

O CONHECIMENTO DO FAMILIAR/ACOMPANHANTE ACERCA DA PRECAUÇÃO DE CONTATO: CONTRIBUIÇÕES PARA A ENFERMAGEM PEDIÁTRICA^a.

The knowledge of the family/accompanying about the care contact: Contributions to the pediatric nursing

El conocimiento del familiar/acompañante acerca de la precaución de contacto: Contribuciones para la enfermería pediátrica

Angela Helena de Souza Rabelo¹

Tania Vignuda de Souza²

RESUMO

É um estudo sobre o conhecimento apreendido pelo familiar/acompanhante acerca da precaução de contato e sua contribuição no controle das infecções hospitalares numa enfermaria pediátrica. Os objetivos são: descrever o conhecimento da precaução de contato apreendido pelo familiar/acompanhante da criança hospitalizada; identificar o profissional que fornece as informações relacionadas à precaução; e analisar a contribuição do familiar/acompanhante para evitar a disseminação da infecção hospitalar durante a internação da criança. Tem abordagem qualitativa e análise temática. A informação sobre o tema é fornecida pela equipe de enfermagem e pelos médicos ao longo da internação. Os familiares/acompanhantes não sabem o significado de precaução de contato; contudo, descrevem medidas preventivas, como evitar ficar em outro leito e lavar as mãos. Constata-se que estes sujeitos são orientados apenas sobre o que não pode ou o que deve ser feito e contribuem para o controle da infecção hospitalar de acordo com o que lhes foi orientado.

Palavras-chave: Infecção Hospitalar. Unidades de Internação. Enfermagem Pediátrica.

Abstract

It is a study about the knowledge learned by family/accompanying about the care contact and their contribution in the control of the hospital infections in a pediatric infirmary. The objectives are: to describe the knowledge of caution contact apprehended by the family/accompanying of the hospitalized child; identify the professional who provides information related to care; to analyze the contribution of the family/accompanying to prevent the spread of Hospital Infection during the internment of the child. It is a study with qualitative approach and thematic analysis. The information on the subject is provided by the nursing team and doctors during the internment. The families/accompanying do not know the meaning of contact caution, however describe preventive measures, as avoiding going into another bed and wash your hands. It appears that these subjects are guided only to what cannot be done or to what must be done which contribute to the control of the hospital infection in accordance to what was oriented to them.

Keywords: Hospital Infection. Internment Unit. Pediatric Nursing.

Resumen

Es un estudio sobre el conocimiento asimilado por el familiar/acompañante referente a la precaución de contacto y de su contribución en el control de las infecciones del hospital en una enfermería pediátrica. Los objetivos son: describir el conocimiento de la precaución del contacto asimilado por el familiar/acompañante del niño hospitalizado; identificar el profesional que provee la información relacionada a la precaución; analizar la contribución del familiar/acompañante para prevenir la difusión de la infección del hospital durante la internación del niño. Es un estudio con abordaje cualitativo y análisis temático. La información sobre el tema es proporcionada por el equipo de enfermeros y doctores a lo largo de la internación. Los familiares/acompañantes no saben el sentido de la precaución del contacto, sin embargo describir las medidas de prevención, cómo evitar quedarse en otro lecho y lavar sus manos. Es evidente que estos sujetos están dirigidos sólo a lo que no puede ser hecho o a lo que debe ser hecho y contribuyen al control de la infección hospitalar en conformidad con lo que han dirigido.

Palabras clave: Infección Hospitalar. Unidades de Internación. Enfermería Pediátrica

¹Professora Substituta do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil (DEMI) da Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (FENF/UERJ), Rio de Janeiro. Especialista em Enfermagem Pediátrica pela Escola de enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro (EEN/UFRJ). Pós-graduada nos moldes de Residência em clínica médica e cirúrgica do Ministério da Saúde pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (MS/UNIRIO). Brasil. E-mail: ginha_lena@yahoo.com.br , ²Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do DEMI da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro (EEN/UFRJ). Especialista em Enfermagem Intensivista pela FE/UERJ, Rio de Janeiro. Membro da Diretoria Colegiada do Núcleo de Pesquisa de Enfermagem em Saúde da Criança (NUPESC). Brasil. E-mail: tvignuda@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

Para prevenir a disseminação de doenças durante o século XVIII, pacientes foram isolados em hospitais de febre, hospitais de varíola, sanitários de tuberculose e “casas da peste”. Esses hospitais grandes e sujos eram lugares desagradáveis e superlotados, com vários pacientes ocupando a mesma esteira de palha no chão. Parasitas e insetos eram frequentemente encontrados por toda a parte, e as infecções se espalhavam rapidamente de paciente para paciente¹.

