

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

VIVIANE MAISA DE ÁVILA GUEZ

**PERCEPÇÕES DO FAMILIAR DA CRIANÇA COM GERME
MULTIRRESISTENTE SOBRE MEDIDAS DE PRECAUÇÃO DE CONTATO**

Porto Alegre

2009

VIVIANE MAISA DE ÁVILA GUEZ

**PERCEPÇÕES DO FAMILIAR DA CRIANÇA COM GERME
MULTIRRESISTENTE SOBRE MEDIDAS DE PRECAUÇÃO DE CONTATO**

Trabalho de Conclusão do Curso de
Enfermagem da Universidade Federal do Rio
Grande do Sul, apresentado como requisito
parcial para obtenção do título de Enfermeiro.

Orientadora: Prof^a Dr^a Nair Regina Ritter
Ribeiro

Porto Alegre

2009

Dedico essa conquista a minha mãe Mariza, que apesar das inúmeras dificuldades sempre esteve ao meu lado incansavelmente. Sou muito grata pelo exemplo de vida, pelo apoio e pela compreensão depositados em mim.

AGRADECIMENTOS

Inicialmente agradeço a minha orientadora, Prof^a. Nair, por ter aceitado esta proposta de trabalho, por suas idéias e sugestões na concretização deste estudo. Agradeço pela confiança, sensibilidade e por seu empenho. Agradeço a Prof^a Simone Algeri e Enf^a Luciana Lima pelas palavras de incentivo, por estimularem meu crescimento profissional, pela amizade e carinho.

Agradeço aos meus pais e minha irmã, por serem meus exemplos de luta, coragem e persistência. Vocês me ajudaram a superar todas as dificuldades e me deram forças para seguir em frente. Agradeço aos meus tios Flávio e Jaci, pelo apoio e por sempre acreditarem em mim. Agradeço a Célia, pelas correções e dicas de português, por todo o aprendizado. Ao Leonardo por seu companheirismo, seu amor, sua paciência, seu apoio e bom-humor.

A todos que de alguma forma fizeram parte desta caminhada, muito obrigado.

RESUMO

No cuidado à criança, a família está integralmente ligada, e tratando-se de crianças hospitalizadas em isolamento pela presença de um germe multirresistente, percebe-se que os familiares têm uma atuação importante e necessitam de orientações específicas quanto à sua participação na assistência. Portanto, o objetivo deste trabalho é conhecer as percepções dos familiares de crianças com germe multirresistente sobre medidas de precaução de contato. Trata-se de um estudo qualitativo de caráter descritivo-exploratório, realizado nas Unidades de Internação Pediátrica 10°Norte e 10°Sul, e na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, através de entrevistas semi-estruturadas com oito familiares de crianças em isolamento. Para a análise dos dados utilizou-se a categorização das informações, segundo Bardin (2004), após a releitura e reagrupamento das unidades de significado, pode-se evidenciar as categoriais finais: *Fui orientado sobre...*, na qual se agruparam os relatos a respeito da orientação recebida; *Percebo o comportamento...*, onde se reuniram relatos sobre como são os próprios comportamentos dos sujeitos, e como eles observam o comportamento das visitas e da equipe; *O isolamento para mim é...*, na qual se agruparam os relatos sobre o que os sujeitos pensam sobre o isolamento; *Percebo a instituição e como eu me sinto...*, nesta última categoria emergiram opiniões sobre a instituição com relação à transmissão de germes, e sentimentos relacionados à internação associada ao isolamento. As ações educativas aos familiares são imprescindíveis, estimulando a todos a tomar parte dessa ação conjunta na luta contra os germes multirresistentes em hospitais.

DESCRITORES: Criança hospitalizada; Enfermagem pediátrica; Infecção hospitalar.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	06
2 REVISÃO DA LITERATURA.....	09
2.1 Infecção hospitalar e os germes multirresistentes em pediatria.....	09
2.2 Criança hospitalizada e o isolamento.....	11
3 METODOLOGIA	13
3.1 Tipo de estudo	13
3.2 Campo do estudo.....	13
3.3 Coleta de dados	14
3.4 Participantes.....	15
3.5 Análise dos dados	16
3.6 Aspectos éticos.....	17
4 PERCEPÇÕES DOS FAMILIARES.....	19
4.1 Fui orientado sobre.....	19
4.2 Percebo o comportamento.....	26
4.3 O isolamento para mim é.....	31
4.4 Como eu percebo a instituição e como eu me sinto.....	33
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	37
REFERÊNCIAS.....	39
APÊNDICE A – Instrumento de coleta de dados.....	43
APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	44
ANEXO A – Carta de aprovação da COMPESQ.....	45
ANEXO B – Carta de aprovação GPPG.....	46

1 INTRODUÇÃO

Hoje, o ensino em Enfermagem propicia aprendizado através do desenvolvimento de ações em diferentes áreas do conhecimento, e a área hospitalar por ter amplas dimensões em tratamento, diagnóstico e prevenção de doenças é a área de maior prática durante a graduação. Dessa maneira, os estágios extracurriculares em unidades hospitalares são oportunidades de aprofundar informações e conhecimentos a respeito das especialidades da profissão, de adquirir experiências diversas, de se deparar com afinidades e de aprimorar habilidades relacionando os diversos saberes.

Por conseguinte, a iniciativa deste estudo deu-se a partir de um estágio extracurricular na Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) em um hospital público do município de Porto Alegre. Durante este estágio pude acompanhar e desenvolver atividades como vigilância epidemiológica nas unidades de internação, capacitação de profissionais a respeito de medidas de prevenção e medidas de precaução, orientação de familiares e de pacientes, discutir as diversas dificuldades no envolvimento e aprimoramento dos profissionais, dos familiares em entender as medidas de isolamento e a problemática da estrutura das instituições, as quais dificultam o seguimento dos postulados e normas propostas.

Em nosso currículo, os princípios e normas relacionados à prevenção e controle de infecção hospitalar estão transversalmente inseridos de modo integrado com as disciplinas, pois as bases do controle de infecção hospitalar devem ser aplicadas na realização de todos os procedimentos terapêuticos ou diagnósticos.

Contudo, as informações referentes às funções das Comissões de Controle de Infecção Hospitalar e a participação e especialização do enfermeiro nestas ainda são escassas. Na prática, observa-se que são reconhecidos como integrantes de uma comissão fiscalizadora e não como parceiros na implementação de práticas adequadas de controle e prevenção de infecções.

De acordo com Nichiata *et al.* (2004), a concepção e a prática de precaução/isolamento como um instrumental de intervenção na prevenção e controle das doenças transmissíveis estão atreladas ao avanço do conhecimento científico e aos significados atribuídos pelas sociedades à saúde e à doença. Tais práticas no âmbito da assistência ao portador de doenças transmissíveis são orientadas e recomendadas principalmente por uma das entidades mais importantes desta área, o Center for Disease

Control and Prevention (CDC, 2009), o qual investe em reformulações na nomenclatura das categorias de isolamento e nas abordagens de cuidado.

Na prática, observa-se que nem todos os hospitais e profissionais adotam a nomenclatura das precauções baseadas na forma de transmissão, conforme as últimas atualizações do CDC. Por isso, será utilizado o termo *isolamento* para classificar os pacientes em medidas de precaução de contato por germe multirresistente (CDC, 2009).

Neste sentido, durante a prática diária das atividades no CCIH, foi possível acompanhar a evolução de diversos casos clínicos de crianças que desenvolveram doenças infecciosas por germes multirresistentes, necessitando de isolamento para impedir a transmissão. Isto gerou ansiedade e questionamentos nos familiares¹ quanto à relevância, a importância e as conseqüências de tais medidas de precaução.

De acordo com as premissas estabelecidas pelo CDC (USA, 2007), considera-se que as precauções padrão aplicam-se a todas as pessoas em situação de possibilidade de exposição a fluídos corporais, secreções, excreções, pele não intacta e mucosas. Mudanças importantes foram introduzidas em relação às recomendações anteriores: as precauções padrão incorporaram as precauções universais e o isolamento para substâncias corpóreas, ampliando-as. Nichiata (2004) brevemente sintetiza tais mudanças:

As precauções baseadas na transmissão, indicadas para pacientes comprovadamente infectados, ou suspeitos de sê-los, com patógenos altamente transmissíveis ou epidemiologicamente importantes para os quais medidas adicionais às precauções padrão são necessárias para interromper a transmissão nos hospitais. Há três tipos de precauções baseadas na transmissão: Precauções aéreas, Precauções por gotículas e Precauções por contato (p. 67).

A *precaução de contato* preconiza como cuidados básicos a higienização das mãos e a troca de luvas entre o atendimento de um paciente e outro, além de cuidados com objetos e equipamentos. A *precaução aérea*, por sua vez, é indicada para reduzir o risco de transmissão de agentes infecciosos veiculados pelo ar (partículas $<5_{\mu m}$) que permanecem por longos períodos em suspensão e atingem grandes distâncias. A *precaução por gotícula* é indicada na redução do risco de transmissão de agentes infecciosos veiculados pelo ar,

¹ Neste estudo utilizarei o termo *familiar* para identificar aquele acompanhante que permanecer maior parte do tempo da internação junto ao paciente, mesmo que estes indivíduos não tenham laços consangüíneos com a criança, mas que tenham um vínculo e proximidade com a mesma; pessoas que tenham laços sólidos de afetividade e que convivam dinamicamente com os costumes e tradições da criança.

mas dessa vez partículas $>5_{\mu\text{m}}$ que podem atingir distâncias de até 1 m da fonte de infecção (USA, 2007).

Sabe-se, de acordo com Faquinello, Higarashi e Marcon (2007) e Cardim (2008), que a hospitalização é uma situação crítica e delicada na vida de qualquer ser humano, e tem contornos especiais quando se trata de um acontecimento na vida de uma criança, pois implica na mudança de rotina de toda a família. A internação hospitalar representa uma experiência bastante difícil para a criança: gera ansiedade pela exposição a um ambiente estressante, e faz da presença de familiares, geralmente, a única fonte de segurança.

As unidades de isolamento são responsáveis por gerarem ansiedade e estresse nos pacientes e em seus familiares, pois representam a separação, tanto da restrição de visitas quanto do convívio social com os outros pacientes e com o ambiente hospitalar, dificultando a melhora da criança. Estas unidades criam uma barreira física e social entre as crianças e o ambiente extra-hospitalar, conseqüentemente, ao entrar nos quartos, é possível observar crianças tristes e/ ou deprimidas, e familiares insatisfeitos (CARDIM, 2008).

Embora sejam identificados fatores negativos para a criança e sua família, sabe-se da importância de tais condutas para conter a transmissão de germes multirresistentes, visto que são de significativa importância epidemiológica pela forma de transmissão através do contato direto e/ou indireto, e pela influência drástica no tempo de hospitalização e nos índices de morbimortalidade.

A realização deste estudo proporcionará aprofundar os conhecimentos em relação a sentimentos, percepções, atitudes, assim como ao que se refere às dificuldades encontradas pelos familiares na vivência da hospitalização em convivência com um germe hospitalar, o qual pode tornar a internação mais longa do que a esperada.

