

MULTIRRESISTÊNCIA BACTERIANA: A VIVÊNCIA DE PACIENTES INTERNADOS EM HOSPITAL-ESCOLA DO MUNICÍPIO DE LONDRINA - PR

Hellen Geremias dos Santos¹
Christiane Iamachita Lima dos Santos²
Dolores Ferreira de Melo Lopes³
Renata Aparecida Belei⁴

RESUMO

Para compreender a experiência vivenciada pelo paciente portador de microrganismo multirresistente (MR) submetido à rotina de isolamento e precauções de contato no ambiente hospitalar foi realizada uma pesquisa qualitativa na qual foram entrevistados oito pacientes portadores de MR internados nas enfermarias de isolamento das unidades masculina e feminina do Hospital Universitário de Londrina em novembro e dezembro de 2008. Utilizou-se a entrevista semiestruturada para a coleta de dados e, para a análise dos discursos, o referencial de análise preconizado por Bardin, surgindo três categorias: "Recebendo explicações sobre ser portador de MR e a necessidade de isolamento"; "Expressando sua percepção sobre como se transmite o MR"; e "Verbalizando os sentimentos ante os cuidados diferenciados". Os pacientes relataram ter recebido informações superficiais sobre sua condição de multirresistência e referiram dúvidas sobre a transmissão de MR e a necessidade de isolamento. Eles perceberam os procedimentos diferenciados, aos quais alguns entrevistados associaram sentimentos de discriminação, diminuição da autoestima e medo. Conclui-se que é necessário supervisionar práticas que possam veicular MR, assim como esclarecer o paciente sobre a rotina diante do diagnóstico de multirresistência bacteriana, para que haja compreensão e colaboração nos cuidados a ele prestados durante a internação.

Palavras-chave: Pesquisa Qualitativa. Pacientes Internados. Infecção Hospitalar. Resistência Microbiana a Medicamentos. Precaução.

INTRODUÇÃO

As infecções hospitalares (IHs) representam um risco para o paciente hospitalizado, em decorrência do desequilíbrio entre os mecanismos de defesa anti-infecciosa do hospedeiro e sua microbiota normal. A transmissão de microrganismos diversos pode ocorrer de pacientes colonizados/infectados para pacientes e profissionais da área da saúde (PAS) suscetíveis, e ambos podem ser responsáveis por essa disseminação⁽¹⁾; entretanto a presença do microrganismo não é suficiente, por si só, para a ocorrência de infecção, sendo necessário haver uma porta de entrada, quantidade suficiente de microrganismo e debilidade do hospedeiro⁽²⁾.

Atualmente, as IHs são consideradas um problema mundial, apresentando-se como um importante agravamento na assistência hospitalar, intensificado pelo surgimento dos

microrganismos multirresistentes (MR). Suas consequências trazem implicações tanto ao paciente, pelo aumento do tempo de internação, do número de procedimentos invasivos e do risco de morbimortalidade, como para a instituição, por exigir mudanças no processo de trabalho (instalação de isolamento e precauções) e contratação de profissionais especializados, o que envolve aumento dos gastos⁽³⁾.

Para conter a disseminação dos MRs os hospitais têm implementado ações de vigilância que, em geral, baseiam-se na adoção de práticas de isolamento e precauções de contato pela equipe de saúde, indicadas para pacientes com infecção ou colonização por microrganismos epidemiologicamente importantes, como estafilococo resistente à meticilina, enterococo resistente à vancomicina, pseudomonas e acinetobacter resistentes aos carbapenems, entre outros⁽⁴⁾.

¹Enfermeira. Mestranda em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina (UEL). E-mail: hellengeremias@yahoo.com.br.

²Enfermeira da UTI Neonatal do Hospital Regional Estadual (HR) de Presidente Prudente, São Paulo. E-mail: chris_kiki_chris@hotmail.com.

³Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo (USP). Docente do curso de Enfermagem da UEL. E-mail: lopesdolores@yahoo.com.br

⁴Enfermeira. Doutora em Educação pela Universidade Estadual Paulista (UNESP). Coordenadora de Enfermagem da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar do Hospital Universitário de Londrina. E-mail: rabelei@yahoo.com.br

As práticas de isolamento e precauções de contato representam o isolamento do paciente em quarto privativo ou com outros pacientes portadores do mesmo tipo de MR (coorte) e o uso de luvas e avental não estéril de mangas longas, tanto pelos profissionais quanto pelos visitantes. Deve-se identificar o quarto ou leito do paciente, evitar sua circulação em outros setores do hospital e, quando transportado, as mesmas precauções devem ser mantidas. Equipamentos da assistência como estetoscópio e esfigmomanômetro, devem ser exclusivos para cada paciente; caso contrário, a desinfecção é recomendada imediatamente após o término do procedimento e entre pacientes⁽⁴⁾.

No Hospital Universitário de Londrina, Paraná, pela alta incidência de MR, são adotadas medidas como o uso de avental de cor alaranjada para contato com o paciente portador de MR e a identificação do leito é feita com uma placa amarela que indica a necessidade da adoção de precauções de contato, situação que certamente os diferencia dos outros pacientes internados na mesma unidade.

Diante destes cuidados diferenciados questiona-se se esses indivíduos podem apresentar comprometimento do estado emocional após diagnóstico de MR, seja em colonização seja em infecção, já que os trabalhos envolvendo o tema multirresistência bacteriana, em geral, são de natureza epidemiológica⁽⁵⁻⁶⁾, existindo escassez de estudos que abordam aspectos subjetivos dos pacientes acometidos por MR. Sendo assim, considerou-se importante conhecer a vivência do paciente ante as rotinas de precaução e isolamento estabelecidas após a identificação de MR no ambiente hospitalar.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa realizado nas enfermarias de isolamento das unidades de internação feminina e masculina do Hospital Universitário de Londrina, entre novembro e dezembro de 2008. Foram convidados a participar da pesquisa todos os pacientes internados nesses setores com diagnóstico de MR emitido pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) que se apresentavam conscientes, com possibilidade de verbalização e estabilidade clínica. Após

concordância e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, realizou-se entrevista semiestruturada, individual, gravada e transcrita pelas autoras, que utilizaram um roteiro com as seguintes perguntas norteadoras:

a) O que você sabe sobre seu problema de saúde?

b) Para você, o que significa ser portador de MR?

c) Como você percebe os cuidados que os profissionais tomam com você por ser portador de MR?

d) Como você se sente em relação aos cuidados recebidos?

O número de sujeitos participantes do estudo foi determinado durante o processo de coleta das entrevistas, tomando-se como critério a repetição dos discursos, totalizando oito entrevistados.

Empregou-se, para a análise dos discursos, o referencial de análise preconizado por Bardin⁽⁷⁾, surgindo então três categorias: “Recebendo explicações sobre ser portador de MR e a necessidade de isolamento”; “expressando sua percepção sobre como se transmite MR”; e “Verbalizando os sentimentos em relação aos cuidados diferenciados”.

Este trabalho foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina e por ele aprovado mediante o Parecer CEP N.º 034/08).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Recebendo explicações sobre ser portador de MR e a necessidade de isolamento

Nesta categoria, os entrevistados relataram as informações que receberam dos PAS:

[...] Falaram para mim só que eu peguei uma bactéria multirresistente na UTI do hospital (D8).

Disse que é bactéria no sangue [...] só, mais nada (D2).