Em meados do século XIX, vários profissionais da área da saúde começaram a empregar medidas de controle de infecções que levaram à diminuição significativa da ocorrência de febre puerperal e outras infecções adquiridas no hospital. Dois importantes líderes na luta contra estas infecções durante a segunda metade do século XIX foram Ignaz Philipp Semmelweis e Florence Nightingale¹.

Nightingale ressaltou a importância do controle ambiental, pois acreditava que o ambiente impuro era o grande e principal causador de doenças; portanto, controlava-se o mesmo como modo de prevenção². Sua preocupação ia além das técnicas assépticas, ou seja, equipou os hospitais completamente e reestruturou a profissão de Enfermagem com o objetivo de melhorar os cuidados com os pacientes e reduzir as doenças hospitalares¹.

No século XX, houve o avanço científico e tecnológico. Houve a introdução da penicilina durante a Segunda Guerra Mundial¹, e surgiram incubadoras para os cuidados às crianças prematuras, que, neste caso, excluía as mães dos cuidados à criança internada².

A confiança em antibióticos no combate a infecções frequentemente resultava em técnicas assépticas e precauções de isolamento negligentes. A situação tornou-se mais crítica com o aumento no número de cepas resistentes aos antibióticos. O uso amplo, disseminado e incorreto de antibióticos em hospitais ajudou a selecionar tais cepas. “Nos anos 50, surtos grandes e frequentes de infecções estafilocócicas em unidades pediátricas e cirúrgicas de hospitais chamou a atenção nacional sobre este problema”¹.

As infecções hospitalares (IHs) têm sido um problema desde que foram criados os primeiros hospitais. Elas são agravos de causa infecciosa adquirida pelo paciente após sua admissão no hospital e podem manifestar-se durante a internação ou após a alta, desde que relacionadas à internação ou a procedimentos hospitalares³.

A ocorrência de infecção hospitalar depende da existência de uma fonte de infecção, da transmissão do agente etiológico e da susceptibilidade do paciente à infecção. Neste último caso, podemos incluir os extremos de idade (crianças e idosos)^{1,3}.

As IHs em pediatria são consideradas como importantes fatores complicadores do tratamento da criança hospitalizada, visto que aumentam a morbidade, a mortalidade, o tempo de permanência hospitalar, os custos e o sofrimento para a criança e sua família³.

Diante da importância epidemiológica da morbimortalidade infantil por IHs, são utilizadas técnicas e equipamentos como meio de evitar a propagação de micro-organismos no ambiente hospitalar, que se denomina precaução de contato.

Ao passar pelo campo da pediatria, durante o curso de graduação, tive a oportunidade de ser escalada em uma enfermaria de escolar. Um familiar/acompanhante me abordou e, apontando para uma placa onde havia o desenho de uma bonequinha sorridente contendo a seguinte inscrição: “Precaução de Contato”, questionou o que significava “aquela placa ali”. Fiquei surpresa e incomodada com a pergunta, pois pensei que todos os acompanhantes, ao terem suas crianças com precauções de contato, fossem informados sobre o porquê dessas medidas de precaução e a importância delas para o controle das IHs.

Na experiência descrita, enquanto acadêmica, pude perceber a angústia do familiar/acompanhante quando não é orientado ou quando não tem conhecimento sobre algo relacionado ao seu ente internado. Pude também observar que, mesmo doente, as crianças em fase escolar e pré-escolar não permanecem restritas ao seu leito, entrando em contato com outras crianças da mesma enfermaria, para brincar ou mesmo conversar.

Este fato inquietante me fez refletir; passei a me questionar sobre qual o conhecimento apreendido pelo familiar/acompanhante sobre precaução de contato? Qual o profissional que faz essas orientações? De que maneira o familiar/acompanhante ajuda a controlar a disseminação das infecções hospitalares?

Diante de tais questões decidi estudar o conhecimento apreendido pelo familiar/acompanhante acerca da precaução de contato e sua contribuição no controle das infecções hospitalares.

Foram elaborados os seguintes objetivos: descrever o conhecimento da precaução de contato apreendido pelo familiar/acompanhante da criança hospitalizada; identificar o profissional que fornece as informações relacionadas à precaução; e analisar a contribuição do familiar/acompanhante para evitar a disseminação da infecção hospitalar durante a internação da criança.