Acredita-se que a relevância deste trabalho está em demonstrar para os profissionais de saúde e para todos os envolvidos na prestação do cuidado à criança em isolamento, que ao reconhecer as dificuldades e limitações e, também, as potencialidades do familiar em participar e compreender as medidas de isolamento é possível obter contribuições construtivas numa assistência conjunta e de aprendizado.

Portanto, o **objetivo** deste trabalho é conhecer as percepções dos familiares de crianças com germe multirresistente sobre medidas de precaução de contato.

2 REVISÃO DA LITERATURA

Na revisão da literatura, pretendeu-se conhecer o que tem sido estudado sobre o assunto proposto; foram buscados conceitos de medidas de precaução de contato por germes multirresistentes, prevalência e incidência destes germes multirresistentes em crianças hospitalizadas, as relações profissional/familiar/criança e as implicações do isolamento para esta população.

A revisão da literatura foi realizada em bases de dados, como *Lilacs*, *Medline*, *SciELO* e *Bireme*, e em outras bases, se necessário. Foram utilizados para a pesquisa os seguintes descritores: criança hospitalizada, isolamento de pacientes, família, enfermagem pediátrica, infecção hospitalar e resistência bacteriana.

2.1 Infecção hospitalar e os germes multirresistentes em pediatria

Considera-se infecção hospitalar aquela adquirida após a internação do paciente e que se manifesta durante a internação, ou mesmo após a alta relacionadas com a hospitalização, com procedimentos invasivos, com o desequilíbrio da relação existente entre a microbiota humana normal e os mecanismos de defesa anti-infecciosa e do contato com a flora hospitalar (FERNANDES *et al.*, 2000; PEREIRA *et al.*, 2005; CDC, 2009).

Segundo Villas Bôas e Ruiz (2004), a ocorrência de infecção hospitalar determina um aumento no tempo de internação (aumento de quatro dias, em média), dos custos de internação e nos índices de mortalidade na população acometida, constituindo-se em grave problema de saúde pública que afeta e deteriora pacientes, familiares, comunidades, profissionais e instituições prestadoras de serviços de saúde.

Pereira *et al.* (2005) ressaltam que as características dos hospitais, incluindo os serviços, o tipo de clientela atendida, a gravidade/complexidade do atendimento, o sistema de vigilância epidemiológica e o controle de infecção hospitalar determinam as taxas de infecção e o surgimento de germes multirresistentes. Turrini e Santo (2002) acrescentam que os avanços tecnológicos relacionados aos procedimentos invasivos, diagnósticos e terapêuticos, e o aparecimento de micro-organismos multirresistentes pelo uso indiscriminado de antimicrobianos na prática hospitalar contribuem para esta problemática.

As crianças, mais suscetíveis a infecções devido à idade e à imaturidade dos seus sistemas imunitários, e, conseqüentemente aos germes hospitalares e aos procedimentos invasivos são mais prejudicadas por estes fatores que trazem conseqüências como taxas de

infecção hospitalar mais elevadas e a infecção ativa por maior tempo (POSFAY-BARBE; ZERR; PITTET, 2008).

Os sítios e os germes variam de acordo com a faixa etária, mas os Gram-negativos configuram-se como os principais contribuintes para infecções hospitalares. A proporção de infecções causadas por *Stafilococcus* coagulase negativa aumentou substancialmente nos países desenvolvidos ao longo das últimas duas décadas, principalmente devido ao aumento na incidência de infecção sanguínea e à melhora da sobrevivência de recém-nascidos de muito baixo peso ao nascer (LOPES; GOULART; STARLING, 2007; POSFAY-BARBE; ZERR; PITTET, 2008).

Portanto, a criança hospitalizada serve como uma fonte potencial de transmissão nosocomial, sendo uma população suscetível a transmissões cruzadas de germes altamente resistentes como *Stafilococcus aureus* resistente à vancomicina (MRSA), *Pseudomonas aeruginosa* ou *Burkholderia cepacia* (POSFAY-BARBE; ZERR; PITTET, 2008). Lopes, Goulart e Starling (2007) relatam que a *Pseudomonas* e o *Acinetobacter* tiveram aumento nos padrões de resistência e na frequência de ocorrência em hospitais brasileiros, porém ressaltam a falta de dados recentes.

O isolamento de pacientes, com a problemática da multirresistência, é uma intervenção importante e essencial na prevenção e controle das doenças transmissíveis. De acordo com o Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde, o isolamento é definido como a restrição dos movimentos e contatos sociais, no qual são controlados aspectos específicos do cuidado aos pacientes com doenças transmissíveis, com o propósito de prevenir a transmissão, por tempo determinado; ou quando o paciente é isolado em um ambiente controlado ou isento de germes, para sua proteção a alguma contaminação (SÃO PAULO, 2009).

Para pacientes infectados ou colonizados com germes multirresistentes é recomendado o isolamento em quarto privativo, mas se não for possível, recomenda-se separá-los por coorte, ou seja, agrupar estes pacientes com o mesmo organismo, limitando seu contato com outros pacientes. Tal separação é feita com base no diagnóstico clínico, com a confirmação microbiológica, quando disponível, epidemiologia e modo de transmissão do agente infeccioso (USA, 2007).

De acordo com Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (USA, 2007), os microorganismos são transmitidos por algumas rotas. Entretanto, um mesmo organismo pode ser transmitido por mais de uma das cinco principais rotas de transmissão: contato, gotículas, aérea, veículo motor e vetor. A principal forma de transmissão

hospitalar ocorre por contato, a qual é subdividida em contato direto (contato direto de superfícies corporais e transferência física de micro-organismos entre um hospedeiro suscetível e uma pessoa infectada ou colonizada) ou contato indireto (contato com objetos contaminados, agulhas, fômites, mãos contaminadas que não foram higienizadas).

As *precauções por contato* visam a impedir o risco de transmissão de germes multirresistentes (GMR), por contato direto ou indireto. O contato pode ocorrer também entre dois pacientes ou de familiares, pelo contato das mãos. Por isso, para este tipo de precaução, é indicado a utilização de luvas e avental (NICHIATA *et al.*, 2004; USA, 2007). Dessa maneira, a sistematização dos tipos de isolamento trouxe vários benefícios, como facilidades de atuação dos profissionais da área e economia à instituição, visto que os equipamentos de proteção individual deixaram de ser usados de forma indiscriminada (NICHIATA *et al.*, 2004).

A duração do isolamento depende da importância epidemiológica do germe, pois alguns micro-organismos como o *Acinetobacter* sp, por ser um germe resistente pode permanecer por meses como colonizante de pele e/ou de sítios do organismo, mesmo após o tratamento da infecção. Os pacientes com doenças graves, com dispositivos invasivos e em uso de antimicrobianos, dificilmente se descolonizam, mantendo-se portadores assintomáticos em risco de desenvolver nova infecção pelo mesmo germe e de transmitir para outros indivíduos. Por isso, mesmo com culturais negativos, as medidas de bloqueio devem permanecer durante toda a internação hospitalar (PORTO ALEGRE, 2008).

2.2 Criança hospitalizada e o isolamento

O paciente pediátrico possui particularidades visto ser um indivíduo com necessidades e características próprias determinadas pelas diferentes fases de seu desenvolvimento e crescimento que, com a inserção do familiar como seu acompanhante no ambiente hospitalar, trouxe alterações tanto na caracterização física da instituição quanto nas atitudes dos profissionais de saúde no que se refere ao estabelecimento de formas de envolvimento desse familiar no cuidado e na qualidade da assistência (SQUASSANTE; ALVIM, 2009).

De acordo com Sabatés e Borba (2005), a inserção da família no ambiente hospitalar trouxe novas demandas e a abordagem do cuidado, antes centrada na doença deslocou-se para a criança e sua família. Essas mudanças contribuíram para que fosse percebido que os pais têm necessidades direcionadas à participação na assistência durante a

hospitalização e após a alta da criança, o que possibilita estar informados constantemente sobre a situação de saúde do seu filho.

Segundo Rossi e Rodrigues (2007), a doença e a hospitalização geram uma desorganização na percepção, compreensão e emoção da criança, podendo afetar o seu desenvolvimento psicológico. O fato de estar inserida em um ambiente distante e distinto do seu habitual pode constituir-se numa experiência dolorosa, podendo potencializar traumas. Cardim *et al.* (2008) reafirmam que o isolamento acaba por exacerbar sofrimentos, pois significa a separação, tanto das pessoas que ama quanto do convívio social intra e extramuro hospitalar.

Estudos de Squassante e Alvim (2009) apresentam relatos de familiares sobre a equipe de enfermagem, que evita o familiar que questiona e reivindica o bem-estar e recuperação da criança, e passa a ignorar ou negligenciar suas necessidades, adotando atitudes de distanciamentos, ao não ouvir, não olhar, e não considerá-lo no processo de cuidar do paciente.

Cardim *et al.* (2008) evidencia que os profissionais, no cuidado a pacientes com doenças infecciosas transmissíveis, acabam por realizar apenas procedimentos técnicos, tendo como foco central o corpo e deixando de lado algumas características humanas da assistência, o que dificulta o relacionamento paciente/família/equipe.

Assistir uma criança hospitalizada implica em atender às necessidades dos pais. As informações que os familiares precisam receber incluem aquelas a respeito do estado de saúde da criança, diagnóstico, tratamento, prognóstico, medicamentos e exames, ou seja, conhecer o motivo da hospitalização e tudo o que é feito com o paciente (SABATÉS; BORBA, 2005).

Posfay-Barbe, Zerr e Pittet (2008), ressaltam a importância de manter o familiar bem informado para que ele não transmita germes para a criança nem para outros pacientes, destacando a importância do papel do controle de infecção e do enfermeiro nesta orientação. Turrini (2000) também enfatiza, em seus estudos, que há falta de orientação aos acompanhantes dos pacientes sobre as normas e rotinas do hospital.

Cabe à equipe de saúde adotar atitudes que proporcionem mudanças significativas na hospitalização da criança adotando uma assistência que possibilite o envolvimento da família no processo terapêutico, priorizando o desenvolvimento de orientações e medidas preventivas. Assim, faz-se necessário garantir o direito do familiar de ser informado e orientado, atendendo as suas necessidades, valorizando a relação de confiança estabelecida.

3 METODOLOGIA

A seguir será descrita a metodologia pretendida para o estudo.

3.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo qualitativo de caráter descritivo-exploratório. Segundo Pope e Mays (2005), a pesquisa qualitativa está relacionada aos significados que as pessoas atribuem às suas experiências e à forma como as pessoas compreendem o mundo. A pesquisa qualitativa tenta interpretar os fenômenos sociais e para isso pode incluir métodos de observação direta, entrevistas, análises de textos ou documentos e de discursos ou comportamento gravados.

As pesquisas descritivas têm como objetivo primordial a descrição de características de determinada população ou fenômeno. O caráter exploratório tem como objetivo aprimorar as idéias acerca de um tema, sendo bastante flexíveis e possibilitando a consideração de vários aspectos relacionados ao fato estudado (GIL, 2002).

