

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

JOSÉLIA BATISTA DE JESUS

**PRECAUÇÕES ESPECÍFICAS: VIVÊNCIAS DE PACIENTES
INTERNADOS**

São Carlos – SP
2018

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

JOSÉLIA BATISTA DE JESUS

**PRECAUÇÕES ESPECÍFICAS: VIVÊNCIAS DE PACIENTES
INTERNADOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos - SP, para a obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Área de Concentração: Cuidado e Trabalho em Saúde e Enfermagem. Inserida na linha de pesquisa: Trabalho e gestão em saúde e enfermagem.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Rosely Moralez de Figueiredo

São Carlos – SP
2018



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Folha de Aprovação

Assinaturas dos membros da comissão examinadora que avaliou e aprovou a Defesa de Dissertação de Mestrado da candidata Josélia Batista de Jesus, realizada em 14/12/2017:

Profa. Dra. Rosely Moralez de Figueiredo
UFSCar

Profa. Dra. Priscilla Hortense
UFSCar

Profa. Dra. Raissa Silva Souza
UFSCar

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho...

A Deus nossa fonte de vida e protetor das nossas almas.

A minha filha Nubya pelo grande amor e apoio.

Ao meu marido Paulo pela paciência e compreensão.

*A Prof^a Dr^a Rosely Moralez de Figueiredo, por quem tenho grande
gratidão, por seu incentivo e apoio.*

*As equipes multiprofissionais de saúde, em especial, as que trabalham
no Serviço de Controle de infecção e os profissionais de saúde em geral
da rede hospitalar, de maneira que possam realizar uma assistência de
qualidade e humanizada com um olhar para as necessidades
psicossociais do paciente em precaução, desta forma, diminuindo o
distanciamento das equipes de saúde em relação aos seus clientes
considerando tais aspectos.*

*Aos pacientes que aceitaram participar deste estudo e todos os demais
que algum dia precisou ficar em precaução em uma Unidade
Hospitalar.*

AGRADECIMENTOS

A Deus que me possibilitou realizar este sonho, me dando sabedoria e força para prosseguir quando por diversas vezes pensei em desistir. Sempre me guiando nesta caminhada nos momentos de dificuldade. Obrigada Senhor!

*A minha querida orientadora, **Rosely Moralez de Figueiredo**, por sua confiança e por acreditar que eu seria capaz, sempre me incentivando a prosseguir. Sem seu apoio e direcionamento eu não teria conseguido! A minha filha Nubya, que tanto amo, meu bem mais precioso, que durante esse processo esteve ao meu lado, sempre me apoiando e me incentivando.*

Ao meu amado esposo Paulo que mesmo sem entender ao certo a grandeza deste momento para mim sempre me apoiou.

Ao grupo de estudos e pesquisa sobre boas práticas de controle de transmissão de patógenos relacionada à assistência à saúde pelos momentos de discussão.

A Viviane Badinni Pinhata Nami e sua família, amigos de longa data, que sempre me apoiaram e me auxiliaram em meu crescimento profissional e pessoal.

A Ana Angélica Lima Dias pela parceria e por todo auxílio nas correções e melhorias.

A Cassia Regina Gontijo amiga, que muito me ajudou no ingresso ao mestrado.

A todos os amigos que me apoiaram e entenderam o meu distanciamento.

A todos os profissionais e professores do PPGEnf UFSCAR que de forma direta ou indireta me auxiliaram.

Enfim, agradeço a todos que contribuíram na realização deste trabalho.

“Sem a curiosidade que me move, que me inquieta, que me insere na busca, não aprendo nem ensino.”

Paulo Freire

Resumo

JESUS, J. B. **Precauções específicas:** vivências de pacientes internados. 76f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos – SP, 2017.

“Precauções específicas” são medidas adotadas durante a internação hospitalar de pacientes com suspeita ou diagnóstico de doenças de transmissão por contato ou via aérea. Tais medidas envolvem o uso de quarto privativo e de equipamentos de proteção individual e visam à prevenção de infecção cruzada. A permanência em precaução pode provocar diferentes emoções nesses indivíduos. Esse estudo tem por objetivo conhecer a percepção, significados e repercussões da precaução específica para o paciente internado. Trata-se de um estudo qualitativo, utilizando-se a metodologia clínica qualitativa e o referencial teórico de vulnerabilidade. Para a coleta de dados foi utilizada a entrevista semidirigida e os dados analisados por meio da modalidade temática da análise de conteúdo. Foram identificadas três unidades temáticas: “orientações recebidas”, “percepções sobre o quarto privativo” e “estigma relacionado à condição de ‘isolamento’”. Em “**orientações recebidas**” observou-se insuficiência de informações e equívocos sobre o real motivo da implementação da precaução. Na unidade “**percepções sobre o quarto privativo**”, identificou-se tanto percepções favoráveis, como ter privacidade, não ter que compartilhar o quarto e a sensação de estarem mais protegidos e sendo mais bem atendidos, quanto desfavoráveis como sentimentos de desespero, angústia e tédio por estarem sozinhos e restritos no quarto. Na última unidade “**estigma relacionado à condição de ‘isolamento’**” identificou-se constrangimento em função do estigma por estarem em uma unidade denominada “isolamento” e medo por serem segregados dos demais pacientes e familiares. Considera-se que este estudo pode contribuir com os serviços de saúde ampliando sua visão para além do controle da disseminação de microrganismos. Apreende-se que as informações oferecidas aos pacientes não foram adequadas, variando desde ausência total de informações até justificativas equivocadas, o que pode contribuir para o não engajamento dos pacientes e familiares na adoção das medidas necessárias. Além disso, a internação em precaução específica provocou nos entrevistados a sensação de melhores condições assistenciais, porém acarretou sentimentos de solidão e angústia, além de reforçar a percepção de estigma, intensificando sua vulnerabilidade.

Palavras-chave: Isolamento; Precauções universais; Vulnerabilidade em saúde; Emoções; Infecção hospitalar.

Abstract

JESUS, J. B. **Specific precautions:** experiences of hospitalized patients. 76pp. Dissertation (Masters) – Nursing Post Graduation Program from the Federal University of São Carlos – SP, 2017.

“Specific precautions” are measures taken during the hospitalization of patients with a suspect or a diagnosis of air or contact transmitted diseases. Those measures involve the utilization of private rooms or individual protection equipment and aim at preventing cross infection. The permanence in precaution can provoke different emotions in these individuals. This study’s goal is to learn about the perception, significance and repercussions of the specific precautions to the hospitalized patient. It is a qualitative study, using the clinical qualitative methodology and the theoretical references of vulnerability. For the data collection stage, semi-directed interviews were utilized, and the data was analyzed through the thematic model of the content analysis. It has been identified three thematic units: “received orientation”, “perceptions about the private room”, and the “stigma associated with the condition of ‘isolation’”. Under “**received orientation**”, it has been observed a lack of information and mistakes about the real cause for implementing the precautions. In the unit “**perceptions about the private room**”, it has been identified not only favorable perceptions, like privacy, not having to share a room, and the sensation of being more protected and being better served, but also unfavorable ones, like feelings of despair, anguish and boredom for being alone and restricted to their room. In the last unit, “**stigma associated with the condition of ‘isolation’**”, it has been identified embarrassment related to the stigma of being in a unit called “isolation”, and fear for being segregated from the other patients and from their families. It is considered that this study can contribute to health services by broadening their vision beyond the controlling of the dissemination of microorganisms. It is perceived that the information offered to the patient is not adequate, varying from the total lack of information to mistaken justifications, which can contribute for the non-engagement of the patient and their families in the adoption of necessary measures. In addition, the hospitalization in specific precaution has caused in the interviewed patients the sensation of receiving better assistance, but also caused feelings of loneliness and anguish, as well as reinforced the perception of stigma, which in turn intensified their vulnerability.

Keywords: Isolation; Universal precautions; Health vulnerability; Emotions; Hospital infection.

Lista de ilustrações

Quadro 1 - Diretrizes sobre precauções CDC	16
Quadro 2 - Passos para construção de um estudo qualitativo	28
Quadro 3 - Passos procedimentais para constatação da saturação teórica	36
Quadro 4 - Caracterização dos pacientes entrevistados segundo sexo, idade, naturalidade, escolaridade, estado civil, ocupação, agravo sob suspeita, diagnóstico de admissão e tipo de precaução	42

Lista de Abreviaturas e Siglas

- AIDS** – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
- ANVISA** – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
- CDC** – Centers for Disease Control and Prevention
- CNS** – Conselho Nacional de Saúde
- EPI** – Equipamento de Proteção Individual
- HICPAC** – Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee
- HM** – Higienização das mãos
- HIV** – Vírus da Imunodeficiência Humana
- IH** – Infecção Hospitalar
- IRAS** – Infecção Relacionada à Assistência à Saúde
- MI** – Moléstias infecciosas
- MR** – Multi Resistência
- OMS** – Organização Mundial de Saúde
- PAS** – Profissional de Assistência à Saúde
- PE** – Precauções Específicas
- PP** – Precaução Padrão
- QA** – Qualificação
- RV** – Reverso
- SCIRAS** – Serviço de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde
- TB** – Tuberculose
- TCLE** – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
- UFSCAR** – Universidade Federal de São Carlos
- UTI** – Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
1.1	Precauções específicas.....	17
1.1.1	Precauções para gotículas.....	18
1.1.2	Precauções para aerossol.....	18
1.1.3	Precauções de contato.....	18
1.2	Repercussões do paciente em precaução.....	20
1.3	Referencial Teórico de Vulnerabilidade.....	21
1.5	Justificativa.....	23
2	OBJETIVO	25
2.1	Objetivo geral.....	25
3	PERCURSO METODOLÓGICO	27
3.1	Pesquisa Qualitativa e Clínico- Qualitativa.....	27
3.1.1	Pesquisa Qualitativa.....	27
3.1.2	Pesquisa Clínico – Qualitativa.....	28
3.2	Local de estudo.....	29
3.3	Participantes da pesquisa.....	30
3.3.1	Aspectos éticos e legais.....	30
3.3.2	Critérios para a inclusão e exclusão dos participantes.....	30
3.4	Técnica e Instrumento de coleta de dados.....	31
3.4.1	Coleta de dados.....	31
3.4.2	Análise dos resultados.....	32
3.4.3	Formação das unidades de análise e categorias: algumas considerações.....	33
3.5	Amostragem e Saturação da Amostra.....	33
3.6	Validação dos dados.....	35
4	RESULTADOS	38
4.1	Produção dos dados empíricos.....	38
4.2	Caracterização da amostra.....	38
4.3	Categorização do material analisado.....	40
4.4	Orientações recebidas.....	40
4.5	Percepções sobre o quarto privativo.....	41
4.5.1	Percepções favoráveis.....	42

4.5.2	Percepções desfavoráveis.....	43
4.6	Estigma relacionado à condição de “isolamento”	45
5	DISCUSSÃO	48
5.1	Limitações do estudo	54
6	CONCLUSÃO	57
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	59
8	REFERÊNCIAS	61
9	APÊNDICE	67
9.1	Apêndice 1: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	67
9.2	Apêndice 2: instrumento de coleta de dados	69
9.3	Apêndice 3: Constatação da saturação da amostra.....	70
10	ANEXO	73
10.1	Anexo 1: Parecer consubstanciado do CEP.....	73

INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

A transmissão de microrganismos no ambiente hospitalar configura-se como um grande problema não só para as agências governamentais, quanto, para as instituições de saúde, sendo necessárias medidas para sua contenção (MUNOZ-PRICE et al., 2015).

Foi com a epidemia do HIV/Aids em 1980 que se criou o conceito de Precauções Universais centrada na proteção dos profissionais de saúde, recomendações estas que se referiam à utilização de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) nas situações de risco de contato com material biológico contendo sangue, independente de se conhecer o estado sorológico do paciente (GARNER, 1996).

Após este período, na década seguinte as recomendações de precauções foram reformuladas pelo Centers for Disease Control and Prevention (CDC), nos Estados Unidos, sendo incorporado um novo conceito, as Precauções Padrão (PP), preconizadas para todos os pacientes na presença de risco de contato com sangue ou líquidos, secreções ou excreções corporais, pele não íntegra ou mucosa. Neste mesmo material é introduzido o conceito de Precauções Específicas (PE), relacionado à transmissão por contato, gotícula e aerossóis (GARNER, 1996).

Só após um longo período, em 2007, é que o CDC publicou um novo documento contendo as medidas de precaução e isolamentos elaborado pelo Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC), no qual se encontram as recomendações para todas as áreas de assistência à saúde, sobre o assunto. É também neste documento que se acrescenta o conceito de “etiqueta respiratória”, ou seja, orientações sobre a necessidade de cobertura da boca ao tossir e higienização das mãos (HM), após o contato com secreções do sistema respiratório. Esta foi uma proposta desenvolvida para diminuir o risco de transmissão de patógenos contidos em grandes gotículas respiratórias e se aplica a toda pessoa que adentrar em uma unidade de saúde com sinais de infecções respiratórias transmissíveis (SIEGEL et al., 2007).

Neste documento Siegel et al. (2007) também foi reconhecida a abrangência da assistência à saúde, substituindo o termo infecção hospitalar por infecção relacionada à assistência à saúde (IRAS). A evolução dessas recomendações ao longo do tempo pode ser vista no quadro a seguir (Quadro 1).

Quadro 1 - Diretrizes sobre precauções CDC.