Percebe-se na fala dos entrevistados que as orientações fornecidas foram superficiais, informando apenas que eles possuíam uma bactéria. Vale destacar que, assim como a equipe de saúde, o paciente, quando informado e esclarecido, pode ser um participante ativo no seu autocuidado e na prevenção da disseminação da IH. Sendo assim, conceitos sobre a resistência

bacteriana, descrita em praticamente todas as espécies de bactérias, deveriam ter sido explicados aos pacientes, a fim de informar que a resistência é um “[...] fenômeno genético responsável em codificar os diferentes mecanismos bioquímicos que impedem a ação das drogas antimicrobianas”^(8:284). Portanto, a presença do MR nem sempre significa agravamento clínico do paciente, mas podem também indicar a limitação terapêutica, caso haja necessidade de tratamento⁽⁹⁾.

Após receber o diagnóstico de MR, a instituição tem como rotina a transferência do paciente para o isolamento. Os entrevistados falaram desta experiência:

Tenho um microrganismo resistente, por isso estou no isolamento (D7).

Me mudaram para o isolamento [...] porque constou três bactérias na minha pessoa (D1).

Considerando-se que a multirresistência caracteriza-se pela resistência bacteriana a determinadas opções terapêuticas, geralmente a duas ou mais classes de antimicrobianos disponíveis para o tratamento da infecção⁽⁹⁾, é necessário transferir o paciente para ala de isolamento (quarto privativo) ou com outros pacientes portadores do mesmo MR (coorte)⁽⁴⁾; mas alguns participantes demonstraram falta de informação quanto à sua condição de portador de MR e à necessidade de transferência para a enfermaria de isolamento:

Essa parte de significado de ser MR eu não entendo não (D6).

Não me deram nenhuma informação quando me mudaram pra cá [isolamento] (D5).

A informação é um instrumento modificador da consciência e da sociedade e, quando adequadamente assimilada, produz conhecimento e modifica o estoque mental de informações do indivíduo, colocando-o em um estágio melhor de convivência consigo mesmo⁽¹⁰⁾. Os entrevistados verbalizaram que gostariam de ter mais informações sobre multirresistência:

Ah, eu gostaria de saber mais informações sobre ser portador de MR, porque isso aí eu não entendo, né [...]. Queria saber os problemas que faz isso (D6).

Gostaria de saber se ela [bactéria] é tão perigosa assim [...]. É difícil, né? A gente não sabe como a bactéria entra no corpo, né? [...] É a informação que falta (D1).

Um dos entrevistados complementou dizendo que a orientação da família/visitante é uma prática necessária nas rotinas hospitalares:

Deveria ter muito, muito mais informação, pois as pessoas vêm visitar aqui, entram, não sabem os procedimentos, não tem ninguém que fique falando na porta como é que tem que ser (D8).

Familiares e visitantes também devem ser considerados no cuidado do paciente portador de MR para que ocorra adesão aos cuidados e rotinas necessários à qualidade da assistência e prevenção das IHS. Ao compreender sua condição de saúde, que pode acontecer por meio da informação, as pessoas fazem suas escolhas quanto à forma de conviver com a doença e de optar por cuidados e tratamentos⁽¹¹⁾.

Estando na unidade de isolamento, os entrevistados verbalizaram a percepção do cuidado diferenciado pelos PAS. Neste sentido, destacaram o uso de luvas e avental pelos profissionais e visitantes:

Aqui eles colocam luva e aquele coletão amarelo, laranja lá [...] não sei. As visitas têm que vim de luva e tudo (D2).

[...] só sei que tem que usar guarda-pó e a luva e se você mexer em um paciente não pode vir com a mesma roupa e mexer em mim (D8).

Os discursos acima descrevem o cotidiano dos pacientes internados em unidades de isolamento, onde o uso desta paramentação é indicado para evitar a transmissão pelo contato⁽⁴⁾. Apesar da identificação da paramentação, os entrevistados demonstraram não compreender a necessidade usá-la, nem sua associação com a interrupção da cadeia de transmissão do MR.

Assim, apesar da superficialidade das informações sobre ser portador de MR, ser transferido para uma unidade de isolamento e vivenciar cuidados diferenciados daqueles recebidos nas outras unidades de internação, os entrevistados verbalizaram algum conhecimento sobre a transmissibilidade do MR, construindo a categoria a seguir.

