistir de participar e retirar seu consentimento, não haverá nenhum prejuízo ao seu vínculo na instituição.

Não está previsto nenhum tipo de pagamento pela sua participação na pesquisa e você não terá nenhum custo com respeito aos procedimentos envolvidos.

Rubrica do participante _____

Rubrica do pesquisador _____

Página 1 de 2

Os dados coletados durante a pesquisa serão sempre tratados confidencialmente. Os resultados serão apresentados de forma conjunta, sem a identificação dos participantes, ou seja, o seu nome não aparecerá na publicação dos resultados. Entretanto, poderão ser utilizados trechos das entrevistas transcritas, sem a utilização de nomes (serão utilizados códigos). Não será utilizado o áudio em publicações ou eventos científicos.

Caso você tenha dúvidas, poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável, a professora Alzira Maria Baptista Lewgoy, pelo telefone (51) 33597374 e com a pesquisadora Lisandra Bobsin Vieira, pelo telefone (51) 33597374, ou com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), pelo telefone (51) 33597640, ou no 2º andar do HCPA, sala 2229, de segunda à sexta, das 8h às 17h.

Esse Termo é assinado em duas vias, sendo uma para o participante e outra para os pesquisadores.

Nome do participante da pesquisa

Assinatura

Nome do pesquisador que aplicou o Termo

Assinatura

Local e Data: _____

Rubrica do participante _____

Rubrica do pesquisador _____

Página 2 de 2

ANEXO B - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UFRGS - HOSPITAL DE
CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
DA UNIVERSIDADE FEDERAL



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO FLUXO DA LINHA DE CUIDADOS PARA FAMILIARES E ACOMPANHANTES DE PACIENTES COM BACTÉRIAS

Pesquisador: Alzira Maria Baptista Lewgoy

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 92157218.0.0000.5327

Instituição Proponente: Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.824.536

Apresentação do Projeto:

O presente projeto de pesquisa tem por objetivo conhecer o fluxo da linha de cuidados no que se refere ao processo de educação em saúde com familiares e acompanhantes de pacientes portadores de bactérias multirresistentes em um Hospital Universitário no Sul dos país. Apresenta-se como categorias teóricas a educação em saúde, a linha de cuidado, bactérias multirresistentes e o controle de infecção e visa a importância e contribuição para o desenvolvimento da autonomia dos sujeitos. A motivação para o tema do estudo se dá devido à necessidade de analisar como está estruturada a linha de cuidado existente para pacientes com bactérias multirresistentes e se a educação em saúde vem contribuindo para a autonomia dos sujeitos. O estudo pretende conhecer de que forma a linha de cuidados se constitui, bem como de que forma profissionais e familiares e acompanhantes de pacientes com bactérias multirresistentes tem percebido a educação em saúde. Para alcançar o objetivo proposto esta presente pesquisa é de natureza qualitativa e explicativa, tendo como população de amostra familiares e acompanhantes de pacientes internados nas unidades 6ª, 7ª e 8ª (todas na ala sul) e profissionais que trabalhem também nestas unidades já citadas. Será utilizada a técnica de pesquisa semiestruturada e os convidados que aceitarem participar deverão assinar o TCLE. A relevância da pesquisa é contribuir para o conhecimento e para a formação do assistente social inserido no controle de infecção e como a educação em saúde como fluxo de uma linha de cuidados é estruturada para essa população específica que é o paciente com bactéria multirresistente.

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2229
Bairro: Santa Cecília **CEP:** 90.035-903
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3359-7640 **Fax:** (51)3359-7640 **E-mail:** cep@hcpa.edu.br

Continuação do Parecer: 2.824.536

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Conhecer o fluxo da linha de cuidados no que se refere ao processo de educação em saúde junto a profissionais e com familiares e acompanhantes de pacientes portadores de bactérias multirresistentes em um Hospital Universitário no Sul dos pais, considerando a importância e contribuição para o desenvolvimento da autonomia dos sujeitos.

Objetivo Secundário:

- Identificar qual a compreensão sobre a linha de cuidados existente para pacientes com bactérias multirresistentes;
- Descrever como ocorre o processo de educação em saúde para familiares e acompanhantes de pacientes com bactérias multirresistente;
- Examinar como a educação em saúde tem contribuído para os familiares e acompanhantes de pacientes com bactérias multirresistentes;
- Analisar as potencialidades e limites da linha de cuidado no processo de educação em saúde realizadas no HCPA.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os sujeitos do estudo serão informados de que não são conhecidos riscos associados aos procedimentos previstos. Contudo, durante a entrevista poderão sentir algum sentimento de desconforto, visto que a temática abordada pode causar algum tipo de emoção. Desse modo, os participantes também serão informados sobre o direito de não participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma

(BRASIL, 2012). Ocorrendo desconforto o sujeito participante da pesquisa será encaminhado para atendimento especializado, caso o mesmo avalie sendo necessário.

Benefícios:

Os participantes não receberão benefícios diretos, mas a sua participação contribuirá para o aumento do conhecimento sobre o assunto abordado e os resultados poderão auxiliar na realização de estudos futuros.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa qualitativa que terá como amostragem duas categorias: a) familiares e/ou acompanhantes de pacientes com bactérias multirresistentes em precaução de contato; b)

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2229
Bairro: Santa Cecília **CEP:** 90.035-903
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3359-7640 **Fax:** (51)3359-7640 **E-mail:** cep@hcpa.edu.br

Continuação do Parecer: 2.824.536

profissionais que atuem com pacientes portadores de bactérias multirresistentes. A amostra delimitou-se em 18 participantes, sendo 09 participantes de familiares e 09 profissionais. A seleção se dará de forma intencional. Serão realizadas entrevistas em sala que será reservada pela residente nas unidades de internação 6º sul, 7º sul e 8º sul que assegure a privacidade e confidencialidade ao entrevistado. As entrevistas serão semiestruturadas, gravadas com a autorização dos entrevistados e posteriormente transcritas. A análise dos dados coletada será realizada através da Análise de Conteúdo, proposta por Bardin (2016).