3.2 Campo de Estudo

O estudo inicialmente seria realizado nas unidades de internação pediátrica, 10º Sul e 10º Norte do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), campo de ensino teórico-prático para estudantes da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e pertencente ao Serviço de Enfermagem Pediátrica, mas posteriormente estendeu-se o campo de estudo também para a Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP) a fim de obter mais participantes.

No período de coleta dos dados as unidades tiveram uma baixa no número de isolamentos por germes multirresistentes (GMR), os casos que surgiam na maioria tinham relação com a Gripe H1N1, ou com isolamento protetor relacionado às crianças transplantadas ou com doenças que levam a imunodepressão, por este motivo optou-se por estender o campo de estudo para a UTIP, a qual possuía mais casos de GMR no período de setembro a novembro de 2009. Após contato com a chefia do setor iniciou-se a busca por participantes.

A Unidade de Internação Pediátrica Ala Norte, localizada no 10º andar do HCPA, atende preferencialmente crianças na faixa etária de 28 dias a seis anos incompletos,

neonatos com patologias pediátricas, crianças com idade de até 13 anos incompletos que precisam de isolamento ou crianças com estatura menor que 120 cm, desde que permaneçam seguras e confortáveis nos berços.

A clientela desta unidade compreende, principalmente, crianças com doenças respiratórias, pneumológicas, doenças do aparelho digestivo, crianças com distúrbios nutricionais, imunológicos, neurológicos e eletrolíticos, sepses, problemas ortopédicos, cirúrgicos e vítimas de maus-tratos. Nesta Ala, existem dois quartos para isolamento, se necessário.

A Unidade de Internação Ala Sul localizada, também, no 10º andar do HCPA, interna crianças de dois meses a 13 anos incompletos, portadoras de patologias do aparelho digestivo, gastrintestinal e neurológico, problemas ortopédicos, cirúrgicos, psiquiátricos e pneumológicos. A Unidade distingue-se pelo atendimento às crianças em pós-operatório imediato de Transplante Hepático e pelo alto índice de crianças com doenças crônicas de prognóstico reservado. Nela há um número elevado de isolamentos por germes multirresistentes, visto que há uma enfermaria para crianças menores, cinco quartos de isolamento e os demais são de dois leitos, mas podem ser transformados em isolamento, se necessário (HCPA, 2009).

A Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica atende a faixa etária das crianças de 28 dias a 12 anos, atendendo também crianças com menos de 28 dias a adolescentes de até 18 anos, em função de particularidades das enfermidades pediátricas que necessitam de cuidados intensivos (HCPA, 2009).

3.3 Coleta de Dados

Para a coleta de dados deste estudo, utilizou-se como instrumento a entrevista semiestruturada (Apêndice A), composta de questões abertas e fechadas, dirigidas à temática central do estudo. As entrevistas foram realizadas na grande maioria nos próprios quartos de isolamento, pois neste permaneciam somente o familiar e a criança, sendo um local em que o mesmo podia expressar-se livremente. As entrevistas tiveram duração média de vinte minutos, e foram realizadas no período de setembro a início de novembro de 2009.

Segundo Pope e Mays (2005), as entrevistas são as técnicas qualitativas mais comumente utilizadas em estabelecimentos de atenção à saúde. Um dos tipos de entrevista é a semiestruturada, a qual é baseada numa estrutura livre, com questões abertas que

definem a área a ser explorada, mas o entrevistador tem a liberdade em prosseguir em uma idéia ou uma resposta em maiores detalhes.

Para Minayo (2008), este tipo de entrevista obedece a um roteiro que é apropriado fisicamente e utilizado pelo pesquisador e, por ter um apoio claro na sequência das questões, facilita a abordagem e assegura que nossas hipóteses ou pressupostos sejam cobertos na conversa.

Para a autora, a pesquisa qualitativa responde a questões particulares, num espaço mais profundo das relações considerando, como sujeito do estudo, pessoas pertencentes a determinada condição social, com suas crenças, valores e significados próprios.

Realizou-se um contato prévio com as chefias das unidades para apresentar o projeto e explicar as etapas que seriam realizadas e posteriormente o contato foi direto com as enfermeiras de cada turno para a identificação dos participantes. Com a identificação de um possível sujeito para o estudo foi realizada uma leitura breve do histórico da criança, principalmente com relação a infecções adquiridas na internação e informações relativas ao contexto familiar.

Para obtenção das informações foi utilizado um gravador, o qual era desligado quando necessário para que o familiar ficasse mais à vontade relatar algum fato referente aos questionamentos e para as explicações finais a respeito das dúvidas apresentadas nos relatos.

3.4 Participantes

Os participantes deste estudo foram oito familiares de crianças que estavam em isolamento por germes multirresistentes nas unidades de internação pediátrica 10º Sul, 10º Norte e UTIP, escolhidos aleatoriamente, independentemente do diagnóstico médico, da idade ou sexo da criança.

Como critério de inclusão utilizou-se o tempo de permanência do familiar superior a dois dias após a instalação das medidas durante a internação, ser maior de idade e concordar em participar do estudo.

Portanto, foram excluídos do estudo aqueles familiares que tivessem permanecido menos de dois dias com a criança após a instalação das medidas de precaução de contato.

O número de participantes estimado foi inicialmente de dez. No entanto, foi utilizado o critério de saturação de dados para a definição final do número total de

participantes. Para Polit, Beck e Hungler (2004), saturação de dados significa amostrar até o ponto em que não é obtida nenhuma informação nova e é atingida a redundância.

Entre os participantes, sete eram mães da criança e uma tia, com idade que variou de 19 aos 35 anos. A quantidade de filhos por participantes variou de um a quatro. Quanto ao nível sócio-econômico, a maioria fazia parte da classe menos favorecida, e a escolaridade variou desde ensino fundamental incompleto ao ensino médio completo.

3.5 Análise dos Dados

Para a análise dos dados, utilizou-se o método de categorização das informações. Para Bardin (2004), a categorização é uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamentos segundo o gênero, com critérios previamente definidos.

De acordo com Polit, Beck e Hungler (2004), a análise de dados qualitativos é um processo ativo e interativo. Por isso, as informações obtidas foram relacionadas e ordenadas. Os aspectos relevantes foram identificados e categorizados. Por fim, foi realizada a análise final de modo a relacionar os materiais obtidos, as reflexões desencadeadas e a discussão com a literatura encontrada e com os objetivos do presente estudo.

Realizou-se a leitura flutuante das entrevistas transcritas, agrupando-se as idéias semelhantes, as quais originaram as unidades de registro e análise, dando início à codificação. A categorização se verifica segundo princípios da exclusão mútua, homogeneidade, pertinência, objetividade e fidelidade (POLIT, BECK e HUNGLER, 2004).

Na fase de organização e exploração deste material fez-se a codificação das entrevistas, identificando as participantes por letra S de sujeito e um número seqüencial de acordo com a ordem de realização da entrevista (S.1, S.2, S.3...). A partir disso, identificaram-se as unidades de significado composta por palavras, frases e trechos que foram posteriormente agrupadas.

Após uma nova leitura e organização emergiram as primeiras categorias: Percepção do familiar em relação aos cuidados; percepção do familiar em relação ao isolamento; percepção do familiar em relação às formas de transmissão; comportamento do familiar, das visitas e da equipe; conseqüências para a criança e família.

Após a revisão e releitura, reagrupando as unidades de significado pode-se evidenciar as categorias finais como: *Fui Orientado Que...*, *Percebo o Comportamento...*, *O Isolamento Para Mim é...* e *Como Eu Percebo a Instituição e Como Eu Me Sinto...*

Por fim, partiu-se para a última etapa, na qual foram feitas as análises e a discussão com a literatura gerando o relatório final do estudo.

3.6 Aspectos Éticos

A pesquisa que envolve seres humanos requer uma análise especial dos procedimentos a serem utilizados de modo a proteger os direitos dos sujeitos. As bases dos regulamentos que afetam as pesquisas de responsabilidade do governo federal têm três princípios éticos, que são: isenção de dano, direito à autodeterminação e princípio de justiça (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Por isso, o presente trabalho, após aprovação na Disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso I, foi encaminhado para aprovação da Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem (COMPESQ). Posteriormente passou pela aprovação do Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação (GPPG) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. A concordância do familiar em participar da pesquisa estabeleceu-se por meio da assinatura prévia de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B) em duas vias, permanecendo uma com o familiar e outra com o pesquisador.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) assegura o completo anonimato dos indivíduos participantes, garantindo que os dados sejam utilizados somente no estudo e assegurando, da mesma forma, a liberdade de adesão ao projeto e de interrupção da participação a qualquer momento da coleta. Neste termo também estavam especificados os objetivos da pesquisa, e como se daria a coleta e quem a faria.

A participação foi através de uma entrevista composta de perguntas abertas, em local reservado para que o participante pudesse expressar-se livremente, e que teve duração média de vinte minutos. Foi usado um gravador para o registro da conversa. Após a transcrição das entrevistas, os CDs serão guardados pela pesquisadora por cinco anos, conforme Lei dos Direitos Autorais 9610/98 (BRASIL, 2009). Posteriormente, os CDs serão desgravados (apagados).

As entrevistas foram realizadas em ambiente reservado na própria unidade, garantindo assim, a privacidade dos participantes. Dependendo da situação no momento, foi realizada no quarto da criança ou na sala de reuniões.

Os dispositivos legais da Resolução do Conselho Nacional de Saúde de número 196/1996 foram respeitados, os quais prevêm a proteção dos direitos dos participantes em que a pesquisa envolve (BRASIL, 1996).

4 PERCEPÇÕES DOS FAMILIARES

Nos discursos dos sujeitos sobre o profissional que informou sobre o isolamento durante a internação e as medidas de precaução de contato, evidenciou-se que todos referiram que, principalmente, a enfermeira é a profissional que primeiramente orienta quanto aos cuidados no isolamento. Alguns sujeitos mencionaram possuir uma enfermeira de referência, dois sujeitos também citaram as orientações da equipe médica, contudo, a equipe de enfermagem é de modo geral a que orienta o familiar durante a o período do isolamento.

Estudos confirmam que as enfermeiras são os profissionais de saúde que mantêm contato mais contínuo e até mais íntimo com os pacientes e seus familiares do que qualquer outro profissional, o que aumenta sua responsabilidade e evidencia a importância da prática assistencial de enfermagem dentro da medicina preventiva (FONTANA; LAUTERT, 2006).

Neste capítulo serão apresentadas as categorias e subcategorias que emergiram da análise. As categorias são: *Fui Orientado Que...*, *Percebo o Comportamento...*, *O Isolamento Para Mim é...* e *Como Eu Percebo a Instituição e Como Eu Me Sinto...*

4.1 Fui orientado sobre...

Nesta categoria foram agrupados relatos dos sujeitos a respeito da orientação recebida, onde foram identificadas três subcategorias: *Comportamento esperado*, *Cuidados com a criança* e *Necessidade do isolamento*.

