

INCIDÊNCIA DE PACIENTES COM BACTÉRIAS MULTIRRESISTENTES EM INTERNAÇÃO DOMICILIAR

RIBAS, Jaqueline¹
SOUZA, Danielly Pereira de²
ZACHI, Mara Lucia Renostro³

RESUMO

A Atenção Domiciliar é a prestação de serviços no âmbito domiciliar, este modelo deve ser substitutivo ou complementar às modalidades já existentes. Esse modelo de assistência vem crescendo de acordo com o aumento das doenças crônicas e o aumento da expectativa de vida. Um dos principais papeis da AD é a desospitalização e esta forma de assistência é de grande importância, pois, ela acarretará na diminuição de internações, assim, ela diminuirá o risco de infecções recorrentes. Neste estudo, foi verificado a incidência de pacientes em internação domiciliar com presença de bactérias multirresistentes, logo, na presença desses dados foram analisados os diagnósticos de base, e os perfis destes pacientes. O crescimento de um microrganismo é denominado de colonização, esse processo é um dos principais agravos clínicos durante a internação dos pacientes, porém, as infecções não estão apenas ligadas a ambientes hospitalares, mas, a todos os ambientes que desenvolvem a prática de assistência à saúde, inclusive, ao ambiente domiciliar. O estado em que os pacientes se encontram apresenta uma grande relevância, pois há fatores que interferem nos seus mecanismos de defesa, como, idade, doenças base e também o uso de imunossuppressores e corticoides. Outros fatores que vêm interferindo na disseminação de bactérias de multirresistência são os profissionais da área da saúde, que não aderem as medidas de controle de infecções hospitalares, e o uso indiscriminado de antibiótico.

PALAVRAS-CHAVE: Internação domiciliar. Atenção domiciliar. Bactérias multirresistentes.

INCIDENCE OF PATIENTS WITH MULTIRESISTANTS BACTERIA AT HOME HOSPITALIZATION

ABSTRACT

Home care is the provision of services at home, this model must be either substitutive or complementary to existing modalities. This care model has been growing according to the increase in chronic diseases and in the life expectancy. One of the main roles of the home care is the hospital discharge and this care form is of great importance, because, it will entail hospitalizations decrease, thus, it will reduce the risk of recurrent infections. In this study it will be verified the occurrence of patients with multi-resistant bacteria presence, therefore, in the presence of these data it will be analysed their clinical signs, the risk factors and these patients profiles. The growth of a microorganism is called colonization, this process is one of the major clinical aggravations during the patients' hospitalization, however, the infections are not only linked to hospital environments, but, to all environments that develop the health care practice, including, to the home environment. The state in which the patients are, presents a great relevance, because there are factors that interfere in their defense mechanisms, such as age, base diseases, and also the use of immunosuppressants and corticosteroids. Other factors that have been interfered in the dissemination of multiresistant bacteria are the health professionals, who do not adhere to hospital infection control measures, and the indiscriminate use of antibiotics.

KEYWORDS: Home hospitalization. Home care. Multiresistant bacteria.

1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho irá abordar a Atenção Domiciliar a pacientes com bactérias multirresistentes. E a escolha deste tema se justifica por ser um modelo de assistência que vem crescendo cada vez mais e também se destacando entre as outras modalidades de assistência, pois

¹ Bióloga e Graduanda do curso de Enfermagem FAG. jaqueline_ribaas@hotmail.com

² Graduanda do curso de Enfermagem FAG. souza.daanielly@hotmail.com

³ Mestre e Enfermeira, Docente do Centro Universitário FAG. marazachi@fag.edu.br

acarreta na diminuição de internações recorrentes e no número de infecções. A definição de AD é a prestação de serviços no âmbito domiciliar, onde o paciente já superou a fase aguda da sua patologia e se encontra estável, porém ainda necessita de recursos terapêuticos.

Então este estudo irá trazer uma maior eficácia ao tratamento dos usuários do sistema de AD, pois estará auxiliando na identificação dos fatores de que contribuem para a proliferação de microrganismos multirresistentes. A resistência bacteriana pode ser adquirida tanto em ambiente hospitalar como em ambiente domiciliar, e vem se tornando uma das maiores preocupações em questão de saúde, dificultando o tratamento e a cura das doenças.