Expressando sua percepção sobre como se transmite MR

A percepção dos entrevistados quanto à transmissão da infecção por MR gerou algumas divergências. Para alguns participantes, a transmissão ocorre por contato direto:

Ah, sei lá... A bactéria pode passar para outra pessoa se ficarem encostando em mim, ou eu ficar encostando em alguma pessoa (D2).

[...] Quem tem mais chance de pegar alguma bactéria são as próprias meninas que manipulam a gente (D1).

Para outros entrevistados os fômites são responsáveis pela transmissão de MR:

Eu acho que pode passar para alguém através da roupa, lençóis, essas coisas (D6).

Dizem que eu peguei a bactéria pela bexiga e lembro que eu falava assim: “Traz meu papagaio” ou “Joga aí meu papagaio”, o funcionário ia lá jogava e trazia o mesmo papagaio. Eu acho que tinha que dá uma desinfetada para usar de novo [...] (D1)

A transmissão por contato pode ocorrer de forma direta (contato pele a pele) e indireta (contato com superfícies ambientais) e está relacionada às falhas no uso dos equipamentos de proteção individual, à não lavagem das mãos, à quebra de técnicas assépticas, entre outros fatores⁽⁴⁾. Quanto às roupas, trabalhos revelam que os jalecos brancos utilizados pelos PASs podem veicular MR, como estafilococos resistente à oxacilina (MRSA)⁽¹²⁾ e gram-negativos (*Acinetobacter*)⁽¹³⁾.

É importante lembrar que todos os materiais e equipamentos com os quais o paciente portador de MR tenha tido contato devem ser submetidos a limpeza diária e desinfecção logo após o uso⁽⁴⁾. Culturas de vigilância do ambiente (bancadas, maçanetas, telefones) e de pacientes (nariz/boca/períneo/pele não íntegra/líquidos corporais) também são recomendadas como medidas preventivas na disseminação das IHS⁽⁵⁾.

Alguns participantes disseram que a transmissão acontece na realização de procedimentos, lembrando, na maioria das vezes, de forma negativa o cuidado recebido:

Ah, foi na enfermaria 9 que eu acho que peguei essa bactéria, porque eles ficaram furando aqui o meu pescoço, tentaram pegar muitas vezes a veia, e acho que foi assim que peguei a bactéria (D2).

Sei que estou me cuidando porque peguei uma infecção numa cirurgia que fiz (D8).

[...] às vezes na enfermaria, no sufoco muitas vezes meu curativo foi feito com a mão, ali na rapidez (D7).

Medidas preventivas relacionadas às técnicas assépticas durante procedimentos invasivos

devem ser rigorosamente controladas; entretanto se questiona se as noções de higiene e assepsia perderam clareza e importância nos últimos anos. Lavam-se as mãos ao iniciar o preparo de medicação, por exemplo, mas há um longo trajeto entre o preparo e a administração do medicamento, quando as mãos tocam gavetas, geladeiras, prontuários, maçanetas, camas e, quando já totalmente contaminadas, realizam a infusão do fármaco.

As medidas de controle adotadas visam reduzir a velocidade da disseminação do MR, contudo estas ações são exercidas por profissionais com características, conhecimentos e formação distintos e, frequentemente, as medidas são descumpridas⁽¹⁴⁾.

A educação como a principal forma de divulgação e disseminação de conhecimento e informações não tem conseguido modificar comportamentos e condutas específicas. Sabemos que as medidas de prevenção e controle de infecções adotadas dificilmente repercutem na mudança dos índices de IH. Espera-se efetivamente que as ações educativas possibilitem ou estimulem a reflexão da atuação de cada profissional, propiciem a aprendizagem e modifiquem as práticas instituídas⁽¹⁵⁾.