Comportamento esperado - Percebe-se que o enfoque da orientação recebida pelos familiares versou principalmente sobre o comportamento a ser seguido no isolamento. Os comportamentos esperados mais enfatizados referem-se aos cuidados que deveriam ter com relação à lavagem de mãos e a higienização com álcool gel, os quais foram recebidos por todos os sujeitos.

Estas orientações ficaram evidentes nas falas abaixo:

[fui orientado] só os cuidados que tem que ter. Tem que lavar as mãos, passar álcool, essas coisas... (S.1)

As enfermeiras me falaram para mim lavar as mãos antes de sair e depois para entrar aqui [quarto]. (S.5)

Evidencia-se que este cuidado foi feito de maneira enfática pelos profissionais, fazendo com que os sujeitos reconhecessem a importância do mesmo, o que vem de encontro com estudos de Martinez, Campos e Nogueira (2009), que comprovam que cerca de 30% das infecções hospitalares relacionadas à assistência prestada são consideradas preveníveis por medidas simples como a lavagem das mãos.

A lavagem efetiva das mãos pelos profissionais de saúde é o enfoque da maioria das pesquisas, entretanto é importante incluir como agentes atuantes na prática os acompanhantes que permanecem por períodos prolongados dentro do ambiente hospitalar, como no caso do cuidado em Pediatria. São as mãos que transportam o maior número de microorganismos por meio do contato direto, ou indireto, o qual ocorre por meio de objetos, e, dentre esses germes, muitos são germes potenciais, como *S. aureus*, *E. coli*, *P. aeruginosa* e *E. fecalis*, sendo metade deles multirresistentes aos antibióticos (USA, 2007).

Destaca-se que o hospital reconhece a importância da higienização das mãos, pois há vasta distribuição de álcool gel pelas unidades, corredores, elevadores e refeitórios, de fácil acesso a todos que circulam diariamente pelo ambiente hospitalar. Sendo, portanto, menos um obstáculo para o combate à disseminação de patógenos.

Cuidados com a criança - Nesta subcategoria os sujeitos mencionaram atitudes que deveriam ter, especificamente, com a atenção à criança, a partir da instituição do isolamento. Estes cuidados estão relacionados a ficar restrito ao quarto e não brincar com outras crianças.

Os depoimentos a seguir ilustram algumas medidas seguidas:

Ele não pode sair do quarto. Se ele sair tem que sair de máscara por causa de bactéria dele. (S.2)

Disseram que ele não pode sair do quarto e ele não pode brincar com as outras crianças. (S.3)

Todos os sujeitos relataram que uma das principais condutas com a criança era a restrição ao quarto. As crianças maiores, ou seja, acima de três anos, por terem maior necessidade de entretenimento, principalmente de interação com outras crianças, o fato de ficar num quarto de isolamento, sem outros pacientes, foi considerado como uma problemática em comparação às crianças de colo.

Em outros trechos também referiram o uso do avental e luvas para o contato com a criança. Entretanto, na unidade que possui quarto privativo, a norma do uso do avental

ficava mais flexível, visto que o familiar permanecia grande parte do tempo dentro do quarto, em contato unicamente com a própria criança, por isso o avental era de uso das visitas e das equipes.

Porque quando eu cheguei aqui [isolamento em enfermaria], elas [equipe] só disseram que ele tava com uma bactéria e que aqui teria que usar o avental e as luvas. (S.4)

Mas não me falaram que tinha que usar avental [isolamento no quarto privativo]. Ela [enfermeira] falou que se eu saísse para a rua era para lavar as mãos, quando eu voltasse era para lavar as mãos. (S.7)

De acordo com as orientações do CDC, todas as pessoas que entrarem em contato diretamente com o paciente ou com áreas potencialmente contaminadas no ambiente do mesmo devem usar avental e luvas, vestindo na entrada do quarto e descartando na saída, a fim de conter os germes potencialmente patogênicos e transmissíveis (USA, 2007).

Destaca-se que as mãos são facilmente contaminadas durante o processo de cuidar. Portanto, as roupas também podem facilmente estar contaminadas e ser meio de transmissão de patógenos dentro do ambiente hospitalar, incluindo refeitórios e banheiros, bem como “extra-hospitalar” como a Casa de Apoio.

A Casa de Apoio é mantida como alojamento conjunto para crianças e suas mães ou acompanhantes. De acordo com o Balanço Social de 2001, ela beneficia crianças em tratamento ambulatorial prolongado, residentes em locais distantes e que não têm onde se hospedar. Também é utilizada por crianças pré e pós-transplantadas, por mães cujos bebês estão internados no HCPA e querem acompanhar o tratamento, e por mães de bebês prematuros internados, possibilitando o aleitamento materno (HCPA, 2009a).

Por isso, é importante que a instituição e as equipes responsáveis compreendam que a presença dos GMR acarreta em mudanças e conscientização em todos envolvidos na hospitalização e em todos os locais interligados ao hospital.

No próximo depoimento, o sujeito retrata esta preocupação com a transmissão neste ambiente “extra-hospitalar”, a Casa de Apoio:

É que no meu caso eu não vou para minha casa há meses e fico na Casa de Apoio. Eu entro em contato com todo mundo, aqui dentro e lá. E assim, lá na casa de apoio têm muitas crianças com leucemia, transplantadas, muitos pacientes doentes. E aí? [...] Quando eu saio daqui eu já lavo as mãos, porque quando eu chego lá eu tenho que assinar minha entrada, então na toquei caneta e toquei no papel ou qualquer coisa que eu toco antes de chegar lá. Aí depois que assino o papel, eu pego minha chave, daí daqui a pouco eu abraço o fulano e beltrano, aí todo mundo pegou na minha mão, tocou em mim. Por isso que eu estou dizendo que tem que prevenir.

No meu caso, eu preveni quando saí daqui, passando álcool gel, mas tem que prevenir quando chega lá também. (S.6)

Neste último depoimento, percebe-se o entendimento correto e a preocupação com a fácil transmissão dos germes pelo simples contato. Sendo esta visão da transmissão de germes como um todo muito importante para a conscientização de todos.

No relato abaixo o sujeito retrata a experiência do isolamento vivenciada em outra unidade, no momento da entrevista encontrava-se no isolamento na Pediatria. Tal circunstância refere-se ao isolamento em uma unidade que não possui quarto de isolamento, e os bebês com GMR são separados por coorte e permanecem em incubadoras. Os familiares são orientados a tocarem neles com luvas, através das portas laterais, portanto não é permitido pegá-los no colo, o que gerou ansiedade e descontentamento, como é evidenciado na fala seguinte:

Lá [Unidade de Neonatologia] eu não podia pegar ele no colo, por causa do isolamento. Só podia tocar nele, ninguém podia pegar ele no colo. Daí eu usava avental, e no começo tinha que usar luvas, mas depois, como era só eu, e eu ficava só com ele, eu não precisava mais usar luvas. E só usava o avental, e lavava as mãos quando ia sair e quando chegava. [...] E era ruim não poder pegar ele no colo, isso era horrível, porque ele chorava, e só podia tocar nele. (S.7)

Nesta unidade há uma sala destinada a bebês colonizados ou infectados por germes potencialmente transmissíveis, os quais permanecem em incubadoras. Estas possuem sistema de pressão negativa, garantindo que a circulação e tratamento do ar sejam distantes do bebê, e, também, evitando o contato do mesmo com o ar externo.

Nesta sala permanecem todos os tipos de isolamento, mas separados por coorte de acordo com o tipo de isolamento, por isso bebês com GMR também permanecem em incubadoras apesar de não necessitarem das precauções com ar, com a finalidade de não contraírem infecções transmitidas pelo ar. Dessa maneira, tais orientações para os familiares têm a finalidade de interromper qualquer risco de transmissão cruzada entre os bebês.

Pensando no desenvolvimento do recém-nascido e da criança, o fato da mãe não poder levar ao colo seu filho, fica a incógnita sobre o risco/benefício desta rotina de isolamento. Acredita-se que seja necessário rever e repensar uma forma mais humanizada de cuidar dos recém-nascidos.

Necessidade do isolamento - Nesta subcategoria são trazidas falas que tratam a respeito do entendimento quanto ao motivo, objetivo do isolamento e as formas de transmissão dos germes.

Os sujeitos compreendem que Precaução de Contato refere-se aos cuidados para não transmitir e não contrair infecções de outras pessoas, assim como segue nas falas abaixo:

Isso tudo é pra ele não passar pra mais ninguém. (S.3)

Eu acho que é por causa que não é para trazer outros bichinhos lá de fora e quando a gente pega, não levar para os outros. E tem que lavar as mãos. (S.5)

Nos depoimentos acima, nota-se que os profissionais orientaram as medidas de precaução de contato de acordo com o que é preconizado, ou seja, constituindo uma adequada visão na perspectiva de que a atenção deve ser em torno da proteção e prevenção de transmissão de patógenos hospitalares.

Entretanto, é necessário que os profissionais tenham cuidado com a nomenclatura utilizada, e o modo através do qual é feita a abordagem deste familiar. A fala abaixo retrata que o sujeito teve dificuldade de entendimento, na qual relata que copiava os comportamentos de outros familiares por não saber o que deveria ser feito:

Sabe né, eu não entendi muito bem sobre os cuidados, mas como a maioria dos bebês de lá tinham [GMR], eu usava as coisas [avental, luvas...] como as outras mães faziam. (S.7)

Muitas vezes, no momento da abordagem pelo profissional, os sujeitos referem que compreenderam as orientações. Entretanto, evidencia-se que necessitam de maiores esclarecimentos, como aparece nos trechos abaixo:

Olha, eu não conheço quase nada de germe, só sou a mãe dele. Ele é fácil de pegar qualquer coisa e a bactéria dele é bem resistente e cada vez mais vai piorando. (S.2)

Não entendo muito, mas acho que sim [importância dos cuidados] deve ser pro bem dele. (S.3)

Quando o sujeito relata que “sou só a mãe dele”, infere-se que tem dificuldades para compreender com clareza tudo que lhe é explicado, porém no trecho que segue o mesmo sujeito mostra que entende parcialmente as orientações.

Em outro relato, o sujeito explica o motivo pelo qual a criança está no isolamento, mostrando compreender que a presença do GMR acarreta cuidados imediatos:

[As enfermeiras] falaram: - Mãe, agora a partir de hoje para entrar onde o M. estiver ele vai estar num isolamento, por causa desse *Acinetobacter*, por causa desta bactéria que ele vai entrar no isolamento. (S.6)

Nas próximas falas, infere-se o que os sujeitos entendem sobre as diferenças entre infecção e colonização e suas implicações. Além do entendimento do motivo das novas condutas a serem seguidas, é importante que os sujeitos tenham ciência de que nem sempre o GMR estará implicando numa piora clínica da criança:

A enfermeira nos explicou tudo como ia ser daqui pra frente [após o isolamento]. Falou que era uma bactéria forte e que como ela tem imunidade fraca podia ficar doente [infecção], mas que em outras pessoas pode até não fazer nada dependendo, e ficar só no corpo [colonização]. (S.8)

[A contaminação pelo germe] Teria como prevenir, não que fosse evitar, porque ela [a enfermeira] falou que pode até já ter contaminado ou pode não estar, porque essa bactéria tem pessoas que ela faz “morada” [colonização], às vezes, até mesmo durante um ano sem prejudicar em nada, mas tem pessoas que não precisa dar um ano que já está prejudicando. (S.6)

Nossa flora normal é constituída por microorganismos que estabelecem uma residência quase permanente, ou seja, colonizam, mas não geram danos em condições normais. A flora normal protege o hospedeiro contra a colonização por microorganismos potencialmente patogênicos, suprimindo seu crescimento através da competição por nutrientes e da produção de substâncias inibitórias. A flora transitória é constituída pelos microorganismos que podem estar presentes por vários dias, semanas ou meses e, então, desaparecer (USA, 2007).