Dar voz ao familiar/acompanhante e identificar como as orientações fornecidas pela equipe de saúde sobre a precaução de contato são apreendidas por aqueles poderá contribuir na assistência de enfermagem no sentido de planejar melhor as informações relacionadas às precauções de contato. No que se refere à pesquisa, este estudo servirá como fonte bibliográfica e, no âmbito do ensino, será a oportunidade de discutir, nos cursos de graduação e pós-graduação, o valor da participação do familiar/acompanhante como um agente ativo do cuidado da criança hospitalizada.

METODOLOGIA

Utilizou-se a abordagem qualitativa, uma vez que não tem como quantificar o estudo do conhecimento apreendido pelo familiar/acompanhante acerca da precaução de contato e sua contribuição no controle das infecções hospitalares.

O cenário para a realização do estudo foi a Unidade de Internação Pediátrica (UIP) de uma instituição pública de ensino, pesquisa e assistência localizada no Rio de Janeiro e que atende crianças de 0 a 12 anos, provenientes do setor de emergência e ambulatórios.

Fizeram parte como sujeitos do estudo cinco familiares/acompanhantes das crianças em precaução de contato, que aceitaram participar, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), e que tinham em sua unidade placas informativas que indicassem a “Precaução de Contato”. Essa situação era confirmada pela leitura dos resultados dos exames bacteriológicos contidos nos prontuários e que, para manter seus anonimatos, foram identificados por nomes fictícios

escolhidos pelos próprios sujeitos. Para a coleta de dados, foi utilizado um roteiro de entrevista e a gravação em fita cassete.

Inicialmente o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do cenário do estudo. Uma vez aprovado, em 09 de agosto de 2005, protocolo nº 28/05, entrei em contato com os possíveis sujeitos do estudo, previamente identificados. Uma vez aceita sua participação através do TCLE, foram indicados a melhor hora e o local para realizar a entrevista que durou em média 40 minutos cada. A coleta de dados se deu no período de agosto a setembro de 2005 nas unidades de internação. Cada fita foi transcrita na íntegra e posteriormente destruída.

Após a transcrição das fitas, iniciou-se a análise temática. Inicialmente procedeu-se a leitura flutuante dos depoimentos, destacando os temas relevantes ao foco do estudo. As unidades temáticas que emergiram dos depoimentos são apresentadas no quadro a seguir:

Quadro 1: Unidades Temáticas

Unidade temática	Subunidades
Precaução de contato	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Cuidados prestados pelo familiar/acompanhante na precaução de contato: evitar entrar em contato com outras crianças; lavagem das mãos; uso de equipamentos de proteção individual, como luvas de procedimentos ou capote
Comunicação entre a equipe de saúde e o familiar/acompanhante	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Informação escrita e a falta da orientação pelo profissional de saúde ➤ Uso de terminologias científicas ➤ Entendimento do familiar e postura diante da situação
Contribuição do familiar/acompanhante no controle da precaução de contato	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Medidas de prevenção adotadas pelo familiar/acompanhante

Em seguida, os temas foram agrupados visando à estruturação dos tópicos de análise que serão abordados a seguir.

Precaução de contato na enfermaria pediátrica: conhecimento dos familiares/acompanhantes.

Este tópico de análise descreve o conhecimento apreendido pelo familiar/acompanhante acerca da precaução de contato. Sobre o que os sujeitos entendem sobre precaução de contato, verifica-se que é o cuidado que se deve ter para evitar transmitir outra doença ou infecção para outra criança.

*Eu sei que não pode pegar na criança de outra mãe, e a outra mãe não pode pegar no filho da gente (...)
Eu só tenho que cuidar dele, não posso ajudar outra mãe e nem outra mãe me ajudar, para uma infecção não passar de uma criança para outra (Amanda).
Precaução de contato é pra não passar a mesma doença da gente para outra pessoa. Jamais chegar*

perto ou tocar na criança. É o que faço com a minha filha, ninguém toca nela se não estiver com luva (Naomi).

Só tem que não ter contato com as outras pessoas, ficar no leito aqui. Ter menos contato com as outras pessoas ou não poder ter contato nenhum com outras pessoas. Não ter contato nenhum é bom pra não contaminar também as outras pessoas (Natália).