ANO	DOCUMENTO ELABORADO	COMENTÁRIOS
1970	Técnicas de isolamento para uso em Hospitais - 1ª edição	<ul style="list-style-type: none"> • Introduziu sete categorias de precaução de isolamento com cartões codificados por cores: estrito, respiratório, protetor, entérico, ferida e pele, descarga e sangue. • Não é necessária nenhuma tomada de decisão do usuário.
1975	Técnicas de isolamento para uso em Hospitais - 2ª edição	<ul style="list-style-type: none"> • Mesma estrutura conceitual da 1ª edição.
1983	Diretriz CDC para isolamento e precauções em Hospitais	<ul style="list-style-type: none"> • Fornecido dois sistemas de isolamento: específico da categoria e específico da doença. • Isolamento protetor eliminado. • Precauções de sangue expandido para incluir fluidos corporais. • Categorias incluídas rigoroso, Contato, Respiratório, AFB, entérico, drenagem / secreção, sangue e fluidos corporais. • Enfatizou a tomada de decisões pelos usuários.
1985	Precauções universais	<ul style="list-style-type: none"> • Precauções para todos os pacientes, independentemente do estado da infecção. • Adicionado equipamento de proteção pessoal para proteger os trabalhadores de saúde das exposições às mucosas. • Desenvolvido em resposta à epidemia de HIV / Aids. • Lavagem das mãos recomendada imediatamente após remoção da luva • Adicionado recomendações específicas para o manuseio de agulhas.
1987	Isolamento de substâncias corporais	<ul style="list-style-type: none"> • Enfatizou evitar o contato com todas as substâncias do corpo potencialmente infecciosas, exceto o suor. • Fraco em infecções transmitidas por grandes gotículas ou por contato com superfícies secas. • Lavagem das mãos após a remoção das luvas não especificada na ausência de sujidade visível.
1996	Isolamento Precauções em Hospitais	<ul style="list-style-type: none"> • Preparado pelas Práticas de Controle de Infecção de Saúde Comitê Consultivo (HICPAC). • Principais características da Precaução Universal. • Deve ser usado com todos os pacientes em todos os momentos. • Isolamento empírico até um diagnóstico etiológico ser estabelecido. • Início da categorização da Precaução Específica baseadas na transmissão por contato, gotícula e aerossóis.
2007	Diretriz atualiza e expande as recomendações de 1996 para Isolamento Precauções em Hospitais.	<ul style="list-style-type: none"> • Reafirmação da abordagem no manual de 1996, como base para prevenção da transmissão de agentes infecciosos em todas as configurações de saúde. • Novas adições para as recomendações de precauções padrão: Higiene Respiratória / Etiqueta da tosse e práticas de injeção segura. • Reafirmação e abordagem ampliada da Precaução Específica.

Fonte: Siegel et al. (2007)

A PP demonstrou-se uma das principais medidas para reduzir o risco de transmissão de microrganismos e de acidentes ocupacionais por exposição a material biológico e possíveis infecções. São recomendações a serem adotadas no atendimento de todos os pacientes, independente do diagnóstico. Tais medidas incluem desde a HM até o uso de EPI como luvas, aventais, entre outros, conforme o risco presente no procedimento a ser realizado (GARNER, 1996).

As medidas utilizadas na PP se aplicam desde à manipulação de objetos/artigos até qualquer fluido corporal, devendo ser aplicadas a todo e qualquer paciente independente do diagnóstico. Assim auxiliará na redução da transmissão de microrganismos para outros pacientes e também para os profissionais de saúde, inclusive profissionais de limpeza, considerando o risco na manipulação de equipamentos e roupas potencialmente contaminadas (FERREIRA et al., 2006; HINRICHSEN, 2004).

Quando a PP se torna insuficiente é necessário a adoção de outras medidas para contenção da transmissão de microrganismos nos ambientes de assistência à saúde, devendo ser utilizada também a PE. Esta considerada um dos pilares para o controle de IRAS (SIEGEL et al., 2007).

Em estudo realizado sobre medidas de precaução de contato foi observado o baixo nível de conhecimento dos profissionais de saúde (PAS), sobre os objetivos desta precaução, denotando assim, uma baixa adesão às medidas preventivas no controle das IRA's (OLIVEIRA; CARDOSOLL; MASCARENHAS, 2009).

A não adesão às precauções pode incidir no aumento de IRAS. A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA, 2005) aponta em seu manual que para ocorrer uma IRAS são necessários três elementos: a fonte de infecção, que pode ser pessoa, objetos inanimados e superfícies do ambiente hospitalar; um hospedeiro susceptível, além dos meios de transmissão, que podem ser por contato, gotículas, por via aérea, por meio de um veículo comum ou por vetores.

A seguir serão conceituadas as PE conforme descrito no manual do CDC (SIEGEL et al., 2007), obra considerada padrão ouro no tema.

1.1 Precauções específicas

As PE são recomendações adicionais utilizadas quando a forma de transmissão do microrganismo não pode ser completamente interrompida utilizando-se apenas as PP. São definidas como PE: precauções para gotículas, precauções para aerossóis e precauções de contato (SIEGEL et al., 2007).

1.1.2 Precauções para gotículas

A indicação deste tipo de precaução é para prevenção da transmissão de microrganismos por via respiratória por partículas maiores que $5\mu\text{m}$.

A transmissão ocorre por meio da eliminação pelo paciente de gotículas respiratórias infectadas, durante a fala, tosse, espirro ou durante procedimentos que geram aerossóis, tais como aspiração ou intubação endotraqueal. A contaminação pode ocorrer também por contato com secreção proveniente do trato respiratório (SIEGEL et al., 2007).

São exemplos de pacientes que necessitam de precaução por gotículas: suspeita ou diagnóstico confirmado do vírus H1N1, doença meningocócica, casos de caxumba, rubéola, entre outros. O tempo de permanência em precaução é variável, de acordo com a doença em questão (SIEGEL et al., 2007).

As medidas a serem instituídas são: quarto privativo ou coorte, separação em um mesmo local de pacientes que apresentam o mesmo agente infeccioso, com uma distância mínima de um metro entre os leitos, higiene das mãos, uso de máscara cirúrgica, pelo profissional de saúde, ao entrar no quarto do paciente, sendo esta também colocada no paciente se este necessitar sair do quarto, restrições e orientações a acompanhantes e visitas (SIEGEL et al., 2007).

1.1.3 Precauções para aerossol

São medidas utilizadas na suspeita ou diagnóstico de infecção transmitida por via aérea considerando partículas menores que $5\mu\text{m}$, que ficam suspensas no ar ou desidratadas no ambiente. Por serem partículas muito pequenas elas podem atingir longas distâncias e permanecer por muito tempo em suspensão no ambiente (SIEGEL et al., 2007).

As principais doenças com indicação de precauções por aerossóis são a tuberculose e a varicela. Os componentes das precauções para aerossol são: quarto privativo com sistema de ar com pressão negativa e quando não for possível manter o paciente em quarto fechado; uso de respirador com capacidade de filtração de 95% de partículas com $0,3\mu$ de diâmetro pelo profissional e de máscara cirúrgica, pelo paciente, caso necessite sair do quarto (SIEGEL et al., 2007).

1.1.4 Precauções de contato

As precauções de contato visam prevenir a transmissão de agentes infecciosos de pacientes infectados ou colonizados, por meio de contato direto ou indireto, para outros pacientes, profissionais de saúde, acompanhantes e ambientes.

É indicada na presença de feridas exudativas em drenagem abundante ou outras descargas do corpo sugerindo um potencial aumentado de contaminação ambiental e de risco de transmissão; além de na presença de microrganismos de interesse epidemiológico. São considerados de interesse epidemiológicos microrganismos com propensão a criar surtos, de alta mortalidade ou com poucas opções de antibioticoterapia (SIEGEL et al., 2007).

Além de pacientes infectados com microrganismos também pode ocorrer um processo denominado colonização de microrganismos. Diferentemente da infecção, que é quando ocorre a invasão, multiplicação e ação de agentes infecciosos e de seus produtos tóxicos no hospedeiro, resultando em uma resposta imunológica, a colonização ocorre quando o paciente possui o microrganismo na pele ou mucosas, porém sem mudança do estado clínico ou imunológico. Deve-se, em ambos os casos, utilizar a precaução de contato (ANVISA, 2005).

A precaução de contato consiste na adoção de quarto privativo ou coorte de pacientes infectados ou colonizados pelo mesmo microrganismo, HM, uso de avental e luvas, pelo profissional de saúde, quando em contato com o paciente e superfícies próximas a ele. Os artigos e equipamentos devem ser exclusivos, além de restrição e orientação dos acompanhantes e visitas (SIEGEL et al., 2007).

A precaução de contato é a mais frequente no ambiente hospitalar em decorrência do elevado número de casos de colonização por microrganismos multirresistentes (MR) e da gravidade que estes representam (PERES – BOTA et al., 2003).

No Brasil, a ANVISA define um microrganismo como MR quando estes são resistentes a diferentes classes de antimicrobianos testados em exames de microbiologia. Os principais patógenos multirresistentes causadores de infecções/colonizações relacionadas à assistência em saúde são: *Staphylococcus aureus* resistente à meticilina, *Enterococcus* sp resistentes a diferentes classes de antimicrobianos, *Streptococcus pneumoniae* resistente à penicilina, *Klebsiella pneumoniae* carbapenemase e as enterobactérias produtoras de β -lactamases de espectro ampliado (ANVISA, 2010).

Em estudo realizado por Souza, Torres e Oliveira (2010) é reforçada a importância de se conhecer os MR. Os autores estudaram um dos principais mecanismos de resistência bacteriana e a produção de β -lactamases de espectro estendido por bactérias Gram-negativas. Eles concluíram que é importante, além de conhecer os microrganismos mais encontrados, monitorar a resistência de bactérias patogênicas por meio de métodos corretos de diagnóstico

e terapêutica, auxiliando os profissionais da saúde no acompanhamento e prevenção da disseminação de microrganismos no ambiente hospitalar.

O período de manutenção da precaução é determinado pelo resultado negativo dos exames e/ou por protocolo da instituição de saúde, porém em muitos casos a colonização por MR leva o paciente a vivenciar um confinamento e permanecer em precaução de contato durante toda a hospitalização (PERES – BOTA et al., 2003).

1.2 Repercussões do paciente em precaução

A importância do estabelecimento das PE para evitar a transmissão de microrganismos entre um paciente e outro ou para o ambiente é indiscutivelmente importante para a segurança do paciente, profissional e demais presentes no ambiente de atenção à saúde. Por outro lado, essa situação possui desdobramentos que não podem ser ignorados.

Poucos estudos abordando essa temática foram encontrados em literatura, conforme demonstrado a seguir, sendo estes em sua maioria relativos a crianças internadas em precauções/isolamento.

Em estudo realizado por Cardim et al. (2008) com crianças em isolamento e as relações e vivência com a equipe de enfermagem, foi identificado que durante a assistência, no que tange as necessidades psicossociais, há um distanciamento deste profissional com este tipo de cliente.

As vivências e relações entre esses sujeitos foram identificadas como conflituosas, em torno de sentimentos negativos, demonstrando que há uma necessidade de maior atenção tanto para o paciente quanto do profissional que está cuidando (CARDIM et al., 2008).

Em uma revisão da literatura foi identificado que 95% dos artigos analisados apontaram repercussões psicológicas negativas no paciente em precaução de contato (DUARTE et al., 2015).

Rabelo e Souza (2009) também aponta em seu estudo sobre o conhecimento do familiar/acompanhante de criança em precaução de contato. Foi possível identificar no estudo que os familiares/acompanhantes apesar de não conhecerem o significado de precaução de contato contribuíam com medidas preventivas como: ficar restrito ao leito do seu familiar, evitar o contato dele com outras crianças, higienizar as mãos, entre outros.

Os mesmos autores relatam que as informações fornecidas pela enfermagem aos familiares/acompanhantes são restritas ao que deve ou não ser feito com relação à precaução em geral para evitar a transmissão de microrganismos. Não foram tiradas dúvidas sobre a

precaução em questão e tão pouco identificado se as informações repassadas foram aprendidas (RABELO; SOUZA, 2009).

Em estudo realizado por Kamiyama e Chida (1982) com familiares de pacientes adultos sobre as informações consideradas importantes para os familiares em relação à doença, as autoras identificaram que estes estavam bastante preocupados e com medo da repercussão da doença, principalmente sobre a forma de transmissão e as medidas de precaução para se evitar contaminação e não se tornar também um portador de doença infecciosa.

Pacientes em isolamentos, confinados, devido a doenças transmissíveis tendem a mudar de comportamento, suas mentes e suas ações tomam outros rumos no cotidiano. No entanto, cada pessoa vive essas expectativas e esses sentimentos de maneira diferente, lembrando que o sofrimento pode se manifestar de diversas formas com expressões verbais ou não verbais (CARDIM et al., 2008).

A permanência em precaução, por tempo prolongado, em quarto privativo e com restrição de visitas pode provocar diferentes emoções nos pacientes em PE. Estes indivíduos sentem-se vulneráveis, temendo um agravamento da sua condição de saúde ou sentir-se uma ameaça aos outros pacientes ou familiares. Por outro lado, pode sentir-se vulnerável a eventos adversos, pois estando em precauções pode imaginar receber menos cuidados de saúde que o necessário (JUSKEVICIUS; PADOVEZE, 2016).

A exploração desse tema com novos olhares pode contribuir para a ampliação do conhecimento sobre a temática, e, acredita-se que a utilização do conceito de vulnerabilidade possa contribuir para tal.

1.3 Referencial Teórico de Vulnerabilidade

O termo vulnerabilidade é normalmente utilizado quando se aborda pessoas que estão envolvidas em processos de saúde/doença, podendo ser relacionado a todos e a cada indivíduo. Ele traz elementos abstratos unidos e associados a questões de adoecimento para planos teóricos concretos e individualizados, em que a lógica e intervenções entre esses processos sejam o objeto de conhecimento (BERTOLOZZI et al., 2009).

Este foi um conceito bastante utilizado nos anos de 1980 com a epidemia de HIV/Aids, onde pesquisadores e profissionais de saúde se esforçaram na produção e divulgação de conhecimento, debate e ações sobre os diferentes graus da suscetibilidade de indivíduos e coletividades à infecção, adoecimento e morte por essa doença (BERTOLOZZI et al., 2009).

O conceito de vulnerabilidade pode ser ponderado em suas três dimensões interdependentes, porém indissociáveis quando tratamos de situações de vulnerabilidade, sendo elas: a individual, a programática e a social. A dimensão individual corresponde à percepção que o indivíduo possui sobre o agravo e o comportamento que propicia a ocorrência do agravo, enquanto que a programática considera a acessibilidade do indivíduo ao que é produzido, organizado pelos estabelecimentos de saúde considerando as questões de prevenção e controle de agravos (BERTOLOZZI et al., 2009; NICHATA et al., 2008; AYRES et al., 2006).