O serviço de atenção domiciliar atende as necessidades dos pacientes acometidos por bactérias multirresistentes? Uma das hipóteses é que esse programa atende sim, e os cuidados prestados são os mesmos do ambiente hospitalar. Já a outra hipótese destaca que não realiza o atendimento, que este só é realizado em ambiente hospitalar.

O objetivo geral deste presente trabalho é verificar a incidência de pacientes em internação domiciliar com bactérias multirresistentes em uma cidade do oeste do Paraná. Com objetivos específicos de estudar o quadro clínico causado pela bactéria multirresistente, identificar os pacientes e os principais fatores de risco, analisar o perfil do paciente acometido e verificar a assistência e os cuidados prestados para o paciente e os familiares.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 ASSISTÊNCIA DOMICILIAR

Com o aumento da expectativa de vida houve também um aumento na procura de um atendimento com qualidade, onde esse mesmo possa oferecer mais comodidade e facilidade para seus usuários. Para Mesquita *et al* (2005) a atenção hospitalar é de extrema importância e necessidade para as políticas de saúde, porém, com o envelhecimento da população e o aumento das doenças crônicas precisou-se de modelos alternativos para a hospitalização do paciente, e é de onde vem crescendo cada vez mais no Brasil a internação domiciliar.

Para Marrelli (1997) os cuidados prestados ao paciente em sua residência, tem como um dos objetivos restaurar, promover e manter a saúde com um maior nível de independência, favorecendo assim a minimização dos efeitos causados pela incapacidade da doença. A internação domiciliar tem como enfoque a promoção e prevenção a saúde de uma forma humanizada (SILVA, 2005).

Um dos principais papéis da Atenção Domiciliar, é a desospitalização, diminuição das reinternações, onde a partir do cuidado sistematizado das equipes diminui conseqüentemente as

intercorrências clínicas, os riscos de infecções devido à longa permanência em ambiente hospitalar, e também irá estabelecer um papel fundamental com o cuidador, onde poderá oferecer um aporte emocional para o mesmo e seus familiares em casos de doenças graves ou em casos terminais. Proporcionar um aporte técnico e estrutural no retorno deste paciente ao retorno no seu domicílio (MS, 2012 e SILVA, 2005). Ha outro benefício nesta desospitalização, porém é de difícil mensuração, pois está ligada com a satisfação do paciente e familiares em receber o tratamento em seu lar (FABRICIO *et al*, 2004).

De acordo com a Lei nº 10.424 de 15 de abril de 2002, dispõe que está estabelecido no Sistema Único de Saúde o atendimento e a internação domiciliar, e que nessa presente modalidade inclui-se os procedimentos de enfermagem, psicológicos, médicos, fisioterapêuticos e de assistência social. Nesta assistência serão prestados cuidados multidisciplinares que irão atuar na medicina preventiva, terapêutica e reabilitadora.

A internação domiciliar é uma sistematização dos cuidados que irá ser realizada de forma integral no domicílio, visando o bem-estar do paciente podendo contar com o auxílio de equipamentos e materiais (LACERDA, 2000). E por ser realizada dentro do ambiente domiciliar a equipe estará exposta a realidade social daquela família (MS, 2012).

Cotta (2001) salienta que a equipe de saúde deve estar preparada para atender esse paciente em seu domicílio, de forma que estejam preparados com meios tecnológicos para realizar um suporte adequado favorecendo assim o tratamento.

A equipe prestadora desse serviço deverá respeitar o espaço da família, estimular a autoestima, manter os laços afetivos, onde irá contribuir para um ambiente mais favorável para recuperação da saúde do paciente. A participação conjunta do usuário, família e os profissionais envolvidos no atendimento domiciliar são de extrema importância para a efetivação dessa modalidade de assistência (MS, 2012). Os profissionais envolvidos deverão também observar os fatores sociais, onde se enquadra o fator econômico, espiritual e cultural, além destes, analisar as condições de higiene, os recursos disponíveis e também a segurança desse paciente (LACERDA; OLINISKI, 2003).