Pra mim precaução de contato é manter a higiene acima de tudo, lavar as mãos, tudo dele eu deixo separadinho para evitar (...) Pra mim é higiene. É você não ficar pegando a criança de outro leito e não deixar que elas toquem aqui para evitar a transmissão de uma bactéria de um paciente para o outro, evitar ficar andando ou entrando em outra enfermaria, essas coisas (Rose)

O que eu sei é que tem que lavar as mãos. Ficar no leito (...), não encostar na cama da outra pessoa,

ela não pode vir pra cá (...) É que para examinar ele, precisa colocar luva, o roupão. O que eu sei é isso. (Helena)

Constata-se que os sujeitos não sabem descrever o que seja precaução de contato; contudo, nos relatos, verificamos os cuidados esperados para a prevenção da infecção hospitalar. Está veementemente reforçada a ideia de que não se pode pegar ou tocar em outras crianças, apenas as que estão sob seus cuidados, e que a lavagem das mãos é outra forma de prevenir a infecção hospitalar.

As normas relativas ao controle de infecções aplicáveis aos visitantes enfatizam dois aspectos: práticas que reduzem o risco ou impedem a infecção de visitantes e educação e monitoramento das atividades que impedem que visitantes infectem os pacientes⁴.

Percebe-se, no entanto, que um dos sujeitos referiu a utilização da luva pelo profissional. Contudo, a utilização deste equipamento não é a garantia de proteção à criança. Destaco que o profissional que está utilizando ou não a luva deve manter o cuidado da lavagem das mãos antes e depois de cada cuidado prestado, pois o uso das luvas não substitui a lavagem das mãos³.

Vale destacar que em nenhum momento foi citada a utilização de equipamentos individuais, como termômetro, estetoscópios ou aparelhos de pressão, ou outros equipamentos que merecem receber desinfecção ou mesmo ser de uso individual, o que leva ao pressuposto de que estas orientações não são feitas.

Os cuidados específicos com equipamentos não essenciais (termômetro, estetoscópio, aparelho de pressão, monitores, bombas infusoras, etc.) também fazem parte de rotinas a serem adotadas para pacientes em precaução de contato. Estes equipamentos devem ser de uso exclusivo destes doentes, mas, se isso não for possível, deve-se fazer desinfecção com álcool a 70°C entre pacientes³.

A importância da equipe de enfermagem nas orientações acerca das precauções de contato

Este tópico de análise descreve o momento e quem é o profissional que informa sobre a precaução de contato. Sobre a primeira vez que ouviram falar em precaução de contato, foi no momento da internação.

Foi na primeira internação dele aqui nesse hospital. Eu vim de Minas Gerais para Caxias, e de lá meu filho foi transferido para cá (Amanda).

Fiquei sabendo quando vim fazer exame, quando ela teve anemia, aí eu descobri que ela tinha que ficar internada. (...) (Naomi)

Foi no hospital, na primeira internação dele, em 2004(...) (Rose)

A primeira vez que ouvi falar em precaução de contato foi aqui (...) (Helena)

A primeira vez que eu ouvi falar em precaução de contato foi agora! (Natália).

Nota-se nos depoimentos que o familiar/acompanhante é comunicado sobre a precaução de contato no momento em que está internado. Ele pode receber esta informação quando de fato tem o resultado bacteriológico positivo ou quando ele é transferido de outra instituição, como no caso da mãe Amanda.

Como controle de infecção hospitalar, a instituição em estudo tem como rotina a solicitação semanal de exame de fezes ou *swab* retal para identificação de bactérias resistentes aos antibióticos de uso no hospital. Caso seja positivo o resultado de exame bacteriológico, a criança é colocada em precaução de contato e passa a constar de uma lista nominal das crianças colonizadas por MRSA (*Mult Resistent Staphilococcus aureus*) ou BGN-ESBL (bactérias Gram-negativas – *Klebsiella Acinetobacter*, entre outros – bactérias resistentes aos antibióticos do grupo dos betalactâmicos). Ou seja, se a criança receber alta e tiver que se reinternar em um outro momento, ela sempre estará em precaução de contato e os exames de fezes citados serão feitos para controle semanal, ainda como rotina.

Ainda sobre a informação recebida no momento em que a criança é colocada em precaução de contato, verifica-se que os profissionais de saúde utilizam uma terminologia científica, como, por exemplo, “colonizado”^a.