A dimensão social, por sua vez, é considerada um dos conceitos mais utilizados para enfrentamento das vulnerabilidades de uma população. Sua construção teórica se iniciou na França, substituindo o termo exclusão social, inserido no final do século XX, utilizado para descrever situações sociais, limite de miséria ou marginalidade como a falta de condições mínimas de sobrevivência: emprego, moradia, ausência ou dificuldade de acesso à educação, bens e serviços (MAIA, 2011). Várias outras questões foram consideradas para o uso deste conceito na época como cultura, gênero, etnia, posição familiar, além de uso de drogas (MAIA, 2011).

A vulnerabilidade pode afetar grupos e comunidades em diversos planos, considerando a combinação de fatores que produzem a degradação do nível de bem-estar de pessoas, famílias ou comunidades em consequência da exposição a determinados tipos de risco (MANDAROLA; HOGAN, 2006).

A vulnerabilidade social é considerada dinâmica, uma vez que implica a compreensão dos eventos que causam danos, das relações sociais, culturais, políticas e econômicas e da situação das instituições que revelarão os elementos sociais capazes de responder, absorver ou se ajustar ao perigo, de forma que qualquer alteração em seus componentes possa aumentá-la ou diminuí-la (MANDAROLA; HOGAN, 2006).

Enfocando a dimensão individual, a vulnerabilidade pode ser abordada como sendo as concepções que os indivíduos dispõem sobre um problema, a capacidade de absorver essas informações e utilizá-las em seu próprio cotidiano, o interesse e as possibilidades de transformá-las em práticas, considerando seus desejos, crenças e valores. Vulnerabilidade individual é o que uma pessoa faz, por meio da informação que detém, expondo-se ou não à aquisição de um agravo à saúde (PAZ; SANTOS; EIDT, 2006). Para Meyer et al. (2006) deve haver qualidade no conhecimento que cada indivíduo recebe, além de interesse, capacidade e habilidade para a autoproteção.

O conceito de vulnerabilidade pode ser utilizado para descrever a condição dos indivíduos em precaução específica, com relação ao comportamento e a percepção individual em relação ao risco de exposição a doenças infecciosas. Diante deste contexto surge o seguinte questionamento sobre os pacientes internados em PE:

Como se dá a vivência de pacientes internados em precauções específicas?

Este trabalho visa responder a este questionamento.

1.5 Justificativa

Os poucos estudos encontrados na literatura sobre a temática reforçam a presença de sofrimento, particularmente em crianças e mães, que passaram por internações em precauções/isolamento (CARDIM et al. 2008; RABELO; SOUZA, 2009; BARBOSA, 2012).

Em estudo realizado em pessoas com tuberculose (TB) observou-se o preconceito como uma consequência para o isolamento social do indivíduo, gerando muito sofrimento, não só pela doença, mas pela hostilização relacionada ao estado de saúde. Dados evidenciaram que nessa população a preocupação com a transmissão gerava sentimentos de exclusão da sociedade (DIAS et al., 2013). Sentimentos estes também presentes em estudos com pessoas com Aids, hepatite crônica e hanseníase (RISSO; YOSHIDA, 2010; BUTT, 2008; BORENSTEIN et al., 2008; SEIDL; ZANNON; TROCCOLI, 2005).

O desconhecimento dos pacientes acerca do modo de transmissão das doenças infecciosas e das medidas de precaução a serem empregadas para evitar sua transmissão, tendem a dificultar a compreensão da necessidade da precaução, contribuindo para não adesão às práticas de prevenção de infecção no ambiente hospitalar.

Considerando o crescente número de internações em precauções/isolamento, particularmente em decorrência de colonização ou infecção por germes MR, somado ao escasso conhecimento dos significados atribuídos a isso por pacientes adultos é que se propõe este estudo, que objetiva dar voz a estes pacientes, identificando como se dá a vivência dessa internação.

Espera-se que os resultados obtidos nesse estudo possam colaborar para a ampliação da compreensão do fenômeno e fornecer elementos para uma melhor abordagem do paciente internado nessa condição, visando tanto diminuir sentimentos negativos vivenciados por este, como propiciar um ambiente de maior segurança para equipe de saúde e paciente. Além de ampliar o conhecimento disponível sobre o tema, particularmente dando voz à opinião do paciente envolvido na questão.

OBJETIVOS

2 OBJETIVO

2.1 Objetivo geral

Apreender a percepção, os significados e as repercussões das precauções específicas para o paciente internado.

PERCURSO METODOLÓGICO

3 PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 Pesquisa Qualitativa e Clínico - Qualitativa

Este estudo tem como proposta metodológica a abordagem qualitativa, considerando o método clínico qualitativo (TURATO, 2011), sendo que no presente estudo se buscará, conhecer as percepções e repercussões da internação em PE para os pacientes nessa condição.

3.1.1 Pesquisa Qualitativa

Os estudos qualitativos se diferem dos métodos quantitativos, visto que estes estudam as ações e condutas específicas das pessoas, explorando seus processos interiores de concepções, doutrinas, aprendizados, construções e sentimentos (TURATO, 2005).

Minayo (2012) aponta em um estudo reflexivo algumas questões que devem nortear um estudo qualitativo. Neste estudo a autora dispõe estas diretrizes em 10 passos percorrendo sobre cada um deles em seguida, conforme quadro que se segue.

Quadro 2 - Passos para construção de um estudo qualitativo.

Primeiro - Conhecer os termos estruturantes das pesquisas qualitativas.	Sexto – Ordenar e organizar o material secundário e o material empírico e impregnar-se das informações e observações de campo.
Segundo – Definir o objeto sob a forma de uma pergunta ou de uma sentença problematizadora e teorizá-lo.	Sétimo – Construir a tipificação do material recolhido no campo e fazer a transição entre a empiria e a elaboração teórica.
Terceiro – Delinear as estratégias de campo.	Oitavo – Exercitar a interpretação de segunda ordem.
Quarto – Dirigir-se informalmente ao cenário de pesquisa, buscando observar os processos que nele ocorrem.	Nono – Produzir um texto ao mesmo tempo fiel aos achados do campo, contextualizado e acessível.
Quinto – Ir a campo munido de teoria e hipóteses, mas aberto para questioná-las.	Décimo – Assegurar os critérios de fidedignidade e de validade.

Fonte: Minayo (2012)

Para a autora, um percurso indutivo e sistemático pode tornar possível a realização de um tipo de ciência que tem como matéria prima opiniões, crenças, valores, representações, relações e ações humanas e sociais (MINAYO, 2012).

Turato (2005) aponta em seu estudo que a concepção de metodologia qualitativa na saúde é a mesma atribuída nas Ciências Humanas que procura entender o significado dos fenômenos, individual ou coletivo, para a vida das pessoas. Sendo assim torna-se

imprescindível conhecer o que os fenômenos da doença e da vida em geral representam para elas.

Este mesmo autor também aponta que no âmbito da saúde é essencial conhecer os significados dos fenômenos do processo saúde/doença, pois desta forma é possível melhorar a qualidade da relação dos profissionais e instituição com o paciente e família. É possível aumentar as ações e adesões relacionadas aos tratamentos e também entender sobre sentimentos, ideias e comportamentos dos doentes, familiares, até mesmo dos profissionais de saúde (TURATO, 2005).

3.1.2 Pesquisa Clínico – Qualitativa

O método clínico-qualitativo busca subsidiar a compreensão do ser humano em sua totalidade num ambiente onde o pesquisador tem acesso aos processos patológicos, que são reveladores, permitindo-lhes emergir de um conjunto complexo a uma evolução normal destes processos (CAMPOS, 2004^a). Define-se como:

...o estudo e a construção dos limites epistemológicos de certo método qualitativo, particularizado em *settings* de saúde, bem como abarca a discussão sobre um conjunto de técnicas e procedimentos adequados para descrever e compreender as relações de sentidos e significados dos fenômenos humanos referidos nesse campo (TURATO, 2011, p.240).

Para Campos (2004^a) quando o pesquisador utiliza a pesquisa clínica qualitativa ele promove uma situação de acolhimento das angústias e ansiedades da pessoa a ser entrevistada, considerando que o cenário da entrevista ocorre em ambiente natural, ou seja, no próprio *setting* de saúde.

Por ocorrer em ambiente natural esse método facilita o acolhimento e comunicação entre o pesquisador e o paciente, considerando que as colocações verbais são emocionalmente difíceis. Neste contexto há também a possibilidade de observação da linguagem corporal/comportamental complementando, confirmando ou não o que é falado (TURATO, 2011).

É importante salientar que o pesquisador deve possuir conhecimentos teórico e prático, prévios para o desenvolvimento do estudo (CAMPOS, 2004a). Turato (2011) também observa sobre o envolvimento emocional do pesquisador com seu objeto de pesquisa, de modo que este se misture a tal objeto.

A construção do conhecimento se dá pelo caráter indutivo, como também, intuitivo (CAMPOS; TURATO, 2009). Os autores argumentam:

A indução se configura em atitude mental por intermédio da qual, partindo-se de dados particulares, se infere uma verdade geral ou universal, não contida apenas nas partes examinadas, e cujo objetivo é apresentar conclusões generalizáveis. Indução é o salto audaz (e temerário) de onde estou para onde não estou do momento em que vivo para momentos em que ainda não vivo, do enquadre de minha pesquisa para situações novas (CAMPOS; TURATO, 2009, p. 127).

Em toda a fase de coleta de dados pode haver manifestações não verbais do entrevistado e o pesquisador deve estar atento a esses sinais que vão auxiliá-lo na interpretação dos dados (CAMPOS, 2004a). O pesquisador possui meios diretos para apreender as manifestações do paciente, portanto, ele deve ter em mente que é o principal instrumento de sua pesquisa (TURATO, 2011).

Este último autor infere que o pesquisador pode tornar-se uma ferramenta de alta precisão e se beneficiar dos meios que o método clínico qualitativo pode proporcionar considerando que este valoriza a atitude clínica de acolhimento a quem porta angústias consideráveis (TURATO, 2011).

Espera-se com essa metodologia conhecer a percepção, significados e repercussões da PE para o paciente internado nessa condição, conforme, exposto por Fontanella et al. (2011):

Um tratamento adequado dos significados atribuídos ao processo saúde/doença é de particular interesse para quem se dedica a estudar aspectos da promoção, prevenção e assistência à saúde considerando as perspectivas dos sujeitos implicados (FONTANELLA et al., 2011, p. 393).

Pode-se considerar uma ação concreta, referente à vivências de indivíduos de quem se busca compreender os sentimentos, apoiados na investigação científica (CAMPOS, 2004a).

3.2 Local de estudo

O estudo foi realizado em um hospital do interior do estado de São Paulo em setores denominados como: setor de Moléstias Infecciosas (MI) e setor Reverso (RV), apesar dos nomes ambos os locais são utilizados para pacientes em PE ou outra situação que seja necessário a utilização destes locais. Nesta instituição a forma de acomodação dos pacientes em precaução, ainda segue um modelo antigo, dispendo de unidades separadas dos demais setores.

Cada unidade possui quatro quartos com banheiros individuais, com uma cama e uma poltrona para acompanhante. Todos os quartos possuem antessala com pia para higiene das

mãos e local para guarda de roupa e demais objetos assistenciais, não há sistema de pressão negativa em nenhum dos quartos e nem tratamento do ar deste ambiente.

A ANVISA determina em seu manual de orientações de construções e adequações de estruturas de Serviço de Saúde que deve haver nas enfermarias no mínimo um quarto para situações que requeiram isolamento a cada 30 leitos ou fração. Podendo este ser flexível quanto sua utilização, tanto para isolamentos de substâncias corporais infectantes como para uso de doenças comuns. Deverá haver também quartos com pressão negativa e tratamento do ar disseminado no ambiente externo em casos doenças provocadas por microrganismos de transmissão por aerossol (ANVISA, 2002).

É importante ressaltar que muitos pacientes provenientes das unidades de terapia intensiva, com germes multirresistentes, permanecem por longos períodos nesses setores, muitas vezes até o desfecho da internação, conforme protocolo da Instituição. O Serviço de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde – SCIRAS desta Instituição é o responsável pela implementação das precauções entre os pacientes internados baseado em resultados de exames laboratoriais e critérios clínicos epidemiológicos.

3.3 Participantes da pesquisa

Foram incluídos no estudo os pacientes hospitalizados nos setores de isolamento em qualquer tipo de PE (de contato, gotícula ou aerossol). Para a seleção dos pacientes, foi consultada a relação de pacientes internados em PE nos referidos setores, por meio do sistema informatizado utilizado pela Instituição ou em prontuário físico no próprio setor. Após a identificação do paciente, o mesmo foi procurado pela pesquisadora e depois da apresentação da pesquisa, foi consultado sobre seu interesse em participar da mesma.

3.3.1 Aspectos éticos e legais

O presente trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos (UFSCAR), parecer Nº 1.790.199. A resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que traz as diretrizes para pesquisas que envolvem seres humanos (CNS, 2012), foi respeitada na íntegra. Todos os participantes assinaram o “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) concordando em participar da pesquisa (Apêndice 1).

3.3.2 Critérios para a inclusão e exclusão dos participantes

Critérios para a inclusão dos pacientes:

- Estar internado nos setores de isolamentos em PE.
- Estar especificado em prontuário ou identificado em placa na porta do quarto o tipo de PE instituída.
- Paciente com condições cognitivas para responder à entrevista.

Critérios para a exclusão dos pacientes:

- Estar em precaução em outros setores da instituição.
- Estar internado nos locais de pesquisa escolhidos devido a outro motivo que não as PE.
- Pacientes com incapacidade de se comunicar verbalmente.

3.4 Técnica e Instrumento de coleta de dados

Para a realização da coleta de dados foi utilizado um roteiro elaborado pela própria pesquisadora, composto por questões semiestruturadas, em entrevistas individuais, semidirigidas (Apêndice 2). Para os dados de identificação do paciente e referente a internação do mesmo foram utilizadas do prontuário eletrônico.