Assim, a consciência do profissional de saúde durante a realização de procedimentos pode ser considerada um fator imprescindível para a prevenção das IHS. As ações implementadas pelas CCIHs ocupam lugar de destaque no controle da disseminação de MR e prevenção de IH, porém o sucesso dessas ações depende da participação consciente e efetiva de todos os integrantes da equipe de saúde.

Alguns entrevistados se mostraram confusos ao responder o questionamento e referiram o ar como um meio de transmissão de MR:

Ah, eu acho que a bactéria que eu tenho pode passar para alguém, é tipo um vírus, não é? Ela passa pelo ar, não sei. (D5)

[...] Eu não posso falar nada porque é difícil, para tomar um cuidado porque não sabe se ela veio pelo ar, se ela veio num toque, se ela veio pelo medicamento ou se ela veio por uma injeção. (D1)

Culturas de ar de áreas de ambientes com pacientes portadores de MR identificaram 28% de positividade para *Staphylococcus aureus* resistente à meticilina (MRSA)⁽¹⁶⁾, sugerindo que as medidas de higiene devem ser reforçadas em

alças de isolamento.

Por outro lado, também houve referência de que não há transmissão de MR de pessoa para pessoa:

Eu acho que a gente tem uma coisa que não vai pegar em ninguém. (D3)

Para a bactéria passar para alguém teria que ter uma secreção, um corte, alguma coisa, teria que ser uma combinação muito grande, é pouco provável que isso aconteça. (D7)

Percebe-se que alguns entrevistados possuíam conhecimento sobre transmissão de MR, mas outros demonstraram muitas dúvidas. A maioria acredita que essa transmissão possa ocorrer, e associam os cuidados e procedimentos realizados pelos profissionais que os manipulam diariamente com a ocorrência de tal situação; mas o uso repetido de expressões que indicam incerteza por diferentes pacientes deixou evidente a necessidade de informação, a partir da comunicação entre o profissional de saúde e o paciente, quanto às rotinas de isolamento e precauções de contato para interromper a cadeia de transmissão do MR.

Verbalizando os sentimentos frente aos cuidados diferenciados

Vários sentimentos foram expressos sobre a condição de multirresistência, sendo a autoestima prejudicada um dos problemas citados:

Ah, é um susto. Minha autoestima caiu bastante. [...] Eu acho que tranquilizaria mais se a bactéria não fosse tão contagiosa de passar [...] (D1).

A hospitalização representa um período de crise para o paciente, por transformar sua rotina de vida, afastando-o do trabalho e das demais atividades diárias, além de predispor ao distanciamento familiar e de pessoas próximas. Muitas vezes as visitas podem se tornar menos frequentes com o aumento do período de internação, devido à dificuldade dos familiares de conciliar os horários, por exemplo, de trabalho e escola, com aqueles estabelecidos pela instituição. Além disso, os pacientes tornam-se dependentes dos PASs, perdendo sua autonomia, principalmente durante a alimentação e a realização de higiene. Estas mudanças, somadas à situação de isolamento e rotinas estabelecidas em relação ao diagnóstico de MR, podem resultar em queda da autoestima do paciente⁽¹⁷⁾.

Estar na unidade de isolamento levou também ao sentimento de discriminação, como

evidencia o discurso a seguir:

[...] Eu fui fazer um ultrassom e passaram duas pessoas na minha frente. Quando falaram que eu era do isolamento me deixaram por último e ninguém me explicou o porquê. Tem que ter cuidado, né! Mas chegar a ser discriminado? Chegar lá primeiro e ser a última só por causa disso? [...] (D3).

[...] hoje, aqui quase todo mundo que mexe comigo não tem nenhum contato com a minha pele, nem com a minha pessoa (D1).

A impressão é que você tem alguma coisa contagiosa que vai pegar nas pessoas (D8).