Porque eles falaram que a criança estava colonizada, mas não explicaram o que é. Eu perguntei, aí falaram, porque ele tem uma bactéria... e que não adianta nenhum antibiótico porque não vai curar, toda criança que tiver contato com ele pode também pegar. Então eu já cuido dele pra não pegar de ninguém e já evito que ele tenha contato com outra criança. Você viu como eu coloco minha cadeira? Isso aqui é precaução! (...) porque eu sou muito comunicativa, alegre, e adoro conversar. Eu preciso ficar isolada, aí eu sento aqui de frente para a parede e olhando para ele, lendo, estudando, porque se eu fico virada para lá, eu fico sem graça de sorrir quando passa alguém, aí se você sorri as pessoas começam a puxar assunto, ficam encostando no leito, puxam a cadeira para sentar, isso aqui é precaução de contato (Rose)

Constata-se que o familiar/acompanhante não é informado de maneira adequada, pois a utilização de terminologias científicas dificulta o seu entendimento acerca do assunto, o que poderá gerar estresse. Pressupõe-se que, ao ouvir que não tem cura e que pode transmitir para outra criança, este familiar pode ficar estressado ou mesmo se sentindo culpado por algo que não tem controle.

Nota-se o estresse nesta familiar/acompanhante quando relata ela que é alegre, comunicativa e gosta de conversar, e, para evitar a aproximação dos outros familiares/acompanhantes, prefere ficar de costas para evitar o contato.

Ao ficar em precaução de contato, a criança faz com que os profissionais de saúde orientem apenas quais os

^a Colonizado – terminologia utilizada pelos profissionais da saúde para referir a criança que tem resultado positivo quanto a bactérias multirresistentes

comportamentos que estes acompanhantes devem ter, trazendo como consequência a ideia de que devam ficar isolados do convívio de outras pessoas, uma ideia restritiva. Ao ser informada, a mãe apreende esta informação, valorizando-a e procurando todas as formas, inclusive se “isolando” das outras mães, para proteger seu filho. Outra depoente refere ainda que, observando a atitude dos profissionais, pensou em algo grave.

No momento eu fiquei assim... poxa parece até que é uma coisa muito grave, que ninguém encosta (Naomi).

Não ter informações completas sobre o que está acontecendo com seu filho pode trazer para seus familiares/acompanhantes sentimentos como preocupação com a gravidade do estado de saúde de seu filho.

Durante a internação deve haver espaço para que pais e filhos façam perguntas, se expressem dizendo o que sentem e o que pensam; se permanecerem calados devem ser incentivados a falar. O excesso de informação e orientação também pode fazer com que as informações sejam mal percebidas ou interpretadas quando há muita ansiedade⁵.

Por outro lado, cinco familiares/acompanhantes referiram não ter sido orientados sobre a precaução de contato e ter dúvidas.

Quando colocaram essa placa aqui eu estava em casa. Ninguém falou nada e eu também não perguntei nada, porque, se fosse importante, alguém me falaria. Eu não perguntei nada não, sei que não tinha importância, então eu não perguntei nada. Ninguém falou nada, aí eu até fiquei com dúvidas, mas fiquei na minha, não fiquei preocupada não. (Natália)

(...) mas eu não lembro de terem falado nada não (...). Quando colocaram a placa aqui eu não sabia. Ele (cebolinha) também perguntou: por que eu estou em precaução de contato? Aí falaram, por causa da bactéria, da infecção forte. (Helena)

(...) me falaram que ele estava em precaução de contato porque veio de outro hospital. Eu perguntei o porquê, e a resposta que eles me deram foi isso. (Amanda)

Só colocaram a plaquinha e saíram. Depois, quando a médica estava examinando, viu que a mão dela estava descascando e colocou um papel aqui escrito “toque somente com luva”, mas ela não explicou nada (...) orientar e explicar, ninguém explicou. (Naomi)

Tive dúvidas e perguntei para a equipe de enfermagem, queria saber se não tem um troço que tire isso dele, fiquei chateada. (Rose)

Percebe-se que o familiar/acompanhante tem necessidade de informações sobre a situação da sua criança; muitas perguntam, e outras, por confiarem na equipe, esperam que sejam orientadas pela importância da informação. Verificamos nas falas de Naomi e Rose que não há uma preocupação do profissional em identificar qual a dúvida do acompanhante ou quais as suas expectativas, ou o que deseja saber.

Todo contato que a enfermeira tem com o usuário do serviço de saúde, estando a pessoa doente ou não, deveria ser considerado uma oportunidade de ensino de saúde. Apesar de a pessoa ter o direito de decidir se aprende ou não, a enfermeira tem a responsabilidade de apresentar a informação que irá motivar a pessoa quanto à necessidade de aprender. Dessa forma, a enfermeira precisa aproveitar as oportunidades tanto dentro quanto fora dos locais de cuidado de saúde para facilitar o bem-estar⁶.

Os profissionais muitas vezes têm uma prática condicionada por uma sequência de ações, procedimentos, rotinas mecanizadas, dissociadas do saber, e esquecem do relacionamento interpessoal, com isso excluindo aspectos subjetivos, sociais e emocionais dos indivíduos, tornando seu trabalho fragmentado⁷.