Para que haja uma atenção domiciliar efetiva e que atenda às necessidades do usuário/família, é importante que a equipe de profissionais planeje suas ações de modo integrado e dinâmico, e que seja adaptável ao âmbito familiar, onde a família deverá participar efetivamente nesse planejamento (MS, 2012).

Segundo a portaria nº 963, de 27 de maio de 2013 do Ministério da Saúde, redefine a Atenção Domiciliar, estabelece que a Atenção Domiciliar deve ser substitutiva ou complementar as modalidades já existentes, onde o objetivo é a promoção da saúde, como também a prevenção e

tratamento da doença. Esta portaria também dispõe sobre a organização dos grupos, sendo eles de acordo com o perfil do paciente, da atenção e do procedimento que será realizado. São esses grupos: AD1, pacientes com problemas controlados e que apresentam impossibilidades ou dificuldades de locomoção até a unidade de saúde, esses pacientes necessitam de menores cuidados, por isso, as visitas domiciliares devem ser de no mínimo uma vez por mês. AD2, já esses pacientes necessitam de uma atenção com mais frequência, onde necessitam de acompanhamento contínuo de diversos serviços da rede de atenção. AD3, é destinada a usuários que dependem de um acompanhamento contínuo, de recursos de saúde e também o uso de equipamentos.

2.2 BACTÉRIAS MULTIRRESISTENTES

O crescimento de microrganismos em um hospedeiro, denomina-se de colonização, e esse processo é intitulado com o precursor das infecções, onde causará danos consideráveis a esse hospedeiro, decorrente a multiplicação e da ação tóxica dos agentes infecciosos (MS, 2014).

Para Arias e Soule (2008) as infecções representam um dos agravos clínicos mais recorrentes durante a internação do paciente, pela alta taxa de mobilidade e mortalidade. As infecções por bactérias sendo multirresistente ou não, não estão apenas ligadas a ambientes hospitalares, mas também a comunidade ou em ambientes que se desenvolve a prática de assistência à saúde, como na internação domiciliar (SILVA, 2010).

A resistência microbiana varia entre os indivíduos, elas podem criar uma relação comensal tornando-se colonizados, que são livres de sintomas, e outras pessoas quando entram em contato com o agente patógeno pode desenvolver sinais e sintomas tornando-se infectados (MS, 2014).

As infecções hospitalares são um dos maiores riscos para os pacientes hospitalizados, devido ao desequilíbrio do seu organismo de defesa. A disseminação dessas infecções pode se dar através de pacientes colonizados/infectados para pacientes e profissionais da área da saúde (FERNANDES *et al*, 2007).

De acordo com o Manual de Controle e Monitoramento de Microrganismos multirresistentes do Ministério da Saúde (2014) o estado em que o paciente se encontra é de grande importância, pois há fatores que interferem em seu mecanismo de defesa. São esses fatores: idade, tratamento com antibiótico terapia, doença de base, e o uso de imunossuppressores e corticoides.

Segundo Sousa *et al* (2015), as infecções estão ligadas a diversos fatores determinantes tanto de natureza socioeconômica, biológica quanto ambientais, dentre elas, pobreza, saneamento básico precário, fatores hereditários, imunitários e de comorbidades. Este aumento também pode estar

ligado aos profissionais da área da saúde que estão diretamente em contato com esses pacientes colonizados.

Moura (2004) defende que não há a adesão total dos profissionais da área da saúde na prática de isolamento, onde visa evitar a disseminação de microrganismos, favorecendo assim o surgimento de cepas multirresistentes. Então, a melhor forma de combater esses microrganismos está no uso consciente e criterioso dos antibióticos e nas medidas de controle para evitar a disseminação. Ele também explica a importância da preocupação com a resistência antimicrobiana, pois ela aumenta os dias de internação do paciente e os antibióticos usados, assim encarecendo o tratamento.