As entrevistas semidirigidas auxiliam o pesquisador para o alcance dos objetivos propostos, considerando que o mesmo poderá flexibilizar a entrevista de forma a atingir os objetivos. É possível rever o roteiro elaborado anteriormente e incluir novos itens, as entrevistas preliminares podem contribuir com o pesquisador, avaliando seu comportamento e desta forma controlando seus anseios no cenário de pesquisa (FONTANELLA; CAMPOS; TURATO, 2006). Esses mesmos autores salientam que o pesquisador deva ter além de concepções teóricas um conjunto de conteúdo e habilidades adquiridas durante atividades assistenciais, de forma a já ter familiaridade com questões relativas a seu objeto de estudo.

Nesse estudo não foi necessário modificações no roteiro elaborado anteriormente, visto que após as primeiras coletas, observou-se que o mesmo atendia ao objetivo do estudo.

3.4.1 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada nos meses de novembro de 2016, fevereiro, março e abril de 2017. As entrevistas foram gravadas em mídia digital, sendo estas posteriormente transcritas para a análise.

A coleta ocorreu até a saturação teórica dos dados. Amostra por saturação é usada para estabelecer ou finalizar o tamanho de uma amostragem em estudo, interrompendo a captação

de novos componentes, considerando que estes não mais agregam novos dados para o estudo (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008).

3.4.2 Análise dos resultados

Para análise dos dados utilizou-se o método de análise de conteúdo proposto por Bardin (2009) considerando a modalidade temática. Este método é composto por três fases que se organizam em:

I) A pré-análise

Foi realizada a leitura do material e organização do mesmo para o início da análise. As intuições geradas foram transformadas em pressuposto, considerando a pesquisa qualitativa. Este é o momento em que o pesquisador se aproxima do material para análise. O contato com o material pode refletir em muitas das impressões trabalhadas no contato direto com o sujeito, ativando as lembranças e auxiliando na condução deste procedimento. Esta leitura inicial, menos aderente, possibilita a assimilação do material, sendo que neste momento podem surgir intuições que levarão a algumas hipóteses ou pressupostos (CAMPOS, 2004b).

Conforme Bardin (2009) podemos dividir esta fase em três momentos:

- **Leitura flutuante** – contato com o material, conhecimento e análise do texto, deixando se invadir por impressões e orientações e aos poucos a leitura vai se tornando mais precisa em função das hipóteses emergentes.
- **Constituição do corpus** – após decidir o material a ser analisado deve-se considerar todas as partes do mesmo, não excluindo nada sem uma justificativa aceitável. Neste momento é preciso seguir as regras estabelecidas: exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência.
- **Formulação de hipóteses e objetivos** – organização sistemática da pesquisa. Faz se necessário uma hipótese ou pressuposto inicial, pois ainda não se conhece a realidade. Todavia, os pressupostos iniciais devem ser flexíveis permitindo hipóteses emergentes a partir dos dados coletados no campo de pesquisa, enquanto que, o objetivo é a finalidade geral a qual nos propomos, no qual os resultados obtidos serão utilizados.

II) Fase de exploração do material

Esta é a fase de tratamento do material, considerada uma fase longa e exaustiva, pois neste momento é realizada a codificação do mesmo. Refere-se a uma transformação dos dados brutos do texto, por meio de recortes, enumeração e agregação possa se atingir uma

representação do conteúdo esclarecendo o pesquisador sobre as características do texto (BARDIN, 2009).

III) Tratamento dos resultados obtidos e interpretação

Neste momento os resultados brutos são combinados de maneira a serem significativos e válidos. Esse processo é denominado como categorização do material, e consiste em uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação e, seguidamente por reagrupamento segundo o gênero com os critérios previamente definidos (BARDIN, 2009).

A categorização não é considerada uma finalidade em pesquisa qualitativa e, sim um instrumento de análise do material no qual se organiza e descreve o conteúdo, possibilitando um posterior refinamento de análise (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008).

Para a análise dos dados é realizada uma leitura exaustiva dos resultados encontrados, destacando a recorrência dos dados. Após este processo é que se inicia a análise do material propriamente dita, e, os pressupostos pensados anteriormente se consolidam ou não a partir das discussões dos resultados sendo construída uma conjectura particular (BARDIN, 2009).

3.4.3 Formação das unidades de análise e categorias: algumas considerações

As entrevistas foram transcritas na íntegra, resguardando a maneira a qual os indivíduos entrevistados se expressaram com erros e vícios de linguagem e as expressões não usuais. No entanto, no período de categorização dos dados, com a finalidade de tornar o material mais legível, alguns vícios de linguagem e erros de pronuncia foram corrigidos ortograficamente, considerando os padrões gramaticais da língua portuguesa, porém, sem perda do sentido da fala dos participantes.

Os trechos utilizados na análise foram demarcados com a letra “E” de entrevistados e com numerações subsequentes referindo-se ao número da entrevista.

Com relação à construção das categorias foi realizada a codificação dos dados pela repetição das unidades de análise e por sua relevância implícita e, ao final, separadas de acordo com sua temática.

3.5 Amostragem e Saturação da Amostra

Conforme Fontanella, Ricas e Turato (2008), os estudos qualitativos, diferentemente de estudos quantitativos tendem a selecionar elementos que a amostra contenha e espelhe

certas dimensões do contexto. Normalmente as amostras qualitativas são menores do que as dos estudos quantitativos. No entanto, a necessidade de “fechamento” amostral exige do pesquisador a explicitação dos critérios para interromper a seleção de novas amostras. A amostragem por saturação é um método utilizado comumente em relatórios de investigações qualitativas, sendo utilizado para constituir ou fechar o tamanho final de uma amostra em estudo, descontinuando a captação de novos elementos.

O pesquisador deve ter transparência e ética quanto ao processo de amostragem ajudando a confirmar o rigorismo empregado em uma investigação científica. Quando o pesquisador consegue “Fechar” a amostra significa que ele determinou o conjunto que subsidiará a análise e explanação dos dados. (FONTANELLA et al., 2011, p.389)

No quadro a seguir é apresentado uma forma de sistematizar o tratamento e análise de dados coletados em investigações qualitativas que escolheram utilizar o processo de saturação teórica, desta forma, descreveram alguns passos a serem empregados na constatação da saturação teórica. São sete passos apresentados no quadro a seguir (FONTANELLA et al., 2011).

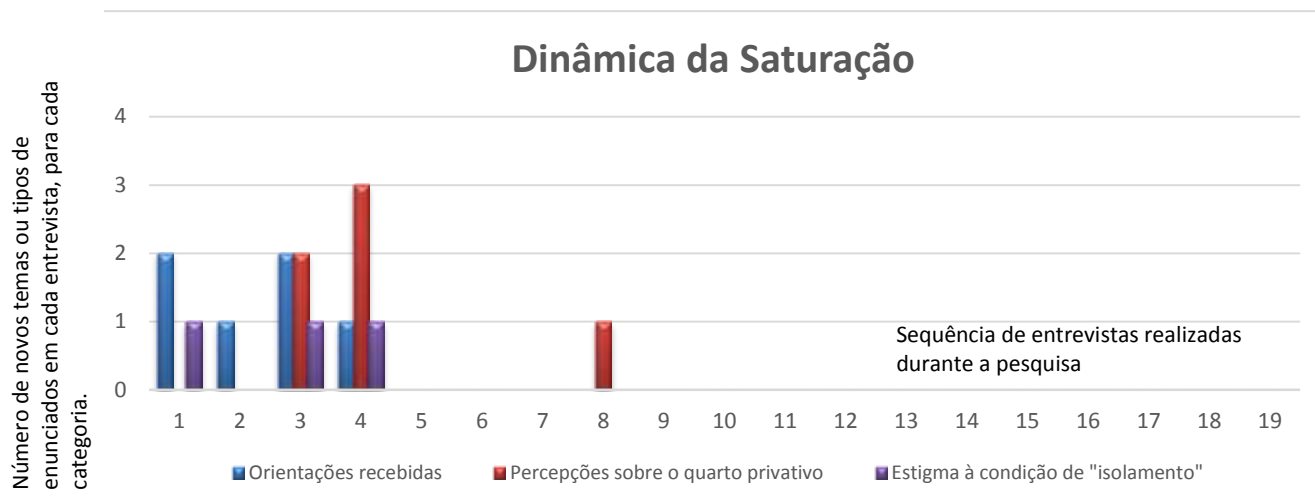
Quadro 3 - Passos procedimental para constatação da saturação teórica.

Passos	Descrição
Passo 1: disponibilizar os registros de dados “brutos”.	Todos os pesquisadores têm acesso aos registros de áudio e aos transcritos, desde as primeiras coletas.
Passo 2: “imersão” em cada registro	São feitas leituras e audições individuais, visando identificar núcleos de sentido nas manifestações dos sujeitos participantes.
Passo 3: compilar as análises individuais (de cada pesquisador, para cada entrevista)	Aqui, as entrevistas são o foco: compilar os temas e os tipos de enunciados identificados em cada uma delas, por cada um dos pesquisadores do grupo (instruindo as pré-categoria ou as eventuais novas categorias).
Passo 4: reunir os temas ou tipos de enunciados para cada pré-categoria ou nova categoria	Aqui, os temas ou tipos de enunciados são o foco: depois de cada entrevista ser analisada pelos pesquisadores, agregam-se as falas consideradas exemplares dos núcleos de sentido identificados.
Passo 5: codificar ou nominar os dados	Nominação dos temas e dos tipos de enunciados contidos em cada pré-categoria ou nova categoria.
Passo 6: alocar (numa tabela) os temas e tipos de enunciados	Agregando-os para cada (pré) categoria e destacando quando se deu a primeira ocorrência.
Passo 7: constatar a saturação teórica para cada pré-categoria ou nova categoria	Isso ocorre quando novos temas ou tipos de enunciados não são, de maneira consistente, acrescentados após novas entrevistas.
Passo 8: “Visualizar” a saturação	Transformação da tabela em um gráfico, possibilitando, para cada categoria analisada, uma constatação visual da “saturação”.

Fonte: Fontanella et al. (2011, p.391)

A constatação da saturação da amostra está explicitada na tabela no Apêndice 3 e também na figura que se segue.

Figura 1 - Visualização da “dinâmica de saturação” das três categorias distintas.



Fonte: Elaboração do próprio autor.

Constatou-se que a categoria “orientações recebidas” foi saturada teoricamente na quarta entrevista, enquanto que a categoria, “percepções sobre o quarto privativo” a saturação é identificada na oitava entrevista; e a categoria “estigma à condição isolamento” na quarta entrevista. As demais entrevistas apenas reforçaram os achados anteriores.

Embora tenha-se optado pelo conceito de amostragem por saturação teórica, sabe-se que sua aceitação não é unânime entre os pesquisadores (MINAYO, 2017). Ainda segundo essa mesma autora uma amostra qualitativa ideal não depende necessariamente de quantidades ou saturação. A amostra deve refletir, em quantidade e intensidade, as diferentes dimensões do fenômeno, mostrando ao pesquisador uma lógica interna do seu objeto de estudo, mesmo que temporariamente. O pesquisador deve sentir-se também sujeito das conexões e interconexões realizadas nessa análise (MINAYO, 2017).

3.6 Validação dos dados

Em estudos envolvendo pesquisa qualitativa deve haver a validação dos dados tanto na elaboração do projeto como também”” na coleta de dados em campo e no tratamento dos mesmos (CAMPOS; TURATO, 2009)

Conforme Turato (2011) a validação pode ocorrer de formas distintas, sendo:

- **Validação interna:** envolvimento do autor com o seu projeto, conformando rigores para a apreensão dos acontecimentos.

- **Validação externa:** processo envolvendo o autor em posse dos achados e seus interlocutores acadêmicos, onde a interação/debate fornecerão considerações favoráveis ou não aos achados.
- **Triangulação:** processo onde se utiliza dois ou mais métodos para examinar o mesmo fenômeno de forma simultânea ou sequencial.

Faz se necessário ainda apresentar os resultados preliminares a grupos de pesquisa, de modo que os resultados sejam expostos e debatidos (CAMPOS; TURATO, 2009).

Neste estudo, após a categorização dos dados, os mesmos foram apresentados, discutidos e validados pelo Grupo de Estudos e Pesquisa Sobre Boas Práticas de Controle de Transmissão de Patógenos Relacionada à Assistência à Saúde. O grupo é composto por pós-graduandos e coordenado pela Prof^a. Dr^a Rosely Moralez de Figueiredo. As categorias iniciais foram apresentadas, discutidas e revisadas com os integrantes do grupo de pesquisa.

Após as discussões com o grupo de pesquisa o trabalho também foi submetido ao exame de qualificação (EQ) onde foram aceitas sugestões feitas pelos membros da banca. Estes contribuíram com sugestões na introdução e categorização final dos resultados.

RESULTADOS

4 RESULTADOS

4.1 Produção dos dados empíricos

Foram abordados 20 pacientes aos quais foram apresentados a proposta e objetivo do estudo, esclarecendo dúvidas que pudessem surgir. Destes, apenas um se recusou a participar, desta forma o estudo contou com 19 participantes.

Vale ressaltar que, antes de cada entrevista foi lido e entregue ao participante uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, enfatizando o sigilo quanto aos relatos e anonimato dos entrevistados.

4.2 Caracterização da amostra

Prevaleram pacientes do sexo masculino (58%) com mediana de idade de 44 anos, variando de 17 a 78 anos, sete (37%) estavam com acompanhante durante a entrevista. Onze (58%) estudaram até o oitavo ano, oito (42%) informaram ser casados. Com relação a ocupação sete (37%) exerciam atividades remuneradas, quatro (21%) eram aposentados, três do lar, um estudante e os outros quatro (21%) não definido. Quanto ao tempo de precaução instituída a média foi 7 dias, sendo a precaução de contato a indicada para doze (63,15%) dos 19 entrevistados (Quadro 4).