Sobre o profissional que informou acerca da precaução de contato, podemos verificar que os membros da equipe de enfermagem são os profissionais que de um modo geral acabam por orientar o familiar/acompanhante:

Foi a chefe daqui de enfermagem que falou isso pra mim. (Amanda).

A primeira vez que ele ficou internado, o técnico me explicou sobre precaução de contato porque eu perguntei, aí eu perguntei para a enfermeira também (...) Me orientaram que eu não entrasse em outras enfermarias, não parasse para conversar no leito de outra criança, não pegasse uma outra criança no colo (Rose).

Aí eu fui e perguntei, e a enfermeira me respondeu. Acho que foi a doutora mesmo, ela falou que não pode outra criança vir brincar aqui, não pode ir para outro leito; se for, tem que lavar as mãos. Não pode emprestar a tesoura porque a bactéria pode passar para outra pessoa (Helena).

Ela está aqui há sete dias e só me orientaram que tem que usar luva quando for tocar nela a todo momento, acho que quem orientou foi a enfermeira (Naomi)

É de se esperar que os profissionais de enfermagem sejam aqueles que informam a situação das crianças aos seus familiares/acompanhantes, pois permanecem em maior contato com eles. Contudo, percebe-se que não há uma normatização,

rotina ou preparo destes profissionais para orientarem e valorizarem a escuta para atender às necessidades destes familiares/acompanhantes.

A educação dos acompanhantes é importante, traz benefícios e deveria ser feita sem que eles precisassem perguntar. Essa educação é uma estratégia para reduzir os custos da atenção à saúde, prevenindo doenças, evitando tratamento médico caro, diminuindo o tempo de hospitalização e facilitando uma alta mais cedo⁶.

É necessário trabalhar com os acompanhantes de forma que estes possam participar mais efetivamente dos conhecimentos, sendo possível a reflexão, a retirada de dúvidas e a discussão.

Os familiares/acompanhantes não devem receber informações de forma vertical ou autoritária, ouvindo o que pode ou não ser feito, pois quando os pais são incluídos no planejamento dos cuidados e compreendem que são um fator que contribui para a recuperação da criança, eles ficam mais inclinados a permanecer com seus filhos e a ter maiores reservas emocionais para se confortarem e apoiarem a criança durante uma possível crise⁸.

Desta forma, identificar como os familiares/acompanhantes têm se sentido, como estão vivenciando o momento, que tipo de apoio necessita, são elementos que poderão instrumentalizar a enfermeira a atender as demandas da criança e dos pais⁹.

A contribuição dos familiares/acompanhantes das crianças no controle da infecção hospitalar.

Este tópico de análise descreve a contribuição do familiar/acompanhante para o controle da infecção hospitalar. Todos os familiares/acompanhantes informaram que permanecem na unidade da criança e que mantêm a higiene corporal, incluindo a troca de roupa de cama, a limpeza da unidade da criança e, principalmente, a lavagem das mãos.

Eu não mexo em outra criança, fico aqui no meu cantinho do lado dele; quando vou lá fora, lavo as mãos (Amanda)

Tudo que é dela eu deixo aqui, todos que chegam eu peço para usar luvas; se tocar nela, quando vem visita, eu peço para lavar as mãos. (Naomi)

Sempre que eu entro na enfermaria eu lavo as mãos, não fico passeando nos leitos. De manhã eu troco a roupa de cama todinha, eu dou banho nele todos os dias e não deixo nada de comer por aqui. (Rose)

Lavo a mão, peço para ninguém encostar; quando alguém de outra enfermaria quer entrar, aí a gente fala que não pode entrar não (Helena)

*Não fico no outro leito, ela também não fica (...)
Não tenho contato com outras pessoas. Ela só sai*

daqui para tomar banho. Todas as pessoas, quando vêm aqui, também usam luvas, nunca ninguém deixou de usar (Natália)

Pode-se constatar nas falas das depoentes que o cuidado mais ressaltado é a lavagem das mãos e o uso de luvas ou capote pelos profissionais. A maneira mais simples e eficaz de evitar a infecção hospitalar em um ambiente repleto de micro-organismos resistentes aos antibióticos e causadores de diferentes doenças é a lavagem das mãos, que é, de maneira geral, uma orientação reforçada pela equipe de enfermagem e que passa a ser valorizada pelos familiares/acompanhantes, pois é apreendida por eles como algo importante, transmitido para todos os membros da família que visitam a criança^{5, 10, 11}.