De acordo com a Lei nº 9.431 de 6 de janeiro de 1997, dispõe que os hospitais do país são obrigados a aderir ao Programa de Controle de Infecções Hospitalares (MS, 1997). Dentre as atribuições descritas na Portaria do Ministério da Saúde 2616/98 as diretrizes de ação só virão a contribuir e facilitar a execução do Programa Nacional (MS, 1998).

As culturas de vigilância apresentam um papel importante no controle de microrganismos multirresistentes, pois ela irá mensurar a eficácia das medidas de prevenção, permitindo assim a detecção de patógenos emergentes (MS, 2014). A implementação de programas educativos possui uma grande relevância, pois irá enfatizar cuidados com higiene pessoal, medidas de prevenção, uso de EPIs, higienização das mãos e também a limpeza e o armazenamento de artigos utilizados na assistência (MS, 2014).

2.3 SEGURANÇA DO PACIENTE

Este tema vem sendo abordado com uma grande frequência, pois é um elemento essencial na qualidade e melhoria de assistência à saúde (REIS; SILVA, 2016). De acordo com a Organização Mundial da Saúde, segurança do paciente é a redução de riscos desnecessários que estão associados aos cuidados de saúde (MS, 2016).

Os eventos adversos e os erros são multifatoriais, e os profissionais de saúde estão expostos a cometer esses eventos. Há uma grande lacuna na identificação dos eventos adversos, um deles é a falta de informações de como ocorreram esses eventos. Esse fator interfere impedindo a avaliação, o conhecimento, o planejamento e o desenvolvimento de estratégias que estão voltadas para a adesão de práticas que irão minimizar os eventos adversos (SILVA, 2010).

De acordo com a Portaria nº 529, de 1 de abril de 2013, do Ministério da Saúde, estabelece o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), com o intuito de contribuir na qualificação de assistência à saúde. Este programa irá traçar estratégias para a sua implementação, onde está

incluso a elaboração de guias, protocolos e manuais e a capacitação dos profissionais de saúde envolvidos (MS, 2013).

Segundo o Manual de Segurança do Paciente em Domicílio (2016) deve-se planejar ações diferenciadas para ser garantida a segurança do paciente em Atenção Domiciliar, pois no âmbito domiciliar há desafios muito específicos.

Dentre todos os cuidados da assistência prestada ao paciente a procedimentos básicos que necessitam ser adaptados para o domicílio, e estes procedimentos devem ser adotados de forma rigorosa, tanto pela parte do cuidador, quanto pela parte dos profissionais da saúde. E nesses procedimentos encaixa-se, as Precauções Básicas Padronizadas, onde engloba lavagem das mãos, acomodação adequada do paciente referente ao seu grau de complexidade, utilização de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), higiene respiratória, manuseio adequado de roupas e a coleta dos resíduos de forma segura (MS, 2016).

Há também a Prevenção de Infecções, resultado do aumento de pacientes que possuem germes multirresistentes, nestes casos é importante ressaltar a precaução de contato, onde esse método irá evitar que profissionais da saúde sejam o carregador desses germes para outros lugares e para outros pacientes. Por isso, é recomendado ao profissional o uso de avental de manga longa descartável e luvas de procedimentos, e também a higienização e a desinfecção com solução alcoólica de todos os materiais que estiveram em contato com o paciente (MS, 2016).

Para garantir a efetividade dessas ações no domicílio é muito importante estabelecer o fluxo de notificação de incidentes ou eventos adversos, esta implantação irá garantir que os profissionais visem a aprendizagem e a solução dos problemas (MS, 2016).

3. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, de natureza exploratória, com abordagem quantitativa da incidência de pacientes com bactéria multirresistentes atendidos pelo Programa de Assistência e Internação Domiciliar (PAID) de Cascavel PR. Os dados foram coletados por meio de análise de 13 prontuários de pacientes que estejam ou que já passaram pela internação domiciliar, e que tenham apresentado resultados positivos para bactérias multirresistentes.

- a) Critérios de inclusão na pesquisa: pacientes atendidos pelo PAID que possuem exame positivo para bactérias multirresistentes.
- b) Critérios para exclusão: Pacientes que não são atendidos pelo PAID e não possuem exames positivos para bactérias multirresistentes.