Quadro 4 - Caracterização dos pacientes entrevistados segundo sexo, idade, naturalidade, escolaridade, estado civil, ocupação, agravo sob suspeita, diagnóstico de admissão e tipo de precaução.

Entrevistado	Sexo	Idade	Naturalidade	Escolaridade	Estado Civil	Ocupação	Agravo sob suspeita ou confirmação	Tempo de precaução instituída	Diagnóstico de admissão	Tipo de precaução
E1	F	58	Dourado - SP	Ensino Médio	Outros	Aposentada	Bactéria MR Corrente sanguínea	7 dias	Cardiopatia e doença renal	Contato
E 2	M	66	Brotas - SP	Não informado	Outros	Aposentado	Bactéria MR Traqueal	5 dias	Insuficiência renal crônica	Contato
E 3	F	52	Ibaté - SP	Ensino Médio	Outros	Do lar	Sepse Pulmão	1 dia	Cardiopatia	Contato
E 4	M	39	São Vicente - SP	Ensino Médio	Outros	Açougueiro	Tuberculose	2 dias	Insuf. renal aguda	Aerossol
E 5	M	63	São Carlos - SP	Ensino Médio	Casado	Outras	Bactéria MR Ferida em MID	4 dias	Bactéria MR Ferida em MID	Contato
E 6	M	22	São Carlos - SP	Ensino Médio Incompleto	Solteiro	Marceneiro	Bactéria MR Fratura em MIE	8 dias	Bactéria MR Fratura em MIE	Contato
E 7	M	67	Descalvado - SP	Ensino Médio	Casado	Aposentado	Bactéria MR Urina	4 dias	Infecção do trato urinário	Contato
E 8	F	19	São Carlos - SP	Ensino Médio	Solteira	Outras	H1N1	4 dias	O mesmo	Gotícula
E 9	F	24	Porto Ferreira - SP	Não informado	Solteira	Outras	Bactéria MR Traqueal	32 dias	Mielite Transversa	Contato
E 10	M	54	Jardim Alegre - SP	Ensino Médio	Casado	Vigilante	Bactéria MR Incisão cirúrgica	11 dias	Neoplasia de pâncreas	Contato
E 11	F	40	São Paulo - SP	Não informado POR TEL	Outros	Outros	Tuberculose	5 dias	Blastomicose pulmonar	Aerossol
E 12	M	17	São Carlos - SP	Ensino Médio Incompleto	Solteiro	Estudante	Meningite	4 dias	Meningite	Gotícula
E 13	F	32	Não informado	Superior	Casada	Farmacêutica	Tuberculose	4 dias	Tuberculose	Aerossol
E 14	F	28	São Bernardo do Campo - SP	Ensino Médio	Solteiro	Do lar	Varicela	3 dias	O mesmo	Contato + aerossol
E 15	M	44	Cardoso - SP	Ensino Médio	Casado	Representante comercial	Bactéria MR Coto MID	7 dias	Amputação de membro inferior	Contato
E 16	M	65	Araraquara - SP	Ensino Fund. Incompleto	Casado	Vigilante	Bactéria MR Incisão cirúrgica	8 dias	Bactéria MR Incisão cirúrgica	Contato
E 17	M	53	C. Rita - PE	Ensino Médio	Casado	Aposentado	Tuberculose	4 dias	Tuberculose	Aerossol
E 18	F	78	Dourado - SP	Analfabeta	Outros	Do lar	Bactéria MR Urina	10 dias	AVC	Contato
E 19	M	25	Paraná	Ensino Médio	Casado	Técnico em eletrônica	Bactéria MR Incisão cirúrgica	10 dias	Bactéria MR Incisão cirúrgica	Contato

Fonte: Elaboração da própria pesquisadora

4.3 Categorização do material analisado

A partir das análises das entrevistas, emergiram três categorias temáticas e duas subcategorias, a saber:

- Orientações recebidas
- Percepções sobre o quarto privativo
 - Percepções favoráveis
 - Percepções desfavoráveis
- Estigma relacionado à condição de “Isolamento”

4.4 Orientações recebidas

Nesta categoria foram agrupadas as falas que apresentam, no entendimento dos entrevistados, os motivos pelos quais eles foram internados em PE.

Os entrevistados informaram justificativas diversificadas com conceitos imprecisos e equivocados e também expuseram desconhecimento sobre os reais motivos.

[...] ninguém me informou sobre essa situação o porquê eu deveria ficar aqui neste quarto (E4).

Falaram para a minha irmã quando eu tive alta da UTI que eu estava com baixa resistência e por isso eu tinha que ficar aqui, para não pegar infecção dos outros (E1).

Na verdade, houve uma falta de informação, eu não fui esclarecida. Eu tive que perguntar para o médico o porquê eu estava vindo para esse lugar [...] (E3).

[...] estou internado por causa da perfuração de tripa. (O acompanhante ajuda lembrar) Ele tem uma bactéria que ele pegou na traqueia (E2).

Os entrevistados também referiram ter recebido orientações que os levaram a associar a implementação da precaução à melhoria da assistência oferecida e menor risco de infecção por não dividir o mesmo espaço com outros pacientes.

O médico falou que ia me isolar porque eu precisava de mais cuidado! Me informaram que aqui teriam mais tranquilidade para cuidar de mim (E15).

Eu estou aqui porque quando eu estava em outro setor eu peguei uma infecção e tive que refazer a cirurgia, eu estava em um setor que tinha muita gente (E10).

Identifica-se, na perspectiva do paciente, explicações ora adequadas e ora equivocadas para a implementação das precauções, sendo argumentado inclusive que a precaução foi instituída para sua própria proteção. Não se identifica relatos relacionando a necessidade da precaução com o fato de terem adquirido uma possível IRAS, talvez por não compreenderem o contexto da transmissão de microrganismos.

As enfermeiras explicaram que eu não podia sair daqui para fora, explicou sobre o uso da máscara (E13).

Eu fiz uma cirurgia do coração e peguei uma infecção hospitalar, aí a minha médica me internou aqui no isolamento (E16).

Explicaram que era para evitar que a bactéria fosse transferida para outras pessoas, foi uma pessoa que fez a orientação, mas não sei se é médica ou enfermeira (E7).

Fui orientado pelo doutor, e pelas enfermeiras, que eu tinha que ficar aqui para não passar minha doença para outras pessoas, eles falaram que é contagioso e quem viesse me visitar precisava usar uma máscara e que eu ia ficar em um quarto de isolamento para não pegar mais nada e também não passar para ninguém (E12).

Eu fiz uma cirurgia em dezembro, quebrei a rótula, e acabei pegando uma bactéria que querendo ou não pode contaminar outros pacientes. Eu também não posso ficar junto com outras pessoas mais doentes porque eu posso ficar pior do que eu já estou. A enfermeira me orientou. Me explicou certinho! Tem que usar uma luva nova, não pode usar o mesmo aparelho que usa em outros pacientes e vice e versa porque eu posso contaminar e também ser contaminado [...] (E19).

4.5 Percepções sobre o quarto privativo

Nesta categoria temática foi possível identificar percepções positivas e negativas. As percepções positivas relatadas foram relacionadas ao fato de estar em um quarto individual com mais privacidade e mais conforto. Já as percepções negativas, estiveram relacionadas a sentimentos de solidão, angústia e desespero por estar isolados em um quarto pequeno.

4.5.1 Percepções favoráveis

Nesta subcategoria foram identificados relatos nos quais os pacientes informaram se sentir favorecidos por estar em quarto privativo devido à PE. A possibilidade de estar em um quarto individual e não compartilhado com outros pacientes foi apontada como uma vantagem significativa de estar internado em PE. Houve relatos que evidenciaram que os pacientes se sentiram mais confortáveis e com maior privacidade.

Eu acho que aqui você tem uma certa privacidade, a minha filha pode ficar comigo, os funcionários atendem mais rápido, eles se aproximam mais dos pacientes (E15).

Eu acho que aqui só tem vantagem porque fico em um quarto até espaçoso para uma pessoa só e um acompanhante, eu me sinto até especial! (E16)

Eu gosto de ficar sozinho, então eu acho melhor, porque no quarto coletivo eu tenho medo de pegar bactérias. Você acaba ouvindo: eu tenho isso, eu tenho aquilo. Você começa pegar problemas dos outros, aqui eu fico sozinho (E17).

Eu vi coisas terríveis lá no outro quarto, foram coisas que chocaram, eu vi duas pessoas morrerem do meu lado. Foi uma coisa assim que eu não estava pronto, mas eu tive que ver porque eu não podia sair correndo da cama para não ver. Então a melhor coisa que aconteceu foi ter vindo para esse quarto. Para mim é um privilégio (E19).

Quando a precaução instituída ao paciente possibilita que ele saia do quarto, este refere sentimentos de felicidade. Esta emoção também é exposta quando algumas “regalias” que não podiam ter no quarto coletivo são permitidas.

Se eu quiser posso dar uma voltinha, tenho essa liberdade tanto da minha médica quanto das enfermeiras. Minha filha pega na minha mão me leva até o parquinho, ali eu tomo o solzinho da manhã. Se eu não tivesse conseguindo caminhar aí eu ficaria chateado! (E16).

[...] mas depois eu cheguei à conclusão que foi até melhor. Também depois liberaram a TV, o vídeo game, não que substituí, mas ajuda a passar o tempo e não deixa afetar tanto o psicológico. E minha família também consegue passar a maior parte do dia comigo conversando, então às vezes eu me sinto como se estivesse em casa só não posso sair do quarto (E19).

Entre as percepções positivas mencionadas pelos entrevistados destaca-se o sentimento de “proteção” oferecido pela precaução instituída. Os pacientes percebem que por estarem em uma unidade de precaução estarão protegidos de outras doenças. Muitos se sentem importantes e privilegiados pelos cuidados recebidos no local, quando comparado a outras unidades da Instituição.

Aqui só tem vantagem com relação ao outro setor, depois que eu vim para cá minha recuperação foi muito melhor, me recuperei, comecei a comer a andar, no outro setor é muita gente no mesmo lugar, muita visita, tinha dia que tinha 18 pessoas no mesmo quarto (E10).

Eu acho que estou mais protegido porque eu estou sozinho aqui e todo mundo que entra usa máscara, não tenho contato com outros pacientes que tem outras doenças (E12).

Eu acho que estou mais protegida aqui porque toda hora eles estão desinfetando, limpando, tirando o lixo, então me sinto mais segura (E14).

Aqui estou bastante protegido porque aqui entra só minha família e os técnicos de enfermagem, lá não, entrava várias pessoas, o banheiro era usado por mais pessoas. Então a melhor coisa foi ter vindo para cá, porque poderia ter pegado uma bactéria pior (E19).

O paciente supõe que neste local há mais atenção, tanto pelos profissionais de saúde quanto pelo serviço de higiene e limpeza da instituição.

Aqui nós vimos a diferença, porque aqui tem um bom atendimento, a limpeza é melhor, aqui é muito melhor do que no quarto coletivo, porque lá são muitos pacientes e pouco funcionários (E5).

Aqui tem enfermeiros bons, que cuida bem, tem dois ou três fisioterapeutas bons que estão fazendo exercício. Me sinto protegida e até exclusiva, privilegiada (E1).

Eu creio que estar aqui no isolamento significa mais cuidado com a gente, é ficar mais tranquilo, mais especial, eu analiso assim! (E16).

4.5.2 Percepções desfavoráveis

Entre as percepções desfavoráveis emergidas, o sentimento de solidão e a falta do convívio com outras pessoas aparecem nas falas dos indivíduos com certo pesar. Estes

sentimentos ficaram mais evidentes em pacientes que não possuíam acompanhante e atividades que possibilitavam a distração.

No outro quarto tem várias pessoas e aqui você não tem contato com nada e não tem uma distração. O tempo demora mais para passar é só dormir e acordar (E4).

É ruim porque eu não posso sair do quarto, estar longe de casa e não ter notícia de quando eu vou sair, o médico não passa sempre (E8).

Sinto solidão, fico muito solitária, eu não tenho acompanhante fico muito sozinha, a gente fica aqui o tempo todo, não pode respirar (E13).

[...] só é ruim porque você não conversa com as pessoas por que lá no quarto comum tem bastante pessoas então você conversa com um com outro e também tinha uma TV para distrair. Aqui o tempo passa bem devagar! (E15).

Eu só me sinto isolada mesmo, porque não pode abrir a porta, não pode sair! Sinto falta de pessoas para conversar, de caminhar, falta de uma televisão para distrair (E14).

É possível identificar que as medidas instituídas devido as precauções geraram sofrimento devido a obrigatoriedade do quarto privativo e da restrição de saídas, evidenciando falas com fobias, tristeza e angústia.

É chato ficar aqui, não tem nada para fazer. Dá sono, dá tédio, a hora não passa, a pressão arterial sobe por causa da ansiedade (E8).

Tudo que eu queria era sentar um pouquinho debaixo de uma árvore, mesmo que de máscara, isso me incomoda bastante. Ficar em um quarto de 2x2 m sem nenhuma televisão, sem nada, só olhando para a parede, isso é péssimo para a cabeça, e eu que estou com problema psicológico está piorando muito. Eu estou me segurando porque as pessoas são muito bacanas, mas eu me sinto como uma corda de violino preste arrebentar (E11).

Eu tenho claustrofobia quando eu olho para essa janela aberta me dá vontade de pular por ela (E11).

Ah eu acho ruim de ter que ficar aqui sozinha, porque aí dá vontade de chorar e começo a passar mal, aí eu fico meio depressiva, ansiosa para a hora passar e pelo menos para eu tentar dormir (E14).

Então, no começo foi tipo um choque ficar nesse quartinho sozinho, achei bastante ruim porque era muito quieto. Você fica até com início

de depressão porque estava acostumado com as outras pessoas para conversar (E19).

Eu trouxe o meu monte de livro que é o que me salva, se eu não tivesse trazido eu acho que já teria me matado, literalmente eu já teria me matado (E11).