Ainda no que se refere ao banho da criança, duas mães de lactentes descreveram a utilização do álcool para fazer a limpeza da banheira.

Eu jogo um pouquinho de álcool e depois enxáguo. (Naomi)

Eu peço a banheira e esterilizo. Primeiro eu peço um sabão e passo aqui, lavo, depois eu jogo álcool nela. Aí eu passo o sabão dele, enxáguo e depois misturo um pouco de álcool na água. (Rose)

O fato de Naomi jogar álcool na banheira e depois enxaguar não caracteriza sequer a limpeza adequada deste recipiente. E a utilização da terminologia "esterilizo" por Rose não é aplicada de maneira correta, o que nos permite pressupor que existe uma reprodução de atitudes ou terminologias apreendidas pelo cenário em estudo.

O fato é que os familiares/acompanhantes acabam por se apropriar da cultura hospitalar, e esta situação é representada pelo uso de terminologias científicas ou mesmo pela aplicação de substâncias como o álcool, que de um modo geral não são utilizados no domicílio¹¹.

Esterilização é o processo de destruição e eliminação total de todos os micro-organismos na forma vegetativa e esporulada, por meio de agentes físicos e químicos. O que tornaria eficaz a desinfecção adequada da banheira para uso de crianças hígidas seria a utilização de água e sabão em conjunto com uma gaze ou esponja, fazendo fricção na parede dela e, logo depois, proceder o seu enxágue⁵.

O banho em banheiras constitui-se um sério problema para o controle de infecção hospitalar. Os pacientes com doenças que exigem precauções com pele e mucosas, precauções entéricas ou isolamento protetor devem ter banheiras individuais, e, ao final de todos os banhos, deve-se proceder à desinfecção como descrito para uso de crianças hígidas e, logo depois, utilizar produto à base de fenol sintético a 3% por 30 minutos e enxaguar. A desinfecção da banheira após cada banho é um procedimento demorado, e a enfermagem tende a relaxar, utilizando o produto em quantidade e tempo insuficientes⁵.

Chama-nos atenção o fato de que não há no cenário do estudo atendimento a esta recomendação, ficando a critério de

cada mãe a limpeza de tais banheiras, além de não haver número suficiente de banheiras para o número de lactentes internados.

No caso das crianças maiores, uma das mães refere que o banho ocorre num banheiro de uso comum:

Ele toma banho no banheiro junto com os outros, toma banho todo mundo (Helena).

Caso a criança esteja acamada, a mãe refere que é a equipe de enfermagem que dá o banho, utilizando-se de equipamento de proteção individual, como a luva e o avental.

O banho dele as enfermeiras tão dando aqui na cama, com luva e avental, tudo direitinho (Amanda).

Sobre a recreação, três depoentes referem que brincam com as crianças no próprio leito.

Ele não sai daqui não, só fica colorindo no berço (...) Por enquanto ele não faz nada, mas quando ele vai melhorando vai brincando de carrinho aqui mesmo no berço, quer ir lá fora pra ver se o almoço vem, se o lanche vem, mas no momento agora ele está quieto, só quer colo. (Amanda)

Ela não pode ir brincar por causa da doença dela; então ela fica aqui na cama brincando com as bonecas que eu trouxe de casa. A professora daqui traz desenhos para ela colorir (Naomi)

Ele não pode brincar com outras crianças; qualquer coisa que para uma criança não altere, para ele pesa mais, então eu prefiro brincar com ele (...) brincar com ele é mais pegar nele, segurar, fazer carinho na cabeça (...) (Rose)

Cabe ressaltar que, no cenário do estudo, toda a criança que se encontra em precaução de contato pode brincar na sala de recreação no horário da tarde, pois, após o seu uso, a sala é desinfetada. Portanto, as crianças que não estão nesta situação devem brincar no período da manhã.

Nossa ação de cuidar deve considerar, entre outras coisas, a importância de a criança fazer recreação como uma necessidade básica, uma adaptação de suas características pessoais ao ambiente hospitalar¹².

Outra mãe reforça que sua filha vai para a sala de recreação no período de 13 às 14 horas, brinca com outras crianças, mas não entra em contato com as mesmas.

Ela tem contato com outras pessoas na recreação, mas a dela é só de 13 às 14 horas depois vão outras pessoas. Lá ela fica perto de outras crianças,

mas não fica muito perto não, não encosta.