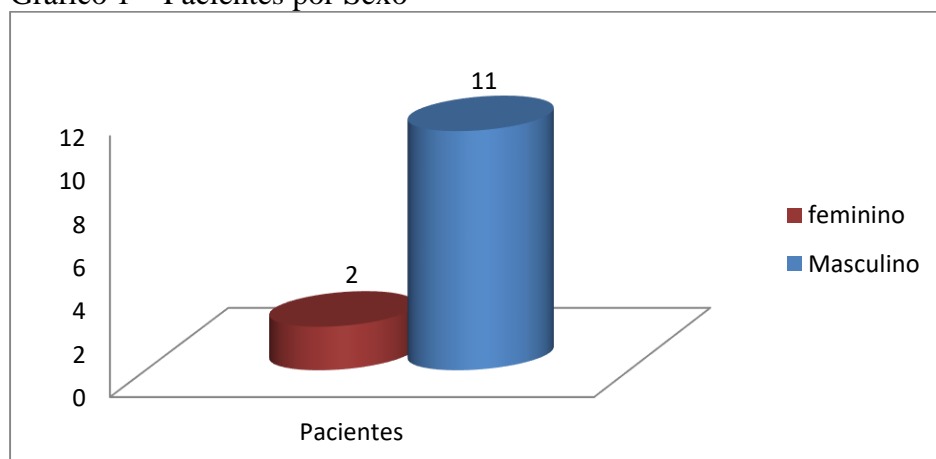
Não haverá restrição de sexo e faixa etária. A coleta dos dados foi por meio de formulários, e posteriormente dispostos em forma de gráficos para a interpretação dos resultados. O local dos estudos foi na sede do PAID, que está localizado no município de Cascavel – PR.

A presente pesquisa está em cumprimento com a Resolução nº 466/2012 e complementares do Conselho Nacional de Saúde, e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário da Fundação Assis Gurgacz (FAG), sob o número do CAAE: 75127317.5.0000.5219.

4. ANÁLISES E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

De acordo com os resultados obtidos, foi possível observar que 84,6% dos pacientes eram homens e apenas 15,4% eram mulheres. A faixa etária era de 7,7% de 31 a 40 anos, 23% de 41 a 50 anos, 30,8% de 51 a 60 anos e 38,5% acima de 61 anos. O tempo de internação variava de 69,2% de quatro meses a um ano, 15,4% de um ano e um mês a 2 anos e 15,4% acima de dois anos. Os principais diagnósticos encontrados nestes pacientes eram 7,7% Alzheimer, 38,5% sequela de Acidente Vascular Cerebral (AVC), 7,7% Demência, 7,7% sequela de Meningite Bacteriana, 23% sequela de Traumatismo Cranioencefálico (TCE), 7,7% Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) e 7,7% de Insuficiência Cardíaca Crônica (ICC). Todos os pacientes realizaram o antibiograma o qual todos apresentaram resultados positivos para bactérias multirresistentes. Neste exame foi possível detectar quais os microrganismos estavam presentes em cada paciente, 37,5% *Escherichia coli*, 37,5% *Pseudomonas aeruginosa*, 6,3% *Klebsiella pneumoniae*, 6,3% *Acinetobacter baumannii*, 6,3% *Staphylococcus epidermidis* e 6,3% *Serratia marcescens*, porém à paciente que possuem mais de tipo de microrganismo.