4.6 Estigma relacionado à condição de “isolamento”

Nesta categoria são observadas as falas relacionadas à percepção dos pacientes por terem uma alteração de saúde que os obriguem a ficarem separados, “isolados” dos demais pacientes. Lembrando que na instituição do estudo, essas internações ocorrem em unidades separadas chamadas de setores de “Isolamento”.

Ah é difícil ficar em um lugar destes (E2).

Acho que o mais difícil é a situação mesmo o “isolamento.” Você se sente muito inferior, para o psicológico é muito ruim (E13).

A palavra isolamento causa certa estranheza, comigo sempre foi assim. Eu quero saber realmente sobre o assunto, porque a gente às vezes ouvia falar: Olha o fulano está no isolamento! Essa coisa (pausa) isolamento causa um espanto! (E3).

Nota-se que o familiar tenta explicar o motivo da internação, mesmo que de forma equivocada, com o intuito de minimizar o estigma que o nome do setor traz para a pessoa. Também é possível identificar alívio na fala do familiar depois que este compreende melhor o que é o setor isolamento.

Minha irmã esclareceu para as pessoas que entram aqui, que eu posso pegar alguma coisa que vem de fora, mas que eu não sou infecciosa, então de dentro para fora não pega nada (E1).

Enteada (E5): agora nós sabemos o que é. Quando falava de isolamento nós tínhamos uma impressão ruim. É isolamento, dá impressão que é o fim! (E5).

Filha (E18): Por que quando fala em isolamento a pessoa já acha que é alguma coisa grave.

Desta forma, observa-se que havia sido construído uma ideia diferente da realidade vivenciada nestes quartos privativos.

Eu pensava que ia ser muito estranho quando falaram de isolamento, mas só depois que cheguei aqui, vi que não é algo tão ruim (E19).

DISCUSSÃO

5 DISCUSSÃO

Na categoria orientações recebidas, conforme relato dos entrevistados, é possível identificar o desconhecimento destes sobre os reais motivos da internação em PE.

Este panorama configura um dos problemas identificados neste estudo, ou seja, justificativas inadequadas ou até mesmo o desconhecimento, na perspectiva do paciente, sobre os motivos que levaram a instituição da PE, configurando um dificultador nas ações de prevenção de infecção. Familiares e acompanhantes podem ser parceiros na prevenção de IRAS e para tanto necessitam de orientações precisas e eficientes (SIEGEL et al.). Entendendo o real motivo da precaução instituída, tendem a aderir melhor às medidas necessárias.

No protocolo internacional de segurança do paciente, a Organização Mundial de Saúde (OMS) se reconhece a importância da participação dos indivíduos em sua segurança, considerando os processos a que são submetidos em uma instituição de saúde. A proposta é incluir o paciente e seus familiares no processo de cuidar, por meio de ações educativas, considerando as situações de risco a qual o paciente está exposto em uma internação, desta forma tornando os procedimentos mais seguros (WHO, 2004).

O envolvimento do familiar/acompanhante nos processos de cuidado realizados nas Instituições é fundamental. Estudos apontam que quando inseridos nesse processo estes podem colaborar para minimizar a possibilidade de eventos adversos (MORAIS, 2010; RABELO; SOUZA, 2009). Para tanto, deve-se propiciar sua participação em atividades educativas ára possam receber a informação e assumir as responsabilidades, contribuindo assim no controle sobre a doença e aumentando sua literacia em saúde (KICKBUSCH; WAIT; MAAG, 2005).

O termo literacia em saúde teve seu primeiro conceito definido pela OMS em 1998 como um “conjunto de competências cognitivas e sociais e a capacidade dos indivíduos para aderirem à compreensão e ao uso da informação, de forma a promover e manter uma boa saúde” (WHO, 1998, p261). Ao longo do tempo, este conceito foi aprimorado e atualmente o mais utilizado na literatura é o descrito por Kickbusch, Wait e Maag (2005) que considera ser a habilidade para tomada de decisões fundamentadas em todo o contexto que permeia o ser humano, desde da sua casa, serviço e até conjuntura política. Configurando-se uma tática de capacitação para aumentar o controle das pessoas sobre sua saúde e capacidade para busca de informações, desta forma assumindo responsabilidades.

Rabelo (2012) contempla em seu estudo estratégias de prevenção de infecção desenvolvidas por enfermeiros considerando tanto aspectos biológicos quanto psicossocial. Na ocasião foram realizadas orientações aos acompanhantes para que as crianças permanecessem em seu leito, sem contato direto com outros pacientes, sobre a importância da higienização das mãos após o contato com a criança em precaução, além do cumprimento do protocolo de identificação do leito. No que tange ao aspecto psicossocial estas crianças não foram privadas do momento de brincar, sendo este restrito o horário em que outras crianças não estivessem no local. Este estudo demonstrou um olhar consciente dos enfermeiros acerca das medidas preventivas junto ao acompanhante e a criança internada em PE.

Marques et al. (2014), ao realizar um estudo com familiares de pacientes com germes multirresistentes, identificou várias ações positivas realizadas na instituição do estudo relacionadas à prevenção da transmissão de microrganismos. São orientações à beira leito, no momento da admissão, onde tanto os pacientes como acompanhantes eram orientados sobre a necessidade da adesão às medidas de precaução de contato e o motivo pelo qual haviam sido transferidos para aquele setor. Dentre as ações também foram observadas atividades que encorajavam os sujeitos a questionarem aos PAS quanto à realização de medidas preventivas, desta forma diminuindo as possíveis falhas na assistência.

Estratégias eficazes de orientações para a prevenção da transmissão de microrganismos precisam ser incentivadas. Nesse sentido um estudo realizado na universidade de Cambridge na Inglaterra sobre medidas de precauções para visitantes em situações onde há o aumento de transmissão de microrganismos, foram recomendados métodos alternativos de comunicação entre visitantes e pacientes como videoconferência aliado aos programas de controle de infecção (MUNOZ-PRICE et al., 2015).

É preciso lembrar que são os profissionais de saúde quem mais transitam entre os leitos dos pacientes possibilitando a disseminação de microrganismos. Cerca de 1/3 das infecções são preveníveis e está nas mãos e na consciência do trabalhador de saúde aderir às ações de prevenção de infecção nas organizações, sendo esta uma responsabilidade de todos nas instituições de saúde (AZAMBUJA; PIRES; VAZ, 2004). Estes mesmos autores reforçam que as ações preventivas necessitam estar presentes no cotidiano de todos os trabalhadores da área da saúde para que os mesmos possam ser solidários nas referidas ações.

Juskevicius e Padoveze (2016) identificaram falhas na adesão às PE de contato nos relatos feitos pelos profissionais de saúde. Estas falhas também foram encontradas em outro

estudo, relacionando com a limitação de comportamento e percepção dos PAS (OLIVEIRA; CARDOSOLL; MASCARENHAS, 2009).

Cabe destacar, entretanto, que os pacientes entrevistados na presente pesquisa não tinham clareza de que o microrganismo que os levaram à internação em precaução de contato foi adquirido na própria instituição e possivelmente devido a não adesão às medidas de prevenção de infecção.

No que se refere às percepções favoráveis dos entrevistados, estes entenderam que a precaução pode trazer proteção, privilégios por estarem em quartos individuais e com a possibilidade de ficar com acompanhante em tempo integral.

Para a internação de adulto, em instituições de saúde, a instituição considera a Lei de nº 10.741 que rege o estatuto do idoso. O Capítulo IV “do direito à saúde”, no art. 16, dispõem sobre o direito a acompanhante para o idoso internado ou em observação, cabendo às instituições proporcionarem condições adequadas para a permanência deste acompanhante em tempo integral (BRASIL, 2003). Entre os entrevistados havia sete com direito ao acompanhante e este direito foi garantido.

Em consonância com o que foi encontrado no presente estudo, Duarte et al. (2015) apontam em sua revisão sobre avaliações positivas do isolamento por parte dos pacientes, que os mesmos consideraram o aumento da privacidade por estar em quarto individual, segurança, tranquilidade por não se preocuparem em incomodar os demais, menor risco de contágio, além de considerar melhor assistência e limpeza de qualidade. Ressalta-se que o risco de contágio foi abordado apenas na perspectiva do próprio paciente em minimizar o risco de adquirir novas doenças.

Com base nos dados produzidos no presente estudo e corroborado na revisão de Duarte et al. (2015) reconhece-se a vulnerabilidade desses pacientes no que tange aos bens e serviços ofertados. Considerando na perspectiva deste a possibilidade de uma acomodação mais adequada, em quarto privativo e com direito a acompanhante, durante o período de hospitalização.

Em uma revisão sistemática sobre a experiência de pacientes em PE foi identificado que estar em PE diminui a autonomia dos indivíduos. Sendo assim, é importante que os mesmos participem das decisões terapêuticas, reduzindo esta condição (VOTTERO; RITTENMEYER, 2012). Bertolozzi et al. (2009) consideram que para diminuir a vulnerabilidade dos indivíduos em PE, é preciso que estes desenvolvam a capacidade de

enfrentamento dos problemas e/ou agravos de saúde, se apropriando das questões relacionadas ao agravo.

Em estudo de Marques et al. (2014) com pacientes com germes multirresistentes, verificou-se o desenvolvimento de ações educativas com o método de problematização. Isto possibilitava que todos os participantes relatassem suas experiências e assim realizassem questionamentos que julgassem importantes na construção do seu saber considerando a temática de prevenção de infecções.

Outros efeitos negativos relacionados a PE, apontados na literatura, refere-se a uma piora emocional dos pacientes internados sob esta condição. As principais repercussões psicológicas negativas mencionadas foram ansiedade, depressão, sensação de confinamento, raiva e solidão, além do estigma (DUARTE et al. 2015). O que também foi encontrado no presente estudo.

No presente estudo emergiram sentimentos de solidão, angústia, além de anseios depressivos relacionados ao confinamento nos quartos para PE, sendo estes mais evidentes em pacientes que não possuíam acompanhantes e atividades que possibilitavam a distração.

Também é possível identificar eventos adversos relacionados ao menor tempo na assistência de enfermagem ao paciente em PE, sendo eles, atrasos nos cuidados, aumento dos sintomas de depressão e ansiedade e diminuição da satisfação do paciente com relação ao cuidado (MORGAN et al., 2009).

Ainda no mesmo estudo, quanto ao contato com a equipe foram realizadas comparações no atendimento à pacientes em PE e pacientes sem PE, sendo que tanto no quesito número de vezes que adentraram ao quarto, quanto o tempo de permanência, foram menores nos pacientes em PE (MORGAN et al., 2009). Diferentemente desses achados, essa não foi uma queixa mencionada no presente estudo. Alguns participantes consideraram inclusive se sentirem melhor contemplados tanto no atendimento da equipe de saúde, quando nas questões de higiene do ambiente.

Os autores identificaram na revisão, que em estudo de caso controle, quanto aos eventos adversos relacionados a atrasos nos cuidados, houve 50% mais desses eventos em pacientes que estavam em PE quando comparado aos que não estava em precaução (MORGAN et al., 2009).

Este mesmo estudo ainda aponta que com relação aos sintomas de depressão e ansiedade, após avaliação com instrumentos específicos, estes foram mais elevados nos pacientes em PE.

Todavia os autores consideraram que os estudos encontrados na revisão tinham baixa evidência científica, visto que muitos eram observacionais, outros não possuíam grupo controle ou critérios de inclusão padronizados, o que pode ter limitado a interpretação dos resultados apresentados (MORGAN et al., 2009).

Em estudo de coorte sobre o efeito das precauções de contato nas atividades dos PAS, realizado em quatro instituições de saúde, identificou-se que os profissionais tiveram 36,4% menos contato com os pacientes em precaução de contato em comparação aos demais que não estavam em precaução. Como estes pacientes também tinham restrição de visitas ficavam mais tempo sozinhos (MORGAN et al., 2013). Contudo, no presente estudo, não foi identificado queixa de menor qualidade da assistência por parte dos entrevistados.

Para Cardim et al. (2008) a doença transmissível por si só já desencadeia uma situação traumática, fazendo com que o paciente absorva a situação de forma mais negativa quando este permanece em uma unidade de isolamento. Day et al. (2012) aponta que quando o paciente é transferido para um setor de precaução os efeitos negativos são maiores do que naqueles pacientes que já internaram diretamente nessa condição. Duarte et al. (2015) também apontam em seu estudo que ao transferir os pacientes já internados em leitos coletivos para os quartos de precaução contribuiu para manifestação, por parte do paciente, de sentimentos negativos, principalmente o de solidão, considerando que estes já haviam estabelecidos vínculos com outras pessoas nos quartos coletivos. Relatam também que a mudança de leitos pode ainda despertar raiva e depressão.

Para os entrevistados nesse estudo, estes sentimentos negativos também foram mencionados, porém os motivos que acarretaram não foram a mudança para quarto individual, mas sim a ausência de distração e companhia. A mudança para quarto privativo, na visão dos entrevistados possibilitou na visão deles mais conforto e menor risco para a assistência.

Em estudo realizado com pacientes em precaução, em unidade de terapia intensiva, foi identificado que fatores como distúrbios eletrolíticos podem ser influenciados por menor número de atendimentos dos PAS, além da ausência de visita do familiar. Refere ainda a presença de sintomas de depressão e ansiedade, o que contribui para o aumento no tempo de internação, morbidade e mortalidade (DAY et al., 2012).

Para Cardim et al. (2008), geralmente o cuidado de enfermagem ao paciente com uma doença contagiosa tem como foco central a assistência física, os procedimentos, deixando de

lado ações que não podem ser substituídas por procedimentos técnicos, como: tocar, falar, envolver-se.

Barbosa (2012), em estudo sobre as vivências de crianças com necessidades de isolamento hospitalar em um hospital de Lisboa – Portugal, aponta que tanto o familiar quanto as crianças relataram experiências negativas ao permanecer em precaução, como sentimento de impotência, desilusão, tristeza, culpa e incapacidade para aceitar esta realidade.