(Natália)

No ambiente hospitalar pediátrico, o entretenimento é fundamental. O trabalho recreativo, em unidade como a internação pediátrica, contribui para o bem-estar da criança, ocupando-a sadiamente e preservando o princípio básico da saúde integral. A humanização alcançada em ambiente hospitalar, através deste atendimento, é um exemplo a ser seguido, porque mesmo doente, a criança precisa brincar¹³.

É direito da criança e do adolescente desfrutar de alguma forma de recreação, programas de educação para a saúde e acompanhamento do currículo escolar durante sua permanência hospitalar¹⁴.

CONCLUSÃO

Este estudo possibilitou identificar que o familiar/acompanhante não conhece o significado de precaução de contato; contudo, descrevem medidas preventivas, como ficar restrito à unidade da criança, evitando o contato com outras crianças, e lavar as mãos, como cuidados principais que devem ser tomados para evitar a infecção hospitalar.

Constata-se que a enfermagem está presente no que se refere ao fornecimento de informações acerca da precaução de contato para o familiar/acompanhante, mas nem todos os familiares/acompanhantes são orientados sobre a precaução de contato quando se tem o resultado positivo do laboratório de bacteriologia.

Quando são orientados, esses familiares/acompanhantes, segundo seu relato, questionam de um modo geral à equipe de enfermagem, que se restringe a orientar sobre o que não pode ou o que deve ser feito por eles com o objetivo de evitar a disseminação de bactérias. Não são tiradas as dúvidas sobre o tema nem é investigado se as informações fornecidas foram apreendidas pelos sujeitos do estudo, o que nos leva a refletir sobre a qualidade e a importância das orientações de enfermagem aos familiares/acompanhantes de crianças internadas com precaução de contato.

REFERÊNCIAS

- 1 – Michael JPI, Chan ECS, Krieg NR. Microbiologia: conceitos e aplicações. 2ª ed. São Paulo (SP): Makron Books; 1996.
- 2 – Souza TV. O familiar- acompanhante e a enfermagem na Unidade de Internação Pediátrica-UIP: a dimensão do cuidado e a assistência à criança. [dissertação de mestrado]. Rio de Janeiro (RJ): Escola de Enfermagem Anna Nery/ UFRJ; 1996.
- 3 – Ministério da Saúde (BR). Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Pediatria: prevenção e controle de infecção hospitalar. Brasília (DF); 2006.
- 4 – Bolick D. Segurança e controle de infecção. Tradução de Consendey CH. Rio de Janeiro (RJ): Reichmann & Affonso; 2000.
- 5 – Schimitz EMR. A enfermagem em pediatria e puericultura. São Paulo (SP): Atheneu; 2005.

- 6 - Smeltzer SC, Bare BG Brunner & Suddarth-Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 9ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2002. v.1- 4.
- 7 - Queiroz MVO, Jorge MSB. Ações educativas no cuidado infantil e intervenções dos profissionais junto às famílias. Acta Sci Health Sci 2004 jan/jun; 26(1): 71-81.
- 8 - Wong DL, Whaley & Wong- Enfermagem pediátrica: elementos essenciais à intervenção efetiva. 5ªed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 1997.
- 9 - Collet N, Rocha SMM. Relação entre pais e enfermeiros no cuidado à criança hospitalizada: um ensaio crítico. Esc Anna Nery Rev Enferm 2000 abr; 4(1): 55-65.
- 10 - Rodrigues MSP, Leopardi MT. O método de análise de conteúdo: uma versão para enfermeiros. Fortaleza (CE): Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura; 1999.
- 11 - Souza TV. Interação familiar/acompanhante e equipe de enfermagem no cuidado à criança hospitalizada: perspectivas para a enfermagem pediátrica [tese de doutorado]. Rio de Janeiro (RJ): Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ; 2007.
- 12 - Figueiredo NMA. Ensinando a cuidar da criança. São Paulo (SP): Difusão Paulista de Enfermagem; 2003.
- 13 - Cayres K. Até que ponto o entretenimento ameniza o sofrimento. [on-line] [citado 12 abr 2005]. Disponível em: <http://olharvirtual.ufrj.br/ponto.htm>.
- 14 - Ceccim RB, Carvalho PRA. Criança hospitalizada: atenção integral como escuta à vida. Porto Alegre (RS): Ed. UFRGS; 1997.

Notas

^a Trabalho de Conclusão de Curso. Contemplado com o 1º Lugar - Prêmio Dulce Neves da Rocha, oferecido pelo Núcleo de Pesquisa de Enfermagem em Saúde da Criança (NUPESC) do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil da Escola de Enfermagem Anna Nery (DEMI/ EEAN)