A discriminação, apontada pelos entrevistados, pode estar associada ao desconhecimento em relação à necessidade de manter os cuidados diferenciados para paciente portador de MR fora do isolamento e à utilização do avental e da luva pelos PASs, quando em contato com o paciente.

Observa-se que o paciente portador de MR passa de vítima a vetor deste patógeno⁽¹⁷⁾, mas não é informado sobre a importância da adoção de medidas de precaução para evitar a disseminação de MR e implicações que esta poderia causar. Manter o paciente alienado em relação à sua própria condição pode gerar distorções na representação social que ele tem de si mesmo e do meio em que está inserido, interferindo em sua compreensão, assim como em suas ações diante de seu estado de saúde. Esta situação pode influenciar seu lado emocional quando ele interpreta as rotinas realizadas pelos profissionais de saúde como uma situação de distanciamento e receio⁽¹⁸⁾.

A permanência restrita em um ambiente fechado, a vivência das rotinas de isolamento e o fato de saber que possui uma bactéria MR trazem à tona medos e ansiedades que precisam ser consideradas na assistência prestada pela equipe de saúde. Neste sentido, o sentimento de medo também foi verbalizado por um dos entrevistados, devido à relação do MR com seu prognóstico:

Eu não queria mais informações sobre a infecção, porque senão preocupa mais [...], às vezes ia ficar com medo, um pouco, de não sarar (D5).

Qualquer ser humano que seja privado de determinada satisfação pessoal e emocional pode vivenciar um estado de tristeza e sofrimento que, mantendo-se por um período prolongado, contribui para o estabelecimento de quadros

depressivos e até para uma piora do prognóstico da patologia que motivou a internação⁽¹⁹⁾. Ademais, a insegurança quanto ao prognóstico e o medo são sentimentos comuns em pacientes que passam por problemas de saúde. Por isso a informação acerca de suas condições clínicas é um direito do paciente e representa uma das responsabilidades dos profissionais que participam de seu cuidado. Estes devem transmitir todas as informações inerentes a sua condição de saúde de forma compreensível e fidedigna, na tentativa de amenizar seus anseios e dúvidas⁽²⁰⁾.

Destarte, a equipe de saúde tem papel importante no cuidado do paciente acometido por MR, devendo considerar suas necessidades biofisiológicas, mas também compreendê-lo em suas necessidades emocionais e subjetivas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os relatos dos participantes que receberam diagnóstico e medidas específicas para MR sugerem que eles tiveram vivências negativas, marcadas pela insegurança quanto ao diagnóstico, forma de transmissão e uso de luvas e avental de cor alaranjada por profissionais e visitantes. Pela fala dos entrevistados, as informações repassadas pelos PASs foram superficiais e insuficientes, causando sentimentos de medo, discriminação e queda da

autoestima. A melhoria no processo de comunicação, com repasse de informações mais completas durante a internação, não só para o paciente, mas também para seus familiares, poderia amenizar estes sentimentos negativos, facilitando a compreensão das ações inerentes aos cuidados a ele prestados.

Também foi possível apreender entre as falas que os participantes reconheceram falhas de higiene e assepsia durante cuidados prestados pelos PASs, reforçando que é preciso uma combinação de medidas para evitar a disseminação de MRs.

Diante dos resultados desta pesquisa, a CCIH da referida instituição iniciou em março de 2009 a entrega de um *folder* explicativo aos pacientes portadores de MR.

Por fim, ressalta-se a importância não só da CCIH, mas também das instâncias administrativas ligadas aos serviços de saúde e às instituições de ensino, na conscientização de seus profissionais e alunos quanto à necessidade de disponibilizar informação de fácil compreensão ao paciente e seus familiares no momento da transferência daquele para o isolamento. Assim, poderá ser viabilizado um cuidado que seja de melhor qualidade e assegure bem-estar ao paciente, com maior participação deste em seu tratamento e a consequente interrupção efetiva da cadeia de transmissão das bactérias resistentes a múltiplas drogas.