Ainda em estudo de revisão da literatura, realizado por Duarte et al. (2015), foi observado que em 61% dos 18 artigos selecionados foram mencionados os efeitos negativos decorrentes das medidas de PE. Estes sentimentos foram depressão, ansiedade, solidão, medo, além de estigma. Os autores apontam que a depressão e a ansiedade são os sintomas mais recorrentes durante a internação e que pioram quando a internação ocorre por PE (DUARTE et al., 2015).

O adoecer e estar hospitalizado incide em mudanças na vida do sujeito provocando rupturas em suas relações, em suas atividades cotidianas, gerando sofrimento psíquico relacionado a essa ruptura, reações às normas da instituição, dificuldades de adaptação ao ambiente hospitalar, além de questões relacionadas ao próprio adoecimento, como a dor física (CAMON, 2003).

Goffman (1988) também sinaliza que vários outros sintomas são identificados além da ansiedade e depressão em especial a solidão e o estigma, sendo que estes estão geralmente relacionados às internações hospitalares, considerando o enclausuramento devido a necessidade de barreiras físicas. Morgan (2013) complementa que o isolamento para doenças transmissíveis ocasiona danos ainda maiores que as internações comuns considerando à relação social dos indivíduos.

Para Lima (2014) estigma e preconceito são duas condições que cursam juntamente com as doenças resignadas socialmente, sejam aquelas que são consideradas “piores” do ponto de vista social, seja pelo modo de contágio ou pelos sintomas desprezíveis.

Em estudo, na Atenção Primária a Saúde, sobre as vivências psicossociais de pacientes que concluíram o tratamento de tuberculose, as pesquisadoras identificaram que o estigma e o preconceito contribuíram para o sofrimento frente à doença. Sentiram-se ainda mais estigmatizados ao receberem as doses do medicamento no mesmo local de tratamento para HIV/Aids (DIAS et al., 2013).

Por medo de consequências indesejáveis advinda da divulgação da doença, familiares de crianças hospitalizadas passaram por situações conflituosas, entre contar ou omitir a

doença, considerando os julgamentos que o paciente poderá sofrer sendo alvo de estigma, de rejeição social e outras reações negativas (CARDIM et al., 2008).

Nesta pesquisa observa-se o estigma associado ao desconhecimento do paciente sobre o local de internação para pacientes em PE e o fato de ficarem separados dos demais pacientes. Construiu-se uma ideia diferente da realidade vivenciada nestes setores, tendo este como um local tenebroso sendo utilizado por pacientes sem perspectiva de recuperação.

Ainda da revisão feita por Duarte et al. (2015) foram identificadas medidas para reduzir o estigma do isolamento como manter a confidencialidade e a utilização de um código em geral relacionado às precauções de controle de infecção. Também se faz necessário que haja planejamento entre equipe de saúde e familiares/visitantes para o que o paciente tenha visitas constantes, desta forma, minimizando os efeitos negativos do isolamento.

Para Duarte et al. (2015) as intervenções da equipe de saúde desejadas nessa situação devem incluir aspectos educativos (orientações de pacientes e acompanhantes); aspectos organizacionais (treinamentos, coordenação de cuidados); de comunicação (melhorias na comunicação) e de avaliação (identificar vulnerabilidades).

Analisando as falas dos participantes dessa pesquisa, supõe-se que no local desse estudo, tais ações ainda são muito incipientes, restritas aos aspectos organizacionais, necessitando serem ampliadas no que tange as intervenções relacionadas à prevenção e comunicação.

Com o incremento de ações educativas e estratégias para diminuir a transmissão de IRAS busca-se o equilíbrio entre a necessidade da implementação da PE e a integridade emocional do paciente internado nessa condição.

5.1 Limitações do estudo

Como limitações do estudo tem-se que esta pesquisa se restringe a sujeitos escolhidos individualmente, que contemplavam os critérios de inclusão, de um único serviço de saúde de uma cidade do interior do Estado de São Paulo, não sendo passível de generalizações frente a subjetividade da pesquisa. No entanto, tais limitações não acarretam prejuízos quanto a validade dos dados.

Outra limitação foi durante a fase de produção dos dados empíricos, devido ao fato da pesquisadora, na ocasião da coleta dos dados, ser também a enfermeira responsável pelo Serviço de Controle de infecção da Instituição. Esta situação, por um lado, facilitou a comunicação com o paciente e a identificação dos mesmos, entretanto, permite inferir

também sobre possível viés nas falas dos entrevistados. Isso pode ter ocorrido particularmente quando solicitado para que descrevessem como se sentiam na internação naquela unidade e o que achavam sobre as orientações recebidas. Estes podem ter se sentido inibidos em queixarem de algo da internação considerando ser a entrevistadora membro da equipe da instituição.

Para minimizar este viés a pesquisadora informava aos entrevistados que naquele momento estava ali somente como pesquisadora e que manteria o sigilo sobre tudo que fosse declarado nas entrevistas, não sendo qualquer relato passível de prejudicar o paciente ou familiar do mesmo.

CONCLUSÃO

6 CONCLUSÃO

As informações resultantes das falas dos pacientes permitem concluir que estes não receberam informações completas sobre os motivos que levaram a internação em PE. Desde ausência total de informações até justificativas imprecisas como “para ser mais bem cuidado” e “para própria proteção do paciente”, foram identificadas. Também não foram observadas informações sobre a indicação das PE em decorrência de possível infecção relacionada à assistência à saúde.

Quanto à vivência da internação em PE, esta pesquisa revelou aspectos considerados positivos e negativos pelos pacientes. Entre os positivos encontra-se o fato do paciente ser internado em quarto privativo e desta forma receber cuidados mais individualizados ter a possibilidade de permanecer com acompanhantes, ter maior privacidade e melhores condições de higiene do ambiente. Condições estas consideradas pelos entrevistados como muito mais favoráveis que a de internação em quartos coletivos compartilhados até com outros cinco pacientes.

Já os aspectos negativos apontados pelos participantes foram o fato de permanecerem sozinhos e restritos ao quarto, o que gerou sentimentos de solidão e angústia.

O estigma surgiu como uma preocupação tanto do paciente como de familiares considerando que estariam internados em situação de “isolamento”, separados e assim ser considerados uma ameaça para os demais pacientes, o que também gerou sofrimento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Busca-se com os resultados desta pesquisa uma contribuição sobre a vivência de pacientes internados em PE, considerando os significados e as emoções vivenciadas por estes. Intenciona-se com essas considerações a avaliação de medidas necessárias, por parte dos profissionais de controle de IRAs, que reflitam no desfecho satisfatório das precauções instituídas, minimizando as vulnerabilidades do paciente que permanece em precaução.

Foi possível evidenciar neste estudo situações de vulnerabilidades do sujeito em precaução, quer seja pela condição de internação a ele oferecida, como pelos sentimentos gerados na internação em PE. Para diminuir esta vulnerabilidade dos indivíduos em um ambiente de saúde é preciso contemplar a necessidade de informação efetiva e apropriação do seu estado de saúde, além de informações sobre formas de minimizar os agravos relacionados ao processo patológico tanto para si quanto para outros indivíduos considerando o contexto hospitalar.

Considerando que a equipe de enfermagem é composta por profissionais que tem maior contato com os pacientes, estes devem estar sensibilizados para desenvolver estratégias de minimização do risco de transmissão de infecção, porém sem se esquecer da vulnerabilidade a qual este paciente está exposto.

Para o sucesso dessas medidas é necessário que o indivíduo seja envolvido em seu processo terapêutico, além de haver uma comunicação efetiva com os profissionais de saúde no que tange as medidas de precaução.

Este estudo pode contribuir para ampliar a visão dos serviços de controle de infecção no que tange os fatores psicossociais e emocionais que envolvem os pacientes que vivenciam uma internação com a aplicabilidade das medidas de precaução específica.

REFERÊNCIAS

8 REFERÊNCIAS

AYRES, J.R.C.M. et al. Vulnerability, Human Rights, and Comprehensive Health Care Needs of Young People Living With HIV/AIDS. **Am J Public Health**. 2006. Disponível em: <http://ajph.aphapublications.org/doi/abs/10.2105/AJPH.2004.060905>. Acesso em: 10 maio 2016.

AZAMBUJA, E. P. DE; PIRES, D. P. DE; VAZ, M. R. C. Prevenção e Controle da Infecção Hospitalar: As Interfaces Com O Processo De Formação Do Trabalhador. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 13, p.79–86, 2004.

BARBOSA, C.M.T.C. **Vivências da criança com necessidade de isolamento hospitalar e sua família: trabalho emocional no acto de cuidar de enfermagem**. 2012. 300 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem na área de Saúde Infantil e Pediátrica). Escola de Enfermagem de Lisboa, Portugal, 2012.

BARDIN, L., **Análise de Conteúdo**, Ed. Edições 70, Lisboa, 2009.

BERTOLOZZI, M. R. et al. Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na Saúde Coletiva. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, n. spe2, p. 1326–1330, 2009.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução-rdc nº 50, de 21 de fevereiro de 2002**. Brasília (DF). 2002. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2002/rdc0050_21_02_2002.html. Acesso em: 10 agosto 2017.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Pediatria: prevenção e controle de infecção hospitalar**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Medidas para identificação, prevenção e controle de infecções relacionadas à assistência à saúde por microrganismos multirresistentes**. Brasília (DF). 2010. Disponível em: http://www.cve.saude.sp.gov.br/htm/ih/pdf/nota_tecnica2_IH.pdf Acesso em: 12 junho 2016.

BRASIL. **Lei Nº 10.741** de 1º de outubro, Estatuto do idoso. 2003. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm. Acesso em 13 set 2017.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução Nº 466**. 2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 25 outubro 2016.

BUTT, G. Stigma in the context of hepatitis C: concept analysis. **Advanced Nursing**, v. 62, n. 6, p.712–724, 2008. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18503656>> . Acesso em: 02 set 2017.

CAMON, V. (2003). A psicologia no hospital. São Paulo: Thomson. In: DUARTE, T. L et al. Repercussões psicológicas do isolamento de contato: uma revisão. **Psicol Hosp**. São Paulo, v. 13, n. 2, p. 88-113, ago. 2015.

CAMPOS, C. J. G. Metodologia Qualitativa e Método Clínico-Qualitativo: Um Panorama

Geral de Seus Conceitos e Fundamentos. In: II SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE PESQUISA E ESTUDOS QUALITATIVOS, 2004, São Paulo. **Anais**, São Paulo: SEPEQ, 2004. Disponível em: <http://arquivo.sepeq.org.br/II-SIPEQ/Anais/pdf/poster1/05.pdf>. Acesso em 10 jun 2016.

CAMPOS, C. J. G. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. **Rev Bras Enferm**, v. 57, set/out. 2004.

CAMPOS, C. J. G.; TURATO, E. R. Análise de conteúdo em pesquisas que utilizam metodologia clínico qualitativa: aplicação e perspectivas. **Rev Latino-am Enfermagem**. São Paulo, v.17, n.2, março-abril. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n2/pt_19. Acesso em: em 10 jun 2016.

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

DAY et al. Association between contact precautions and delirium at a tertiary care center. **Infect Control Hosp Epidemiol**, v.33, n.1, p.34-39. 2012. Disponível em: <https://www.cambridge.org/core/journals/infection-control-and-hospital-epidemiology/article/association-between-contact-precautions-and-delirium-at-a-tertiary-care-center/F83EF0B7AD3E8230CF7E60017B0FF3FF>. Acesso em: 02 jun 2017.

DIAS, A. A. L et al. Life experiences of patients who have completed tuberculosis treatment: a qualitative investigation in southeast Brazil. **BMC Public Health**. v.13, p. 595. 2013. Disponível em: <http://bmcpublikealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-13-595>. Acesso em: 12 jun 2016.

DUARTE, T. L. et al. Repercussões psicológicas do isolamento de contato: uma revisão **Psicol Hosp**. São Paulo, v. 13, n. 2, p. 88-113, ago. 2015.

FERREIRA, C. N. et al. Atuação da equipe multiprofissional com pacientes em precauções de contato em Unidade de Terapia Intensiva. **Rev Enferm UERJ**, v. 14, n.1, p.43-47, jan-mar,2006.

FONTANELLA, J. B. B.; CAMPOS, C. J. G.; TURATO, E. R. T. Coleta De Dados Na Pesquisa Clínico-Qualitativa : Uso De Entrevistas Não- Dirigidas De Questões Abertas Por Profissionais Da Saúde. **Revista Latino-am Enfermagem**, v. 14, n. 5, 2006.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. **Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas**. v. 24, n. 1, p. 17-27, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000100003. Acesso em: 12 junho 2016.

FONTANELLA, B. J. B. et al. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, fev. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000200020&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 02 jun 2017.

GARNER, J. S. Guideline for isolation precautions in hospitals. *Infect control Hosp Epidemiol. American Journal of Infection Control*, 17: 54-80. 1996. Disponível em: [http://www.ajicjournal.org/article/0196-6553\(84\)90025-7/abstract](http://www.ajicjournal.org/article/0196-6553(84)90025-7/abstract). Acesso em: 25 junho 2016.

GOFFMAN, E. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1988.

HINRICHSEN, S. L. **Biossegurança e controle de infecções: risco sanitário hospitalar**. Rio de Janeiro: MEDSI, 2004.

HOGAN, D.J.; MARANDOLA JR., E. Toward an interdisciplinary conceptualization of vulnerability. 2005. In: MARANDOLA, J. E; HOGAN, D. J. **As dimensões da vulnerabilidade**. São Paulo Perspect. 2006.

JUSKEVICIUS, L. F.; PADOVEZE, M. C. Precauções específicas para transmissão de microrganismos: elaboração e validação de instrumento para contribuir na redução da vulnerabilidade individual. **Cogitare Enferm.** v.21, n.4, p.01-10. Out/dez. 2016

LIMA, F. H. R. **A construção do preconceito no sujeito portador de hiv: o poder do discurso midiático na representação do estigma social**. 2014. 132f. Dissertação (Mestrado Linguagem e Interação) Centro de Humanidades da Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza. 2014.

KAMIYAMA, Y.; CHILDA, A. M. Necessidade cognitiva de familiares de doentes contagiosos internados em unidades de isolamento. Estudo preliminar. **Rev. Esc. Enf. USP**, São Paulo. v.6, n.1, p.53-65. 1982.