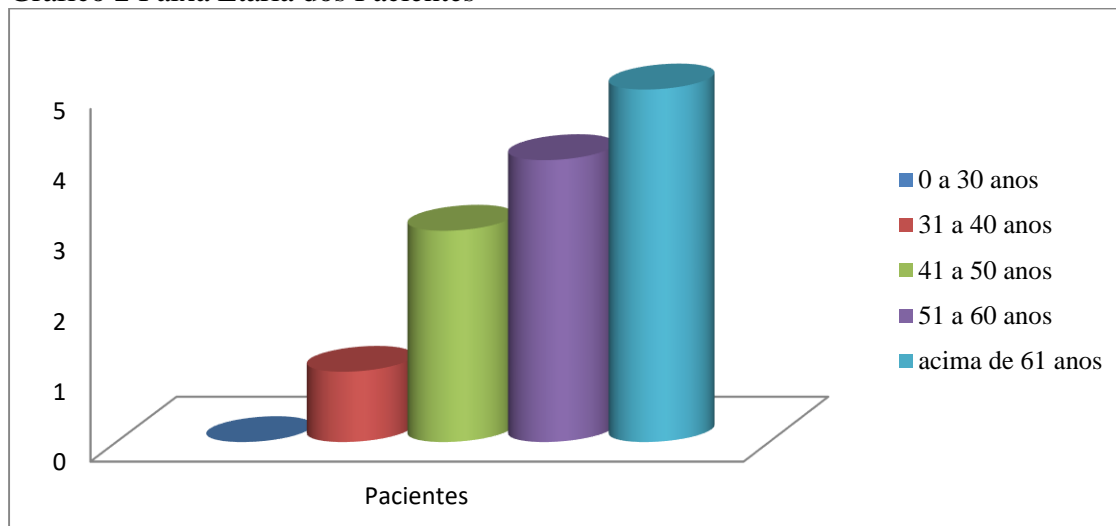
Gráfico 1 – Pacientes por Sexo



Fonte: Dados da Pesquisa

Neste gráfico pode-se observar a grande diferença entre o sexo dos pacientes. Isso confirma a teoria de que os homens procuram menos os serviços de saúde, do que as mulheres. Nesse sentido, os homens são estimulados a manifestar a sua virilidade por meio comportamentos dados como simbolismo de sua masculinidade (BOZON, 2004). Para se sentirem “como homens” (WELZER-LANG, 2001). Assim, segue-se um estilo de padrão de masculinidade, idealizado por eles ao ponto de não demonstrarem um autocuidado pelo medo de serem vistos como afeminados (SABO, 2002). Infelizmente, há muitos fatores que interferem nestes dados, a ideia de que a mulher foi criada para cuidar e ser cuidada e o homem não. A questão de ensino, acessibilidade, risco social, socialização, masculinidade. Muitos estudos também mostram que há críticas para o fato de os serviços de saúde não terem um atendimento especializado para homens, fazendo com que não se reconheçam como alvo de atendimento, dificultando a procura (KALCKMANN; SCHRAIBER, 2005).