Portanto, percebe-se a importância de explicar a diferença entre infecção e colonização para não gerar receio e tranquilizar os familiares, oportunizando um entendimento adequado.

Quanto à multirresistência, a maioria dos sujeitos entende que está relacionada ao risco de transmissão, e que, para tratar tais infecções, é necessário cautela no uso dos antibióticos:

Ele tem um germe no pulmão e precisa tomar antibiótico, mas me disseram que não é qualquer antibiótico, que esse germe é bem resistente, é um germe hospitalar, daí por isso é que pode passar pra outras crianças. (S.3)

Só sei que essa bactéria tem dois tipos, tem a mais grave e tem a normalzinha, porque ele já teve uma que era bem grave que deu pneumonia, que deram até dias pra ele. Foi o que a doutora explicou pra mim que tem a grave e a que ele tem não está num estado tão grave, que passou pro sangue, mas que não é tão grave. (S.7)

Neste último depoimento, quando fala em “bactéria normalzinha”, refere-se a germes não multirresistentes. Considerando-os, portanto, menos patogênicos.

A compreensão sobre as formas de transmissão parece estar nas falas que abordam as compreensões sobre as formas de transmissão. No trecho a seguir, o sujeito destaca o cuidado em não ter contato com outros familiares, pelo risco de ser um vetor na transmissão de germes para a criança:

[Ela] orientou medidas para ele não pegar e não passar também [...] porque não é para ter contato com outras mães para a gente não passar. E para eles não pegarem da gente. (S.2)

Torna-se evidente o receio de transmitir qualquer coisa para a criança. Pressupõe-se que, ao ouvir que pode transmitir para outro paciente e que outros também podem transmitir, este familiar pode ficar angustiado ou mesmo se sentindo culpado por algo que não ele não tem controle, mas que, dentro de suas possibilidades tenta evitar o contato com outros familiares.

Contudo, o contato com outros familiares poderia ser permitido desde que todos estivessem bem orientados quanto à importância do não compartilhamento de objetos, como chimarrão, e atentassem mais frequentemente para a higienização das mãos, pois dessa maneira diminuiriam quaisquer riscos de transmissão.

Na fala que segue, o sujeito retrata que o germe pode ser transmitido pelo contato direto ou indireto através de objetos ou equipamentos:

Fazer higiene na cama e nas coisas porque a bactéria não se localiza no ar que nem a gripe A, por exemplo, que passava de uma pessoa para outra. Essa bactéria ela pega na roupa, ela pega em qualquer objeto, sabe ela pode pegar. Se não for esterilizado e a gente não tiver higiene nas mãos e precaução, até para prevenir. (S.6)

Vale destacar que apenas um sujeito citou a utilização de equipamentos individuais, como termômetro, estetoscópios ou outros equipamentos que mereçam receber desinfecção ou mesmo ser de uso individual, o que leva ao pressuposto de que estas orientações não são enfatizadas:

[Cuidados no isolamento] outra coisa, o termômetro é individual, se ele tiver que ser dividido com outros pacientes tem que ser esterilizado, se não, não pode usar. (S.6)

Os cuidados especiais com equipamentos, como termômetro, estetoscópio, aparelho de pressão, monitores, bombas de infusão, etc., também fazem parte de rotinas a serem adotadas para pacientes em precaução de contato. Tais equipamentos precisam ser de uso exclusivo destas crianças, mas, se isso não for possível, deve-se fazer desinfecção com álcool a 70°C entre pacientes (CDC, 2009).

Percebe-se também que os sujeitos absorvem as nomenclaturas hospitalares, mas confundem os termos científicos. Quando fala em “esterilização”, refere-se à desinfecção, pois a esterilização, segundo Fernandes *et al.* (2000), refere-se à destruição e eliminação completa de microorganismos na forma vegetativa e esporulada, por meio de agentes físicos e químicos. Mas o que é preconizado é a desinfecção, na qual a lavagem com água e sabão e a utilização de álcool 70° são suficientes para a prevenção de transmissão de GMR.

4.2 Percebo o comportamento...

Nesta categoria, foram agrupados relatos dos sujeitos sobre como são os próprios comportamentos no isolamento, e como eles observam o comportamento das visitas e da equipe.

Meu comportamento – Nesta subcategoria infere-se como o sujeito se comporta no isolamento, quais atitudes que ele apresenta.

Nas falas, os sujeitos destacaram que, quanto à lavagem de mãos estão bem esclarecidos e que isso se tornou um hábito:

Eu lavo as mãos antes de pegar ele, depois que o coloco na cama, quando eu vou mudar, quando eu vou encostar na cama, quando eu toco no bico dele eu sempre lavo as mãos. Quando eu vou no banheiro, quando eu venho de fora. E eu acho que isso já ajuda. (S.4)

Neste outro trecho, um dos sujeitos explica “sua” correta técnica de lavagem e desinfecção das mãos:

Assim, quando eu cheguei aqui, foi assim, eu fui entrar nesse box, abri a torneira, lavei as mãos, e fechei a torneira novamente, daí não pode. [...] Tem que lavar as mãos, deixar a torneira aberta, pegar abrir toalinha pra secar, e deixar a água correr

e com a toalinha fechar a torneira, por causa se não vai adiantar nada eu ter lavado e ter fechado novamente e ter sujado as mãos de novo. E depois eu passo álcool gel (S.6)

Cabe ressaltar que a orientação da técnica correta da lavagem de mãos foi bem elucidada pela equipe, pois o sujeito demonstra total compreensão de como deve proceder para não “recontaminar” as mãos.

A lavagem com sabão e água pode remover fisicamente certo nível de patógenos, mas os antissépticos são essenciais para eliminar a maioria da flora transitória, sendo que preparações à base de álcool têm uma ação mais rápida do que outros produtos contendo antissépticos. Por isso o álcool gel tornou-se um ótimo aliado na remoção de patógenos das mãos. De fácil uso e manuseio, requer menor tempo para a aplicação e pode ser disponibilizado com maior facilidade. Entretanto, é fundamental a orientação de que ele seja utilizado quando não houver matéria orgânica visível, pois ao contrário, sua ação não é efetiva (PITTET, 2001; HERNANDES, 2004; MARTINEZ; CAMPOS; NOGUEIRA, 2009).

Na fala que segue, o mesmo sujeito resalta o motivo pelo qual o álcool gel é mais eficaz que o álcool líquido:

O álcool gel porque ele é mais eficaz, parece que o álcool líquido não, ele evapora, parece que o álcool gel é mais apropriado para isso [desinfecção das mãos]. (S.6)

A recomendação do álcool etílico para a desinfecção das mãos pela sua eficácia e baixo custo tem a desvantagem do seu efeito de secagem, por isso Hernandez *et al.* (2004) em sua pesquisa comprovaram que o álcool gel e a Clorexidina com 4% de gluconato de detergente podem ser mais eficazes que o álcool líquido puro para remoção de *Acinetobacter baumannii*, *Escherichia coli*, *Enterococcus faecalis*, e cepas de *Candida albicans* em mãos altamente contaminadas.

Ainda no que se refere ao uso de álcool para a desinfecção, na fala que segue o sujeito relata que também há preocupação quanto à desinfecção dos objetos do quarto e tem iniciativa para a higiene dos mesmos, como o leito da criança:

A higiene na caminha do M. com álcool, não precisa eu necessariamente fazer, mas eu faço quando elas deixam, eu faço. (S.6)

A inserção do familiar nas rotinas do isolamento, permitindo que ele colabore com alguns cuidados, como a higiene do leito, pode contribuir para a qualidade da assistência.

Por isso, valorizar as suas iniciativas construtivas demonstra que a equipe reconhece o papel importante do familiar na internação da criança.

Comportamento das visitas – Esse tópico da análise refere-se às falas em que os sujeitos descrevem alguns cuidados com relação às visitas no isolamento.

Na fala abaixo, o sujeito enfatiza que a família colabora com os cuidados necessários, e que nas suas residências também adquiriram a cultura de ter maior atenção com a higienização das mãos:

A minha família me apóia em tudo. Em casa já somos cuidadosos, não tem porque não ser aqui também. Lavamos as mãos, temos álcool gel. (S.2)

Cabe ressaltar que, quando a orientação suscita interesse, os sujeitos transmitem o conhecimento aprendido para seus familiares, divulgando informações importantes para a prevenção de diversas doenças comunitárias.

No relato abaixo, o familiar demonstra preocupação com relação à orientação das visitas e profissionais que entram em contato com a criança, pois é enfatizado que todos devem ter a mesma conduta que lhe foi orientada:

E eu também fico de olho para quem vier tocar nele antes tem que lavar as mãos. Porque não é pra passar mais nada pra ele. (S.7)

Aqui sou só eu e minha mãe, e todo mundo que entra aqui tem que fazer essas coisas, daí a gente tem que explicar. (S.8)

Para que os sujeitos estejam aptos a orientar as visitas depende necessariamente do esclarecimento de suas dúvidas, para que ele reconheça os motivos pelos quais são realizadas tais rotinas, e possa incentivar outros a colaborarem com os cuidados no isolamento.

No trecho que segue, retratam a impossibilidade de receber visitas de crianças ou de outros pacientes da unidade de Pediatria:

E não pode entrar criança aqui e que não pode entrar nenhuma criança aqui por causa desta bactéria. (S.2)

Embora a criança em isolamento não possa receber visitas de crianças, pelo risco de transmissão, visto que elas são mais suscetíveis, percebe-se a necessidade de rever algumas condutas, como por exemplo, alternativas de melhorar a recreação e de interação no isolamento, e de repensar alternativas para que os familiares possam estar mais presentes

durante a internação desta criança, sem acarretar prejuízos tanto para as medidas de precaução de contato quanto para o bem estar da criança.

Segundo Calvetti, Silva e Gauer (2008), a criança nesse processo de desenvolvimento se vê limitada, podendo entrar em conflito com a fase de desenvolvimento em que se encontra. Essa limitação ocorre em relação à descoberta do mundo, característica destacada no período da infância.

Em muitos hospitais existe a área de recreação, assim como nesta instituição, sendo nesta área que a criança tenta buscar a integração desses aspectos no processo de internação, porém as crianças em isolamento não estão disponíveis para esse contato como brincar em outro espaço, demonstrando a necessidade de repensar maneiras de melhorar a recreação dentro do isolamento, orientando os pais a trazerem objetos preferidos dela, ajudando a manter o vínculo com seu lar, tornando o ambiente mais humanizado e familiar (CALVETTI; SILVA; GAUER, 2008).