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta TCLE.

Apresenta TCUD.

Recomendações:

Nada a recomendar.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As pendências emitidas para o projeto no parecer 2.762.284 foram adequadamente respondidas pelos pesquisadores, conforme carta de respostas adicionada em 08/08/2018. Não apresenta novas pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Lembramos que a presente aprovação (versão do projeto de 08/08/2018, TCLEs de 08/08/2018 e demais documentos que atendem às solicitações do CEP) refere-se apenas aos aspectos éticos e metodológicos do projeto.

Os pesquisadores devem atentar ao cumprimento dos seguintes itens:

- a) Este projeto está aprovado para inclusão de 18 participantes no Centro HCPA, de acordo com as informações do projeto ou do Plano de Recrutamento apresentado. Qualquer alteração deste número deverá ser comunicada ao CEP e ao Serviço de Gestão em Pesquisa para autorizações e atualizações cabíveis.
- b) O projeto deverá ser cadastrado no sistema AGHUse Pesquisa para fins de avaliação logística e financeira e somente poderá ser iniciado após aprovação final do Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação.
- c) Qualquer alteração nestes documentos deverá ser encaminhada para avaliação do CEP. Informamos que obrigatoriamente a versão do TCLE a ser utilizada deverá corresponder na íntegra à versão vigente aprovada.

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2229
Bairro: Santa Cecília **CEP:** 90.035-903
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3359-7640 **Fax:** (51)3359-7640 **E-mail:** cep@hcpa.edu.br

Continuação do Parecer: 2.824.536

- d) Deverão ser encaminhados ao CEP relatórios semestrais e um relatório final do projeto.
- e) A comunicação de eventos adversos classificados como sérios e inesperados, ocorridos com pacientes incluídos no centro HCPA, assim como os desvios de protocolo quando envolver diretamente estes pacientes, deverá ser realizada através do Sistema GEO (Gestão Estratégica Operacional) disponível na intranet do HCPA.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1123878.pdf	08/08/2018 10:37:28		Aceito
Outros	Carta_ao_CEP_referente_as_pendencias_do_Projeto_de_Pesquisa.pdf	08/08/2018 10:36:37	Alzira Maria Baptista Lewgoy	Aceito
Outros	Formulario_de_delegacoes_de_funcoes.pdf	08/08/2018 10:30:39	Alzira Maria Baptista Lewgoy	Aceito
Outros	Termo_de_compromisso.pdf	08/08/2018 10:20:02	Alzira Maria Baptista Lewgoy	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DE_PESQUISA.pdf	08/08/2018 09:36:43	Alzira Maria Baptista Lewgoy	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle_familiares.pdf	08/08/2018 09:35:11	Alzira Maria Baptista Lewgoy	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle_profissionais.pdf	08/08/2018 09:34:57	Alzira Maria Baptista Lewgoy	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	08/08/2018 09:24:12	Alzira Maria Baptista Lewgoy	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	08/08/2018 08:41:41	Alzira Maria Baptista Lewgoy	Aceito
Outros	Formulario_profissionais.pdf	20/06/2018 08:20:43	Alzira Maria Baptista Lewgoy	Aceito
Outros	Formulario.pdf	20/06/2018 08:18:58	Alzira Maria Baptista Lewgoy	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	19/06/2018 17:46:10	Alzira Maria Baptista Lewgoy	Aceito

Situação do Parecer:

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2229
Bairro: Santa Cecília **CEP:** 90.035-903
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3359-7640 **Fax:** (51)3359-7640 **E-mail:** cep@hcpa.edu.br

UFRGS - HOSPITAL DE
CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
DA UNIVERSIDADE FEDERAL



Continuação do Parecer: 2.824.536

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 16 de Agosto de 2018

Assinado por:
José Roberto Goldim
(Coordenador)

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2229
Bairro: Santa Cecília **CEP:** 90.035-903
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3359-7640 **Fax:** (51)3359-7640 **E-mail:** cep@hcpa.edu.br

Página 05 de 05

APÊNDICE A –

Formulário para entrevista com profissionais que atuem diretamente no cuidado com pacientes portadores de bactérias multirresistentes

1. Dados de identificação:

1.1 Entrevista nº: _____

1.2 Idade: _____

1.3 Escolaridade: _____

1.4. Naturalidade: _____

1.5 Sexo () Feminino () Masculino.

1.6 Profissão: _____

1.7 Formação complementar: extensão () especialização() Mestrado() Doutorado
() outros: Especificar:

1.7 Unidade de internação: _____

2. Sobre linha de cuidado e educação em saúde:

2.1. Você conhece o Programa de linha de cuidado do HCPA com pacientes de bactérias multirresistentes realizado durante e após a saída no HCPA?

2.2. O que você entende por linha de cuidado?

2.3. O que você entende por educação em saúde?

2.4. Em que momentos você considera que acontece o processo de educação em saúde para pacientes com bactérias multirresistentes?

2.5. Como você identifica quando os familiares compreendem ou só reproduzem o que foi informado?

2.6. Se você tivesse que falar sobre a higienização de mãos como você falaria para os pacientes e familiares?

2.7. Se tivesse que fazer uma avaliação sobre processo de educação em saúde como fluxo da linha de cuidados existente, como você relataria?