Gráfico 2 Faixa Etária dos Pacientes



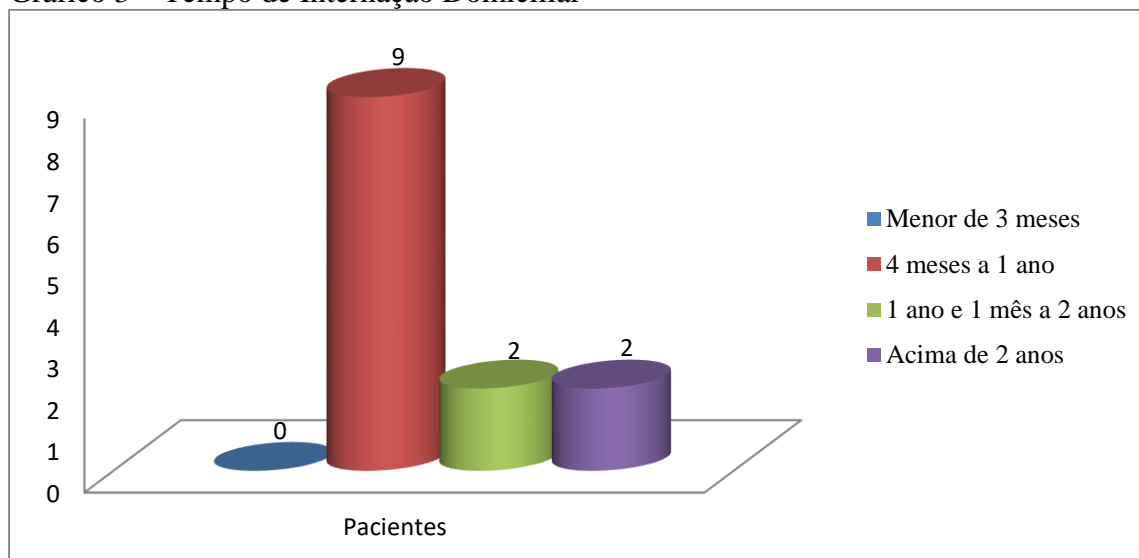
Fonte: Dados da Pesquisa

A população brasileira vem envelhecendo cada vez mais, devido ao aumento da expectativa de vida, onde no século 20 a expectativa de vida era de 33 anos em média, já nos dias atuais essa média é de 68 anos (RAMOS, 1993). Segundo Veras (2002), a população de idosos em 20 anos será de 32 milhões.

Com este aumento da população de idosos, houve também o aumento na utilização dos serviços de saúde (VERAS, 2001). De acordo com Vilar (2000), os idosos apresentam mais doenças crônicas do que comparado com outras faixas etárias, e também apresentam múltiplas patologias.

Podemos notar que a grande maioria dos pacientes assistidos neste programa são os idosos, e este alto número está relacionado com os fatores já citados acima, onde observamos as patologias múltiplas e crônicas.

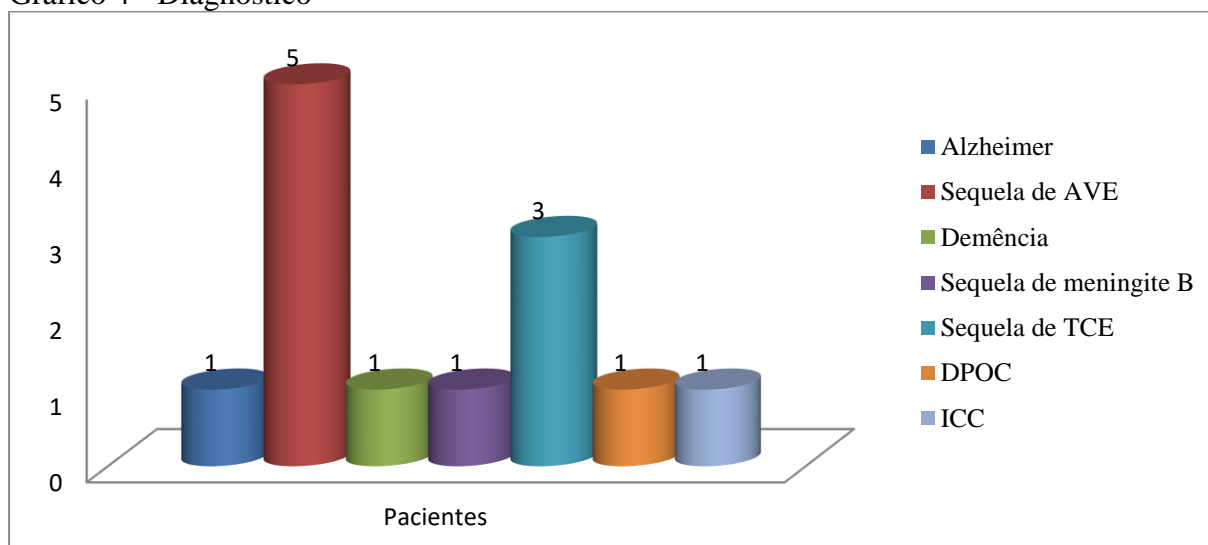
Gráfico 3 – Tempo de Internação Domiciliar



Fonte: Dados da Pesquisa

O tempo de internação domiciliar varia muito da condição patológica do paciente e também, como será a evolução a partir do cuidado em domicílio. A partir da admissão do paciente no programa de AD, tanto o paciente, quanto a família passa por mudanças em suas rotinas. Em meio a isso, é possível analisar que a família perde um pouco de sua “autonomia” (PETTENGILL; ANGELO, 2005). Nesse contexto, é de suma importância salientar o quão necessário é acolher não só o paciente, mas também sua família e/ou cuidador, criando um vínculo onde se possa ter uma troca, ou seja, ambos recebem o apoio da equipe de AD para tornar mais fácil e eficaz o processo de internação domiciliar.