MULTIDRUG RESISTANCE: EXPERIENCE OF PATIENTS ADMITTED TO A UNIVERSITY HOSPITAL OF LONDRINA, PARANÁ

ABSTRACT

In order to understand the experience undergone by the patient who carries a multidrug-resistant (MR) bacteria, isolated and on contact precaution in the hospital environment, a qualitative work was carried out with 8 patients. They were hospitalized on the isolation wards for male and female patients at University Hospital of Londrina. The interviews took place in November and December 2008. For data collection a semi-structured interview was used. As for the discourses analysis, the analysis frame of reference suggested by Bardin was applied. Three categories emerged: "Getting explanations about being an MR carrier and the need for isolation"; "Perceptions on how an MR is transmitted"; and "Verbalizing feelings regarding differentiated care". Patients reported having received superficial information on their multidrug-resistance condition, and mentioned having questions on the MR transmission and on the need for isolation. They noticed the different procedures towards them, which were associated by the interviewees as feelings of discrimination, decrease of self-esteem and fear. It is concluded that is necessary supervise practices that can spread MR, as well as inform patients about the routine concerning the multidrug-resistant bacterial diagnosis, for better understanding and cooperation on the care provided during hospitalization.

Key words: Qualitative Research. Inpatients. Cross Infection. Drug Resistance, Microbial. Precaution.

BACTERIAS MULTIRRESISTENTES: LA VIVENCIA DE PACIENTES INGRESADOS EN HOSPITAL-ESCUELA DEL MUNICIPIO DE LONDRINA - PARANÁ

RESUMEN

Para comprender la experiencia vivida por el paciente portador de bacteria multirresistente (MR) sometido a la rutina de aislamiento y precauciones de contacto en el ambiente hospitalario fue realizada una investigación

cualitativa, donde fueron entrevistados ocho pacientes portadores de MR ingresados en las enfermerías de aislamiento de las Unidades masculina y femenina del Hospital Universitario de Londrina en noviembre y diciembre de 2008. Se utilizó la entrevista semiestructurada para la recolección de datos y, para el análisis de los discursos, el referencial de análisis preconizado por Bardin, surgiendo tres categorías: "Recibiendo explicaciones sobre ser portador de MR y la necesidad de aislamiento"; "Expresando su percepción sobre cómo se transmite el MR"; y "Verbalizando los sentimientos frente a los cuidados diferenciados". Los pacientes relataron haber recibido informaciones superficiales sobre su condición de multirresistencia y refirieron dudas sobre la transmisión de la bacteria MR y la necesidad de aislamiento. Ellos percibieron los procedimientos diferenciados a ellos dedicados, a los cuales algunos entrevistados asociaron sentimientos de discriminación, disminución de la auto-estima y miedo. Se concluye que es necesario supervisar prácticas que puedan transmitir MR, así como aclarar al paciente sobre la rutina frente al diagnóstico de multirresistencia bacteriana para que haya comprensión y cooperación en los cuidados dedicados a él durante el ingreso.

Palabras clave: Investigación Cualitativa. Pacientes Internos. Infección Hospitalaria. Farmacorresistencia Microbiana. Precaución.