Comportamento da equipe - Nesta subcategoria, os sujeitos mencionaram o que eles observaram nas condutas das equipes, no isolamento.

Os sujeitos referiram condutas variadas percebidas nos profissionais, demonstrando que é necessário que sejam realizadas capacitações para as equipes multiprofissionais sobre como funciona a rotina nos leitos de isolamento, para que não surjam dúvidas quanto à importância destas medidas.

Na fala abaixo, o sujeito refere que nem todos os profissionais que entram no quarto usam o avental, como é preconizado, e de suma importância:

Vocês usam avental às vezes. Mas... Eu não sei o porquê. (S.3)

É necessário investir em formas de melhorar a adesão dos profissionais às medidas de precaução de contato, para que não ocorram tais fatos, os quais podem divergir opiniões entre os familiares dos isolamentos, prejudicando, também, a adesão deles às medidas.

Martinez, Campos e Nogueira (2009), reafirmam a necessidade de se instituírem programas de educação continuada visando a estabelecer e manter a adesão às técnicas e, talvez, campanhas que perpetuem o seu cumprimento.

Esta necessidade fica ainda mais evidente no relato abaixo:

Nesses dias, uma médica conversando comigo, ela era estagiária, eu nem percebi e ela também tinha se esquecido de colocar o avental. Ela estava escorada na cama só com o jaleco dela. Então, veio uma funcionária [enfermagem] e falou para ela vestir o avental, e a médica disse que só estava conversando, então, que não queria

colocá-lo, mas a funcionária disse que tinha que colocar. Ou seja, ela é médica e esqueceu, é a função dela e esqueceu. Não quer dizer que ela seja melhor por causa disso, mas eu me distraí na conversa e nem tinha reparado nisso. (S.6)

Talvez, devido a estas observações dos sujeitos sobre a conduta dos profissionais de saúde, é que a adesão ao uso do avental ainda seja a mais problemática dentre as medidas a serem seguidas pelos familiares. Contudo, ressalta-se que alguns profissionais estão atentos para esclarecer as dúvidas dos demais colegas.

Em outro relato, percebe-se que os sujeitos estão muito atentos a tudo ao seu redor, demonstrando que são capazes de atuarem neste contexto:

Elas [equipe de enfermagem] sempre usam luvas, até eu vi um cartazinho que diz que, se eu não estiver errada, ao mexer com secreções, use luvas. (S.6)

É importante ressaltar que no cuidado direto ao paciente em isolamento é imprescindível o uso das luvas. Entretanto, esse não minimiza a necessidade da higienização das mãos que deve ocorrer antes de calçar as luvas e após a sua remoção (USA, 2007).

Em outro relato, o sujeito reconhece que o ambiente hospitalar acarreta riscos para contrair doenças, mas que considera os profissionais de saúde desta instituição cuidadosos quanto à prevenção da transmissão:

Estamos num hospital e aqui isso pode acontecer [transmissão de infecções], mas a gente vê que o pessoal [profissionais] é cuidadoso [...] (S.8)

O risco de contrair infecções hospitalares depende do tempo de internação de cada paciente, e dos procedimentos invasivos a que eles forem submetidos, somando-se à problemática da disseminação dos germes multirresistentes por todas as instituições de saúde.

Nesse sentido, sabe-se que o ambiente hospitalar pode oferecer condições excelentes para a propagação de microrganismos, mesmo em meio a antissépticos, antibióticos e quimioterápicos, e que os pacientes podem ser susceptíveis porque estão com sua imunidade abalada pela própria doença, procedimentos cirúrgicos ou acidentais que abrem caminhos para a penetração microbiana.

Segundo Andrade, Leopoldo e Haas (2006), devido ao número considerável de microrganismos que desenvolveu resistência aos antimicrobianos convencionais, como também alguns impenetráveis às novas drogas, os GMR, associados à infecção hospitalar,

e o uso inadequado dos recursos diagnósticos e terapêuticos proporcionaram aumento significativo do risco de infecção, diante desta situação a infecção tem sido apontada como um dos mais importantes riscos aos pacientes hospitalizados.

Cabe ressaltar que as medidas de precaução de contato são orientações a serem seguidas por todos, e que os profissionais têm o dever de serem exemplos para os familiares e visitantes, a fim de demonstrar o grande valor destas para o controle de infecções.

Relembrando que as precauções padrão incluem as medidas de: lavagem das mãos, uso de barreiras (luvas, avental, gorro, máscara), cuidado com artigos, equipamentos e roupas utilizados durante a assistência, controle de ambiente (protocolos de processamento de superfícies, manejo dos resíduos de serviço de saúde), descarte adequado de material perfurocortante e acomodação do paciente, conforme nível de exigência, enquanto fonte de transmissão de infecção (FERNANDES, 2000).

4.3 O isolamento para mim é...

Nesta categoria, agruparam-se falas em que os sujeitos referem como eles sentem e o que pensam sobre o isolamento, portanto, dividiu-se em duas subcategorias: Favorável e Desfavorável.

Favorável – Portanto, nesta subcategoria, agruparam-se relatos positivos com relação ao fato de estar em isolamento.

Cabe ressaltar que alguns sujeitos referiram se sentirem mais seguros no isolamento, por considerarem o cuidado mais individualizado, como aparece na fala abaixo:

[...] e outra [vantagem] é que ele fica tratado melhor aqui nos boxes, porque a gente cuida só dele, ele está isolado. [...] Então, aqui é um lugar só pra ele, aqui tem que ter mais higiene, pra proteger mais ele e a si mesmos. (S.6)

Percebe-se que no isolamento, por acarretar maiores cuidados na prevenção da transmissão de doenças, o familiar passa a sentir-se mais seguro com o tratamento cuidadoso, ou seja, com o uso de equipamentos de proteção individual, como luvas e avental, além do cuidado com a lavagem de mãos, e pelo fato de estar sozinho no quarto, considera que a assistência é de melhor qualidade.

No mesmo sentido, o sujeito abaixo considera o atendimento personalizado no isolamento de boa qualidade, e sente-se seguro em deixar a criança sob os cuidados destes profissionais:

O bom daqui também é que quando eu vou pra Casa de Apoio, fico tranquila que ela está bem cuidada, mas eu só vou pra dormir. (S.8)

Ressalta-se que esta percepção é positiva, principalmente, para a relação de confiança entre o familiar e a equipe. Contudo, é importante salientar que nos demais quartos, não de isolamento, as condutas com as precauções padrão também devem ser seguidas.

Desfavorável – Aqui se reuniram percepções com aspectos negativos do isolamento.

Quanto aos aspectos negativos, os sujeitos destacaram percepções sobre o fato de não poderem sair do quarto, da sensação de estarem presos:

A gente não pode ir embora, tem que esperar o germe sair dele. (S.3)

No mesmo sentido, a criança também se aflige com a ansiedade do familiar e acaba por tentar compreender os motivos pelos quais não podem sair do quarto:

Ele fica perguntando muito e a gente tenta explicar, mas não é fácil. (S.3)

Por isso, é imprescindível explicar para a criança o que será modificado na sua rotina, os motivos pelos quais ela ficará num quarto de isolamento, utilizando uma abordagem simples para tranquilizá-la. Calvetti, Silva e Gauer (2008), destacam que todos os procedimentos a serem realizados devem ser explicados para a criança na tentativa de atenuar seus medos e fantasias ante o ambiente desconhecido, e muitas vezes, de procedimentos invasivos, rompendo com a intimidade da criança.

As atitudes dos cuidadores podem influenciar no processo de recuperação da criança pelo tipo de vínculo estabelecido, como por exemplo, o de confiança e de amor. Por isso, é fundamental o desenvolvimento da sensibilidade do profissional em relação à leitura da linguagem corporal da criança, para um melhor manejo desta e do fortalecimento do vínculo (CALVETTI; SILVA; GAUER, 2008).

O cotidiano domiciliar é muito diferente do hospitalar, pois em suas casas as crianças estão livres para brincar. Já, num ambiente hospitalar associado ao isolamento, elas sentem-se mais presas e sem liberdade:

A gente tenta entretê-lo, mas não é fácil. Às vezes ele fica muito nervoso, quer ir jogar na sala com os outros. (S.3)

Por isso, é importante que sejam disponibilizados mais brinquedos e alternativas de recreação para estes quartos, visto que, indo ao encontro do estudo de Rabelo e Souza (2009), no ambiente hospitalar pediátrico, o entretenimento é fundamental. O trabalho recreativo contribui para o bem-estar da criança, ocupando-a sadiamente e preservando o princípio básico da saúde integral.

4.4 Como eu percebo a instituição e como eu me sinto...

Nesta categoria, emergiram opiniões a respeito da instituição com relação à prevenção de transmissão de germes, e sentimentos relacionados à internação e ao isolamento, como solidão, medo, angústia, preocupação, dentre outros.

Como eu me sinto - O familiar da criança hospitalizada, especialmente as mães, está exposto a pressões internas, como sentimentos de preocupação e culpa, e as pressões externas decorrentes dos aspectos do ambiente hospitalar e suas particularidades. Essas emoções foram facilmente identificadas durante as entrevistas, principalmente quando questionado a respeito dos aspectos negativos do isolamento tanto para eles quanto para a criança. Podem-se perceber sentimentos de angústia, como também o cansaço físico e a sobrecarga psicológica decorrentes da hospitalização de uma criança. A fala a seguir menciona esta circunstância:

E quem fica mais aqui sou eu, e a gente vai cansando. (S.3)

Ainda no que diz respeito às emoções vivenciadas pelos sujeitos, nota-se sentimentos de isolamento do mundo, resultando em privações tanto do familiar quanto da criança:

A gente não pode ir embora, tem que esperar o germe sair dele. [O que me chateia] é que a gente fica muito sozinho aqui. [...] E tem dias que elas [equipe de enfermagem] vêm pouco aqui, no começo era muito pouco. (S.3)

O fato de estar num quarto de isolamento resulta na diminuição da circulação de pessoas, como visitas e das equipes, sendo uma recomendação para a prevenção de transmissão.

Nesse contexto, surge o sentimento de solidão relacionado à liberdade restringida do isolamento que, associado aos cuidados especiais necessários e a vivência num local desconhecido, abala sua autonomia e independência.

Apesar deste sentimento, o sujeito abaixo refere que busca alternativas para vivenciar de maneira mais tranquila este isolamento prolongado:

[...] e eu até gosto de ficar quieta no meu canto. E eu faço meu tricot. (S.1)

Nestes relatos, surgiram reações diferenciadas, algumas positivas e outras negativas, pois cada sujeito apresenta particularidades. Uma das vantagens do isolamento, destacadas por alguns dos sujeitos foi a privacidade:

Eu acho muito positivo [ficar no isolamento]. Uma vantagem é que eu gosto muito de privacidade... E na situação que ele estava e está com vários procedimentos que precisam de privacidade. (S.6)

Eu gosto de ter este quarto só para nós. Eu fico mais à vontade. Posso cuidar dela, e quando minha mãe vem, ela também gosta de estar sozinha aqui. Aqui é melhor pela privacidade da gente e pra ela. Para prevenir. (S.8)

A manifestação de satisfação dos sujeitos em poder estarem acompanhando o tratamento das crianças, de estarem mais à vontade nos quartos privativos para darem carinho e amor necessários, demonstra que isso reforça ainda mais o vínculo entre eles, e que este bem-estar pode minimizar o sofrimento.