KICKBUSCH I; WAIT S; MAAG D. **Navigating health: The role of health literacy**. London: Alliance for Health and the Future. International Longevity Centre-UK; 2005.

MAIA, F. de O. M. **Vulnerabilidade e Envelhecimento: Panorama dos idosos residentes no Município de São Paulo**. 2011. 194 f. Tese (Doutorado em enfermagem na Saúde do Adulto). Universidade de São Paulo. 2011.

MARQUES, R. B. et al. A compreensão dos familiares de pacientes portadores de germe multirresistente acerca do isolamento e das medidas de precaução. **Ciência & Saúde**, 7(3), 141–147. 2014.

MINAYO, M. C. S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. 2012. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v.17, n.3, Mar. 2012.

MINAYO, M. C. S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa qualitativa**. São Paulo, v.5, n.7, 2017.

MEYER, E. E. D. et al. “Você aprende. A gente ensina?” Interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. **Cad Saúde Pública**. v. 22. n.6, p. 1335-1342. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n6/22.pdf>. Acesso em: 12 junho 2016.

MORGAN, D. J. et al. Adverse outcomes associated with contact precautions: A review of the literature. **American Journal of infection control**. 2009. Disponível em: www.sciencedirect.com/science/journal/01966553. Acesso em 10 set 2017.

MORGAN, D. J. et al. The effect of contact precautions on healthcare worker activity in acute care hospitals. **Infect Control Hosp Epidemiol**. v. 34, n.1, p. 69-73, jan. 2013. Disponível em: www.cambridge.org/core/journals/infection-control-and-hospital-epidemiology/article. Acesso em: 10 set 2017.

MUNOZ-PRICE, L. S. et al. Isolation Precautions for Visitors. **Infection Control & Hospital Epidemiology**. v.36, n.7, p.747-758. 2015. Disponível em: www.cambridge.org/core/journals/infection-control-and-hospital-epidemiology/article. Acesso em: 07 set 2017.

NICHIATA, L. Y. I. et al. The use of the "vulnerability" concept in the nursing area. **Rev Lat Am Enferm**. v.16, n.5, p.923-8. 2008.

OLIVEIRA, A. C.; CARDOSOLL, C. S.; MASCARENHAS, D. Conhecimento e comportamento dos profissionais de um centro de terapia intensiva em relação à adoção das precauções de contato. **Rev Lat Am Enferm**. v.17, n.5. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n5/pt_05.pdf. Acesso em: 10 maio 2016.

PAZ, A. A.; SANTOS, B. R. L.; EIDT, O. R. Vulnerabilidade e envelhecimento no contexto da saúde. **Acta Paul Enferm**. v.19, n.3, p.338-42. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/apv/v19n3/a14v19n3.pdf>. Acesso em: 25 junho de 2016.

PERES-BOTA, D. et al - Are infections due to resistant pathogens associated with a worse outcome in critically ill patients? **J Infect**. v.47, n.4, p.307-316. 2003. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14556755>. Acesso em: 12 junho 2016.

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

RABELO, A. H. S. **Precaução de contato na unidade de internação pediátrica e as estratégias assistenciais do enfermeiro**. 2012. 43 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem, Saúde e Sociedade) Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012.

RISSO, G.; YOSHIDA, E. M. P. Questionário de Relacionamento Central (CRQ): Validade e Precisão na Hepatite C Crônica. **Paidéia**, v. 20, n. 46, p. 219-227, maio/ago 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/paideia/v20n46/08.pdf>. Acesso em: 02 set 2017.

SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C. M. L. C.; TRÓCCOLI, B. T. Pessoas Vivendo com HIV/AIDS: Enfrentamento, Suporte Social e Qualidade de Vida. **Psicologia: Reflexão e Crítica**. v.18, n.2, p.188-195 2005. Disponível em: http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/6033/1/ARTIGO_PessoasVivendoHIV.pdf. Acesso em: 02 set 2017

SIEGEL, J. D. et al. **Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings**. Atlanta: Center for Disease Control and Prevention,

2007. Disponível em :<<http://www.cdc.gov/ncidod/dhqp/pdf/isolation2007.pdf>>. Acesso em: 25 jun 2016.

SOUZA, A. S.; TORRES, J. B.; OLIVEIRA, R. C. Identificação laboratorial de betalactamases de espectro estendido (ESBLs) em espécimes clínicos de origem hospitalar. **Rev Bras Anal Clin**. v.42, n.4, p. 303-306. 2010.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: Definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista de Saúde Pública**, v.39, n.3, p.507-514. 2005.

TURATO, E. R. **Tratado de metodologia da pesquisa clínico qualitativa**: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. 5ª ed. Petrópolis (RJ). Vozes. 2011.

VOTTERO, B.; RITTENMEYER, L. The hospitalized' experience of being in protective/source isolation: A systematic review of qualitative evidence. **JBI Library of Systematic Reviews**. v. 10, n.16, p. 935-976. 2012.

WHO. World Health Organization. Health promotion glossary. Geneva: world Health Organization; 1998. In: PEDRO, R.; AMARAL, O.; ESCOVAL, A. Literacia em Saúde, dos dados à ação: tradução, validação e aplicação do European Health Literacy Survey em Portugal. **Rev Port Saúde Pública**. v.34, n.3, p.259–275.2016.

WHO. World Health Organization. Patients for Patient Safety – Statement of Case. How patient engagement became a priority. [Internet]. 2004. [cited 2016 Apr 06] Available from: http://www.who.int/patientsafety/patients_for_patient/statement/en/in dex.htm

APÊNDICE

9 APÊNDICE

.1 Apêndice 1 - Termo de consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Caro (a) Sr(a) _____, você está sendo convidado para participar da pesquisa **“Precauções específicas: vivências de pacientes internados”**.

- Você foi selecionado por estar internado em precaução específica nesta Instituição.
- Sua participação não é obrigatória e consistirá em participar de uma entrevista que visa conhecer sua experiência de estar internado em precauções específicas.
- O objetivo geral deste estudo é conhecer a percepção, significados e repercussões da precaução específica para o paciente e os específicos são: identificar o conhecimento dos pacientes sobre a precaução instituída; conhecer as percepções e emoções vivenciadas pelo paciente em precaução; identificar quais às orientações que os pacientes recebem sobre a precaução instituída, se elas são suficientes e quem realiza tais orientações e analisar como pode se dar contribuição do familiar.
- Sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento o (a) senhor (a) pode desistir de participar e retirar seu consentimento. A sua recusa não trará nenhum prejuízo na sua relação com o pesquisador ou com o hospital onde o senhor está internado.
- A coleta de dados consiste em o (a) senhor (a) responder a uma entrevista sobre como se sente quanto ao seu tipo de internação, que será áudio gravada (apenas o som) e posteriormente transcrita. Essa entrevista durará em média 20 min.
- Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, ou seja, em nenhum momento será divulgado seu nome em qualquer fase do estudo. Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada. Os dados coletados poderão ter seus resultados divulgados em eventos, revistas e/ou trabalhos científicos.
- O (a) senhor (a) não terá nenhum custo ou compensação financeira ao participar do estudo. Contudo, destaca-se que sua participação possibilitará benefícios como o conhecimento do significado para o senhor de estar internado em precauções e a identificação de ações que podem ser realizadas pelos profissionais visando tanto diminuir os sentimentos negativos vivenciados pelos indivíduos, como propiciar um ambiente de maior segurança para ambos, equipe de saúde e paciente.
- Sabe-se que toda pesquisa envolvendo seres humanos possui riscos, que nesse caso pode ser desconforto, cansaço ou constrangimento ao ser entrevistado. Caso isso aconteça com o(a) senhor(a), a entrevista será suspensa imediatamente, podendo ser retomada posteriormente caso seja de seu interesse.
- O (a) senhor (a) receberá via, assinada e rubricada, deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Josélia Batista de Jesus

Pós-graduanda Programa de Pós-graduação em Enfermagem

Fone: (16) 3509-1225; e-mail: joseliabjesus@gmail.com

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP – Brasil. Fone (16) 3351-8110. Endereço eletrônico: cephumanos@power.ufscar.br

São Carlos, _____ de _____ de 2016.

Assinatura do participante da pesquisa

9.2 Apêndice 2 - Instrumento de Coleta de Dados

Nº da entrevista: _____

Data: _____ Início: ____: ____ h Término: ____: ____ h

1. Identificação do paciente:

Idade: _____ Naturalidade: _____ Sexo masc. fem.

Estado civil casado solteiro outros

Escolaridade _____ Ocupação: _____

Diagnóstico - causa principal de admissão: _____

Caso confirmado ou suspeito de: colonização infecção

Agravo sob suspeita ou confirmação: _____

Tipo de Precaução Específica:

A- contato **B-** gotícula **C-** aerossol

D- contato+gotícula **E-** contato+aerossol

Data da instituição da Precaução Específica: ____/____/____

Documentada Não documentada

Quarto individual

Quarto coletivo: com leitos ocupados sem leitos ocupados

2. Questões para a entrevista:

Questão disparadora: Você está internado em precauções (de contato, respiratória). Fale-me como se como se sente com relação a isto?

- O que o Sr. (a) se sentiu devidamente esclarecido sobre essa situação?
- O que o Sr. (a) sabe sobre a precaução instituída?
- O que o Sr. (a) considera mais difícil nessa situação?
- O Sr. (a) recebeu orientações sobre as medidas de precaução instituída? Quais foram as orientações e qual o profissional que realizou estas orientações?
- O que Sr. (a) acha que poderia ser feito para causar menos transtornos nessa situação?
- De que o senhor sentiu falta?
- O Sr. (a) quer falar mais alguma coisa?

10 ANEXO

10.1 – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

UFSCAR - UNIVERSIDADE
FEDERAL DE SÃO CARLOS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PRECAUÇÕES ESPECÍFICAS: VIVÊNCIAS DE PACIENTES INTERNADOS

Pesquisador: JOSÉLIA BATISTA DE JESUS

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 59008316.9.0000.5504

Instituição Proponente: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.790.199

Apresentação do Projeto:

Precauções específicas são medidas adotadas durante a internação hospitalar de pacientes com suspeita ou diagnóstico de doenças de transmissão por contato ou via aérea. Tais medidas envolvem o uso de quarto privativo e de equipamentos de proteção individual e visam à prevenção da transmissão de infecção cruzada, ou seja, de um paciente para o outro. A permanência em precaução, por tempo prolongado, pode provocar diferentes emoções nesse indivíduo, particularmente por permanecer isolado dos demais. Esse estudo tem por objetivo conhecer a percepção, significados e repercussões da permanência em precaução específica para o paciente internado. Trata-se de um estudo qualitativo, utilizando-se a metodologia clínica qualitativa e o referencial de vulnerabilidade social. A coleta de dados se dará por meio de entrevista semidirigida e para análise dos dados será utilizado análise de conteúdo- modalidade temática de Bardin. Espera-se com esse estudo identificar tais vivências e se necessário, propor possíveis medidas de intervenções educativas por parte dos profissionais visando tanto diminuir possíveis os sentimentos negativos vivenciados pelo indivíduo, como propiciar um ambiente de maior segurança para ambos, equipe de saúde e paciente.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo primário: Conhecer a percepção, significados e repercussões da precaução específica para o paciente internado.

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-905

UF: SP

Município: SAO CARLOS

Telefone: (16)3351-9683

E-mail: cephumanos@ufscar.br

Continuação do Parecer: 1.790.199

Objetivos secundários: Identificar o conhecimento dos pacientes sobre a precaução instituída; Conhecer as percepções e emoções vivenciadas pelo paciente em precaução; Identificar quais as orientações que os pacientes recebem sobre a precaução instituída, se elas são suficientes e quem realiza tais orientações; e, analisar como pode se dar a contribuição do familiar nesse processo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos e benefícios foram ponderados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto de pesquisa tem relevância para a temática. A pesquisadora esclarece que o recrutamento dos participantes será por meio de "consulta da relação de pacientes internados em precauções, disponibilizada pelo Serviço de Controle de Infecção da instituição (SCI). Após a identificação desse paciente por essa listagem, o mesmo será procurado e depois da apresentação da pesquisa, será consultado sobre sua disponibilidade em participar da mesma".

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

As alterações solicitadas por este Comitê foram acatadas pela pesquisadora.

Foi enviado e anexado o termo de autorização prévia da instituição onde os participantes serão recrutados, assinado pelo Sr. Dr. Fabrício Margarido Albertini, presidente do Comitê de Ética Médica, em 30/09/2016.

O TCLE e o projeto de pesquisa foram revistos e estão de acordo com a Resolução 466/2012.

Os outros documentos anteriormente encaminhados estão adequados.

Recomendações:

Nada a acrescentar

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_758050.pdf	30/09/2016 16:03:43		Aceito
Declaração de Instituição e	resposta_SantaCasa.pdf	30/09/2016 16:01:58	JOSÉLIA BATISTA DE JESUS	Aceito

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

UF: SP

Município: SAO CARLOS

CEP: 13.565-905

Telefone: (16)3351-9683

E-mail: cephumanos@ufscar.br

UFSCAR - UNIVERSIDADE
FEDERAL DE SÃO CARLOS



Continuação do Parecer: 1.790.199

Infraestrutura	resposta_SantaCasa.pdf	30/09/2016 16:01:58	JOSÉLIA BATISTA DE JESUS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_12_09.docx	12/09/2016 20:39:31	JOSÉLIA BATISTA DE JESUS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_12_09.docx	12/09/2016 20:34:01	JOSÉLIA BATISTA DE JESUS	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	08/08/2016 18:40:25	JOSÉLIA BATISTA DE JESUS	Aceito
Outros	Instrumento_coleta_dados.pdf	08/08/2016 09:53:59	Rosely Moralez de Figueiredo	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO CARLOS, 24 de Outubro de 2016

Assinado por:
Ricardo Carneiro Borra
(Coordenador)

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-905

UF: SP

Município: SAO CARLOS

Telefone: (16)3351-9683

E-mail: cephumanos@ufscar.br