REFERÊNCIAS

1. Fernandes AT. Uma reflexão sobre a determinação do risco biológico dos profissionais de saúde. *Prática hospitalar*. 2007; 9(53): 68-8.
2. Ribeiro Filho VO. Gerenciamento de resíduos e serviços de saúde. In: Fernandes AT. *Infeção hospitalar e suas Interfaces na área da saúde*. São Paulo: Ateneu, 2000. p.1156-200.
3. Villas Boas PJF, Ruiz T. Ocorrência de infecção hospitalar em idosos internados em hospital universitário. *Rev Saúde Publica*. 2004; 38(3):337-8.
4. Leão MTC, Grinbaum RS. Técnicas de isolamento e precauções. In: Rodrigues EAC, Mendonça JS, Amarante JMB, Alves Filho MB, Grinbaum RS, Richtmann R. *Infeções hospitalares: prevenção e controle*. São Paulo: Sarvier; 1997. p. 373-6.
5. Vos MC, Behrendt MD, Melles DC et al. 5 Years of Experience Implementing a Methicillin-Resistant Staphylococcus aureus Search and Destroy Policy at the Largest University Medical Center in the Netherlands. *Infection Control Hosp Epidemiol*. 2009; 30: 977-84.
6. Maltezou HC. Metallo- β -lactamases in gram-negative bacteria: introducing the era of pan-resistance? *Int J antimicrob Agents*. 2008; 33: 405-7.
7. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 1979.
8. Tavares V. Bactérias gram-positivas problemas: resistência do estafilococo, enterococo e do pneumococo aos antimicrobianos. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2000; 3(3): 281-301.
9. Siegel JD, Rhinehart E, Jackson M, Chiarello L. Management of Multidrug-Resistant Organisms In Healthcare Settings, 2006. Healthcare Infection Practices Advisory Committee. Centers for Disease Control and Prevention. 217p. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/ncidod/dhqp/pdf/isolation2007.pdf>> Acesso em: 19/11/2009.
10. Barreto AA. A questão da informação. *Rev Fund SEADE, Sao Paulo Perspect*. 1994; 8(4): 3-8.
11. Souza SS., Silva DMGV. Grupos de convivência: contribuições para uma proposta educativa em tuberculose. *Rev Bras Enferm*. 2007; 60(5): 590-5.
12. Treale AM, Thom KA, Furuno JP et al. Bacterial Contamination of Health Care Workers' white coats. *Am J Infection Control*. 2009; 37(2): 101-05.
13. Pilonetto M, Rosa EAR, Brofman PRS et al. Hospital Gowns as a Vehicle Bacterial Dissemination in a Intensive Care Unit. *Braz J Infections Diseases* 2004; 8: 206-10.
14. Moura JP, Gir E. Conhecimento dos profissionais de enfermagem referente à resistência bacteriana a múltiplas drogas. *Acta Paul Enferm*. 2007; 20(3): 351-56.
15. Santos AMR, Cabral LAF, Brito DS, Madeira MZA, Silva MEDC, Martins MCC. As representações sociais da infecção hospitalar elaboradas por profissionais de enfermagem. *Rev Bras Enferm*. 2008; 61(4): 441-6.
16. Sexton T, Clarke P, O'Neill E, Dellane T, Humphreys H. Environmental reservoirs of methicillin-resistant Staphylococcus aureus in isolation rooms: correlation with patient isolates and implications for hospital hygiene. *J Hosp Infection* 2006, 62(2): 187-194.
17. Albuquerque IGC. Bioética, proteção e o fim da vida: o paciente como vítima e vetor de patógenos multirresistentes em UTIs. [Dissertação mestrado]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública; 2007.
18. Alves VLR., Alves MR., Lane STM. A comunicação diagnóstica de ceratocone e sua influência na representação social que o paciente constrói da sua doença. *Arq Bras Oftalmol*. 2007; 70(5): 790-6.
19. Kerkoski E, Borenstein MS, Gonçalves LO, Francioli FF. Grupo de convivência com pessoas com doença pulmonar obstrutiva crônica: sentimentos e expectativas. *Texto & Contexto Enferm*. 2007; 16(2): 225-2.
20. Fontana RT, Lautent L. Aspectos ético-legais do controle da infecção hospitalar: algumas reflexões relativas ao enfermeiro. *Cienc Cuid Saude*. 2008; 7(4): 546-50.

Endereço para correspondência: Hellen Geremias dos Santos. Rua Cravina 34, Jardim Sérgio Antonio. CEP: 86035-280, Londrina, Paraná. E-mail: hellengeremias@yahoo.com.br

Data de recebimento: 01/06/2009

Data da aprovação: 08/01/2010