Em um dos relatos o sujeito expressa um intenso sentimento de culpa por seu filho ter se contaminado por um GMR, cujo foi desencadeado em decorrência da reação da equipe para com ele:

Eu mesma já vi com meus próprios olhos porque o J. pegou um *Stafilococcus*. Porque eu tomei chimarrão com a mãe de uma criança que tinha essa bactéria. E estávamos prontos para irmos embora para casa e veio essa bactéria no escarro dele. Aí foi “xingão” da doutora, da enfermeira, porque eles orientam, mas eu achei que era mentira, mas é verdade mesmo. Daí, levei “xingão” porque eu já sabia e não ouvi. (S.2)

A equipe deve estar atenta a esses aspectos, orientar sem colocar culpa na família que já está abalada com a problemática da internação da criança. Por mais que seja percebido que o familiar errou em condutas de prevenção, não é recomendado culpá-los

pela transmissão de patógenos, e, quando há contaminação de algum paciente, a equipe deve rever o processo de trabalho como um todo.

Entretanto, se reconhece que o fato de compartilhar objetos, como o chimarrão, é uma conduta errada num ambiente hospitalar, principalmente com relação ao cuidado em Pediatria, no qual os familiares têm um contato mais íntimo com as crianças.

Em um dos depoimentos o sujeito referiu que observava preconceito de outros familiares com relação à presença do GMR, como percebemos no trecho a seguir:

Aqui [no isolamento] não tem nada para me prejudicar; assim, claro que a gente sofre preconceito, não é todo mundo, mas têm pessoas que olham pros lados, a gente sofre preconceito. Ficam cochichando pelos cantos, e são os familiares dos outros pacientes. Até no corredor que a gente anda, perguntam se é verdade que tem lá na unidade uma bactéria muito forte e tal... Aí, eu digo que eu não sei, eu sempre digo que eu não sei [...] (S.6).

O preconceito pode gerar muita insatisfação nos sujeitos envolvidos num isolamento, por isso, mais uma vez percebe-se a importância de orientações a todos os familiares e pacientes sobre as formas de transmissão dos GMR e prevenção.

Como eu percebo a instituição – Nesta subcategoria, reuniram-se o que alguns familiares referiram ser de responsabilidade da instituição, com relação às infecções hospitalares.

No relato que segue, o sujeito considera que por causa de um descuido das equipes, seu filho contraiu uma infecção, sendo sua insatisfação exposta numa reunião de pais:

A gente teve uma discussão por causa disso, por causa da sala de cirurgia, porque lá em cima [Neonatologia] eles têm todos os cuidados para o bebê não esfriar, para tentar manter aquecido. Aí veio da sala de cirurgia que é gelada, veio com pneumonia e depois de dois dias veio esse bichinho. Eu falei tudo isso pra doutora e falei na reunião dos pais que se eles têm que ter os mesmos cuidados na sala de cirurgia, tentar pelo menos cobrir o bebê, pra eles não ficarem doentes. (S.7)

A infecção adquirida por este bebê não se deve exclusivamente pela situação descrita, mas se reconhece que esta falta de cuidado pode ter colaborado para o surgimento da infecção.

Em outro relato, o sujeito refere que a criança adquiriu o GMR por brincar com outras crianças dentro do hospital:

Ele pegou de ficar brincando com os outros, não sei como foi, mas pegou aqui dentro. (S.3)

É reconhecido o risco que os pacientes possuem por brincarem juntos, entretanto, as crianças necessitam destes momentos de brincar, por isso, é importante a presença dos familiares durante estes encontros para evitar que haja contatos mais íntimos, e que ajudem e orientem as crianças a lavarem as mãos.

Muitos estudos comprovam que o problema básico da transmissão de microorganismos está ligado aos recursos humanos, seu preparo e conscientização, demonstrando que a baixa adesão dos profissionais da área da saúde às medidas preventivas acarreta em altos índices de infecções hospitalares (PITTET, 2001; MARTINEZ, CAMPOS e NOGUEIRA, 2009).

Nas falas foi possível perceber que a culpabilidade da transmissão dos GMR ficou frequentemente com a criança ou a família, por isso evidencia-se a necessidade de rever como é realizada a orientação dessas famílias, pois se sabe que normalmente a transmissão ocorre pelos profissionais.

Portanto, ao identificar os sentimentos manifestados pelos sujeitos, percebe-se que há singularidades na maneira de pensar, agir e sentir de cada um deles. A equipe que está atenta às emoções que decorrem das histórias pessoais, asseguram uma abordagem mais humanizada na assistência. Podem minimizar ou evitar os sentimentos de solidão, com palavras de encorajamento, consolo e conforto possibilitando que a criança e os familiares se sintam mais cuidados.

Percebe-se que a equipe precisa compreender as necessidades desta família, para que a mesma seja assistida em suas dificuldades. Ajudá-la a superar seus medos, incertezas e ansiedades certamente facilitará sua adaptação a novas situações e isto se refletirá na assistência prestada à criança, para quem o melhor cuidado é aquele prestado pelo familiar com o qual possui laços de confiança. Portanto, cabe aos profissionais de enfermagem funcionar como facilitadores deste processo, identificando deficiências, compartilhando saberes, viabilizando este cuidado da família, sem, porém delegar funções, onde a família receba esclarecimentos acerca da doença e tratamento de seu filho e onde possa expressar suas angústias e limitações (ROSSI e RODRIGUES, 2007).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao término deste estudo, constatou-se que os familiares sabem descrever os cuidados essenciais do isolamento. Dentre as medidas, relataram sobre a importância da higienização das mãos, o uso do álcool gel, avental e luvas, da restrição da criança ao quarto ou leito de isolamento, e mencionam que os motivos principais são para evitar o contato com outros pacientes e prevenir a transmissão de infecções.

Durante a realização do estudo, pode-se acompanhar o trabalho da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) do HCPA em orientar a equipe de enfermagem quanto aos cuidados na Prevenção de Contato e a transmissão dos GMR, através de grupos de discussão. Também se recomenda que tais capacitações não fiquem restritas às iniciativas da CCIH, e sim que as unidades, também, se proponham a realizar capacitações periódicas para os profissionais de todas as equipes multiprofissionais que circulam pelos leitos de isolamento, a fim de uniformizar os comportamentos e para que todos estejam habilitados a orientar familiares e visitantes.

Ao mesmo tempo, uma das unidades do campo de estudo vivenciou um surto de GMR, no qual diversas condutas imediatas foram tomadas para conter a disseminação, em conjunto com diversos setores e equipes, inclusive com a colaboração dos familiares das crianças envolvidas. Foram realizadas reuniões com os familiares para explicar minuciosamente qual era a situação, a fim de deixá-los bem esclarecidos, para não gerar ansiedade pelos boatos que estavam surgindo. Evidenciou que os sujeitos entrevistados desta unidade estavam mais bem orientados, tinham poucas dúvidas e tinham mais autonomia no cuidados às crianças.

Ficou evidente, nos relatos, a necessidade de envolvimento das equipes identificando as necessidades dos familiares, pois o cuidado em Pediatria é inevitavelmente correlacionado às famílias. Na medida em que se consegue o envolvimento e colaboração destes cuidadores junto à assistência, consegue-se, muitas vezes, sanar dúvidas e minimizar ansiedades. É um desafio para os profissionais de saúde mobilizar as famílias para que estejam envolvidas e aptas a contribuir na assistência. A complexa dinâmica de mudança de comportamentos, tanto da equipe quanto das famílias, envolve uma combinação de motivação, educação/conhecimento e hábitos.

No que se refere às medidas de precaução ou isolamento, sabe-se que estas precisam de ampla colaboração da equipe hospitalar, do paciente e da família, pois existem muitos obstáculos como a falta de espaço físico, de materiais de proteção, de conhecimento

técnico, a problemática da demanda de profissionais para atender o isolamento, dentre outros.

Por isso, quando há a necessidade de isolamento, a situação requer a conscientização de todos envolvidos quanto à importância da prevenção na disseminação de germes no ambiente hospitalar, destacando que todos os profissionais das diversas equipes multiprofissionais, familiares e o próprio paciente, quando for o caso, devem sentir-se como membros deste contexto, elementos importantes e atuantes na vigilância e prevenção dessas.

Dentre as sugestões advindas dos familiares, relataram a necessidade de ter espaços para que possam fazer perguntas, se expressar dizendo o que sentem e o que pensam, pois o excesso de informações e orientações pode prejudicar sua interpretação e geram mais ansiedade.

Por isso, é importante que os profissionais reconheçam também suas próprias limitações para que desenvolvam suas competências e habilidades para agregar o cuidado à criança e seu familiar, para construir uma assistência conjunta de qualidade e de aprendizado.

Por fim, o estudo oportunizou aos familiares a expressão de concepções de cuidado, percepções do isolamento, sentimentos, dúvidas, bem como suas vivências, contudo, percebe-se a necessidade da realização de outras pesquisas referentes às percepções dos familiares, uma vez que há escassez de material sobre o assunto.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, D.; LEOPOLDO, V. C.; HAAS, V. J. Ocorrência de bactérias multiresistentes em um centro de terapia intensiva hospital brasileiro de emergências. **Revista Brasileira Terapia Intensiva**, São Paulo, v. 18, n. 1, p.27-33, 2006. Jan-mar.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 3. ed. Lisboa: Edições, 2004. 223 p.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução CNS 196/96**: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 1996. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/docs/Resolucoes/Reso196.doc>> Acesso em: 2 abr. 2009.

BRASIL. Ministério da Justiça Lei Dos Direitos Autorais. **Lei 9610 de 1 de fevereiro de 1998**. Disponível em: <<http://www.mdic.gov.br>>. Acesso em: 07 jun. 2009.

CALVETTI, P. Ü.; SILVA, L. M.; GAUER, G. J. C. Psicologia da saúde e criança hospitalizada. **Revista de Psicologia da Vetor Editora**, São Paulo, v. 9, n.2, p.229-234, 2008. Jul-dez.

CARDIM, M.G. et al. Crianças em isolamento hospitalar: relações e vivências com a equipe de enfermagem. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p.32-38, 2008. Jan/mar.

CDC, Centers For Disease Control And Prevention (Org.). **Centers for Disease Control and Prevention**. Atlanta USA. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/>>. Acesso em: 19 maio 2009.

FAQUINELLO, P.; HIGARASHI, I. H.; MARCON, S. S.. O atendimento humanizado em unidade pediátrica: percepção do acompanhante da criança hospitalizada. **Texto & Contexto - Enfermagem [online]**, Florianópolis, v. 6, n. 4, p.609-616, 2007. Out/dez.

FERNANDES, A. T. et al. **Infecção Hospitalar e suas interfaces na área da saúde**. São Paulo: Atheneu, 2000. 2 v.

FONTANA, R. T.; LAUTERT, L. A prevenção e o controle de infecções: um estudo de caso com enfermeiras. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 3, n. 59, p.257-261, 2006. Mai-jun.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002. 175 p.

HCPA, Hospital de Clínicas de Porto Alegre. **Balanco Social de 2001**. Disponível em: <www.hcpa.ufrgs.br/downloads/balanco.../balan_soc_2001.pdf>. Acesso em: 25 nov. 2009a.

_____. HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE. **Serviço de Enfermagem Pediátrica**. Disponível em: <<http://www.hcpa.ufrgs.br/content/view/435/654/>>. Acesso em: 21 abr. 2009b.

HERNANDES, S. E. D. et al. The Effectiveness of alcohol gel and other hand-cleansing agents against important nosocomial pathogens. **Brazilian Journal Of Microbiology**, São Paulo, n. 35, p.33-39, 2004.

LOPES, J. M. M.; GOULART, E. M. A.; STARLING, C. E. F. Pediatric Mortality Due to Nosocomial Infection: A Critical Approach. **Braz. J. Infect. Dis**, Salvador, v. 11, n. 5, p.515-519, 2007.

MARTINEZ, M. R.; CAMPOS, L. A. A. F.; NOGUEIRA, P. C. K. Adesão à técnica de lavagem de mãos em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 2, n. 27, p.179-185, 2009.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008. 407 p.

NICHIATA, L.Y.I. *et al.* Evolução dos isolamentos em doenças transmissíveis: os saberes na prática contemporânea. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 38, n. 1, p.61-70, 2004.

PEREIRA, M. S. et al. A infecção hospitalar e suas implicações para o cuidar da enfermagem. **Texto & Contexto-enfermagem**, Brasília, v. 14, n. 2, p.250-257, 2005. Abr-jun.

PITTET, D. Improving Adherence to Hand Hygiene Practice: A Multidisciplinary Approach. **Emerging Infectious Diseases**, Geneva, v. 7, n. 2, p.179-185, 2001. Março-abril.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de Pesquisa em enfermagem: Métodos, avaliação e utilização**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa: na atenção à saúde**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005. 118 p.

PORTO ALEGRE. Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde. Prefeitura Municipal de Porto Alegre (Org.). **Manual de Orientação para Controle da Disseminação de Acinetobacter sp Resistente a Carbapenêmicos no Município de Porto Alegre**. Porto Alegre, 2008. 42 p.

POSFAY-BARBE, K. M.; ZERR, D. M; PITTET, D. Infection control in paediatrics. **Lancet Infect Dis**, Geneva, v. 8, n., p.19-31, jan. 2008. Review.

RABELO, A. H. S.; SOUZA, T. V. O conhecimento do familiar/acompanhante acerca da precaução de contato: contribuições para a enfermagem pediátrica. **Rev Enferm Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p.271-278, 2009. Abr-jun.

ROSSI, C. S.; RODRIGUES, B. M. R. D.. As implicações da hospitalização para a criança, sua família e equipe de enfermagem: Um estudo exploratório descritivo. **Online Brazilian Journal Of Nursing**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p.1-14, 2007. Disponível em: <<http://www.uff.br/objnursing/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2007.1110/282>>. Acesso em: 01 maio 2009.

SABATÉS, A. L.; BORBA, R. I. H. As informações recebidas pelos pais durante a hospitalização do filho. **Rev Latino-am Enfermagem**, São Paulo, v. 13, n. 6, p. 968-973, 2005. Nov-dez.

SÃO PAULO. Centro Latino-americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde. Ministério da Saúde. **Descritores em Ciências da Saúde: isolamento de pacientes**. 2009. Disponível em: <<http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decsserver/>>. Acesso em: 03 jun. 2009.

SQUASSANTE, N. D.; ALVIM, N. A. T. Relação equipe de enfermagem e acompanhantes de clientes hospitalizados: implicações para o cuidado. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 1, n. 62, p.11-17, 2009. Jan-fev.

TURRINI, R. N. T. Percepção das enfermeiras sobre fatores de risco para a infecção hospitalar. **Rev. Esc. Enf. USP**, São Paulo, v. 34, n. 2, p. 174-184, 2000. Jun.

TURRINI, R. N. T.; SANTO, A. H. Infecção hospitalar e causas múltiplas de morte. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 78, n. 6, p.485-490, 2002.

USA. Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. **Guideline for isolation and precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings** 2007. Atlanta, 2007. 219 p. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/ncidod/dhqp/pdf/isolation2007.pdf>>. Acesso em: 10 maio 2009.

VILLAS BÔAS, P. J. F.; RUIZ, T. Ocorrência de infecção hospitalar em idosos internados em hospital universitário. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 3, n. 38, p.372-378, 2004.

APÊNDICE A– Instrumento de coleta de dados

Segue as questões para **nortear** a entrevista semi-estruturada:

1. Alguém já lhe orientou sobre os cuidados necessários para evitar a transmissão de doenças no ambiente hospitalar? Quem? E o que foi orientado?
2. Para a Sra. (Sr.) estes cuidados são necessários? Por quê?
3. Na sua percepção, em que estes cuidados interferem na evolução da doença de seu filho (a)?
4. No seu entendimento, quais os pontos positivos destes cuidados, para você e para seu filho(a) ?
5. No seu entendimento, quais os pontos negativos destes cuidados, para você e para seu filho(a) ?
6. Na sua percepção, o que poderia ser feito para melhorar o período de isolamento de uma criança e seus familiares?
7. A Sra. (Sr.) gostaria de acrescentar mais alguma informação?

Agradecer a participação.

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Escola de Enfermagem
Disciplina ENF- 99004 Trabalho de Conclusão I

Percepções do familiar da criança com germe multirresistente sobre medidas de precaução de contato

Pesquisadora: **Viviane Maisa de Ávila Guez**
Orientadora: **Nair Regina Ritter Ribeiro**

Estamos lhe convidando a participar da pesquisa intitulada “**Percepções do familiar da criança com germe multirresistente sobre medidas de precaução de contato**” que tem como objetivo conhecer as percepções dos familiares de crianças com germe multirresistente sobre medidas de precaução de contato, ou seja, sobre o isolamento que seu filho (a) está e os cuidados necessários para esta situação.

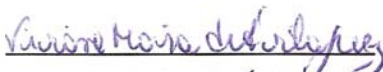
Gostaríamos que você soubesse que sua participação é voluntária e que a decisão de participar ou não do estudo não irá afetar de forma alguma seu tratamento no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, sendo que a qualquer momento você poderá desistir da participação e retirar seu consentimento.

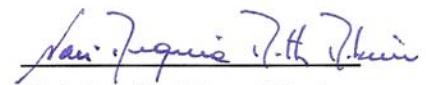
Se decidir participar, gostaríamos de informar que sua participação será através de uma entrevista, em local reservado para que possa expressar-se livremente, e que terá duração média de trinta (30) minutos. Será usado um gravador para o registro da conversa. Após a transcrição das entrevistas, os CDs serão guardados por cinco anos e, após, desgravados (apagados).

Asseguramos que os participantes não serão identificados e que as informações coletadas serão utilizadas apenas para fins científicos. Este trabalho foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. O telefone de contato do Comitê é 33598094.

Colocamo-nos a disposição para os esclarecimentos, em qualquer momento, pelos telefones Viviane Maisa de Ávila Guez (51) 92124148 e Nair Regina Ritter Ribeiro (51)99794097.

Solicitamos, através desse documento, autorização para sua inclusão como participante da pesquisa.


Viviane Maisa de Ávila Guez


Nair Regina Ritter Ribeiro

Porto Alegre, de de 2009.

Eu concordo em participar do estudo acima referido, após ter sido esclarecido sobre os objetivos da entrevista a qual irei me submeter. Tenho claro que posso cancelar minha participação no estudo, a qualquer momento, sem prejuízos na assistência.

Nome:

Assinatura.....

Data:/...../.....

HCPA / GPPG
VERSÃO APROVADA
09 / 09 / 2009
nr 09326

HCPA / GPPG RECEBIDO
24 AGO. 2009
Por Patrícia Proj. nº 09326

ANEXO A – Carta de aprovação da COMPESQ

**COMISSÃO DE PESQUISA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL**

CARTA DE APROVAÇÃO

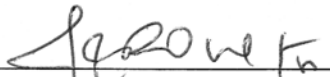
Projeto: Nº TCC 08/09
Versão 07/2009

Pesquisadores: Viviane M. de Ávila Guez ; Nair R. R. Ribeiro

Título: MEDIDAS DE PRECAUÇÃO DE CONTATO: CONCEPÇÕES DO FAMILIAR DA CRIANÇA COM GERME MULTI-RESISTENTE..

A Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (COMPESQ), no uso de suas atribuições, avaliou e aprova este projeto em seus aspectos éticos e metodológicos. Os membros desta Comissão não participaram do processo de avaliação de projeto onde constam como pesquisadores. Toda e qualquer alteração deverá ser comunicadas à Comissão.

Porto Alegre, 08 de julho de 2009.



Profª Dra Maria da Graça Crossetti
Coordenadora da COMPESQ

ANEXO B – Carta de aprovação do GPPG**HCPA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE**
Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação
COMISSÃO CIENTÍFICA E COMISSÃO DE PESQUISA E ÉTICA EM SAÚDE

A Comissão Científica e a Comissão de Pesquisa e Ética em Saúde, que é reconhecida pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/MS como Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA e pelo Office For Human Research Protections (OHRP)/USDHHS, como Institutional Review Board (IRB00000921) analisaram o projeto:

Projeto: 09-326**Versão do Projeto:** 24/08/2009**Versão do TCLE:** 24/08/2009**Pesquisadores:**

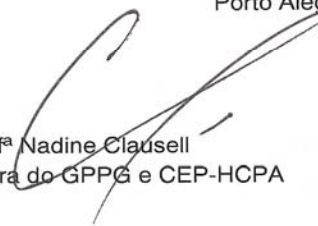
NAIR REGINA RITTER RIBEIRO

VIVIANE MAISA DE ÁVILA GUEZ

Título: PERCEPÇÕES DO FAMILIAR DA CRIANÇA COM GERME MULTIRRESISTENTE
SOBRE MEDIDAS DE PRECAUÇÃO DE CONTATO

Este projeto foi Aprovado em seus aspectos éticos e metodológicos, inclusive quanto ao seu Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais, especialmente as Resoluções 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde. Os membros do CEP/HCPA não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores. Toda e qualquer alteração do Projeto, assim como os eventos adversos graves, deverão ser comunicados imediatamente ao CEP/HCPA. Somente poderão ser utilizados os Termos de Consentimento onde conste a aprovação do GPPG/HCPA.

Porto Alegre, 09 de setembro de 2009.


Profª Nadine Clausell
Coordenadora do GPPG e CEP-HCPA