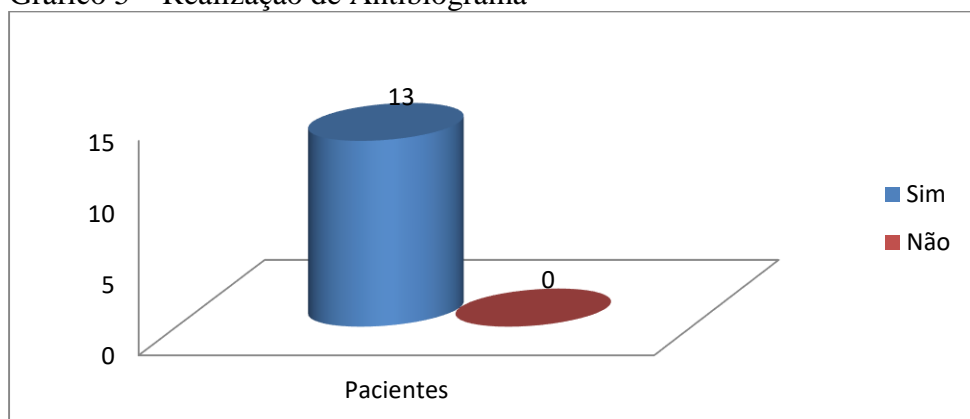
Gráfico 4 - Diagnóstico



Fonte: Dados da Pesquisa

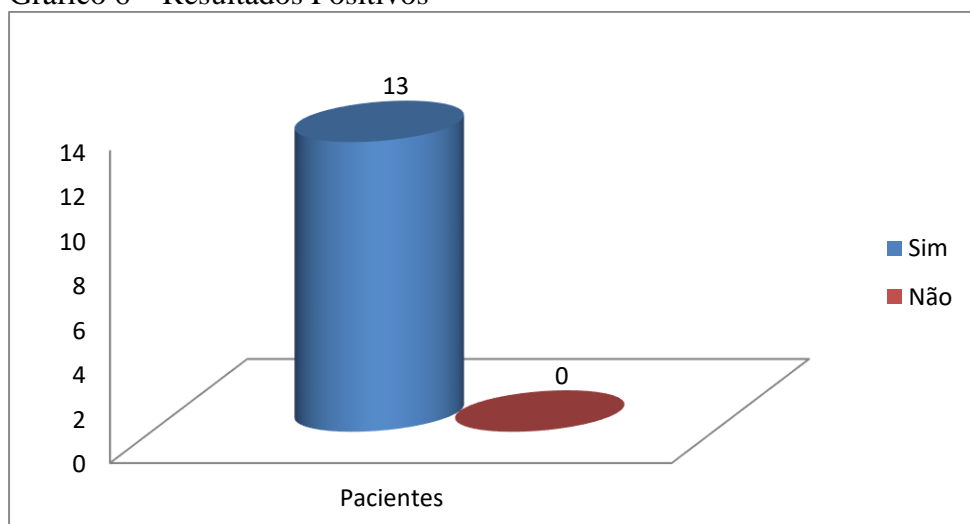
Neste gráfico observa-se que os diagnósticos com maiores índices são: sequela de AVE e TCE, consideradas uma das maiores causas de mortalidade no mundo. Com base em teorias, confirma-se que os pacientes portadores de tais condições têm necessidade de um cuidado integral, o paciente passa a necessitar de uma assistência mais intensiva, pois podem surgir insegurança, ansiedade, medo, não só do paciente, mas também, da família que passa a acompanhar (LACERDA, 2004). Citando o TCE, pode-se dizer que se trata de um problema de saúde pública também, pois é considerada como uma das maiores causas de mortes e sequelas em muitos jovens e adultos. Nesta condição o paciente apresenta alto índice de depressão, a família também sofre devido à nova rotina em que terá que seguir (PECLAT, 2004).

Gráfico 5 – Realização de Antibiograma



Fonte: Dados da Pesquisa

Gráfico 6 – Resultados Positivos



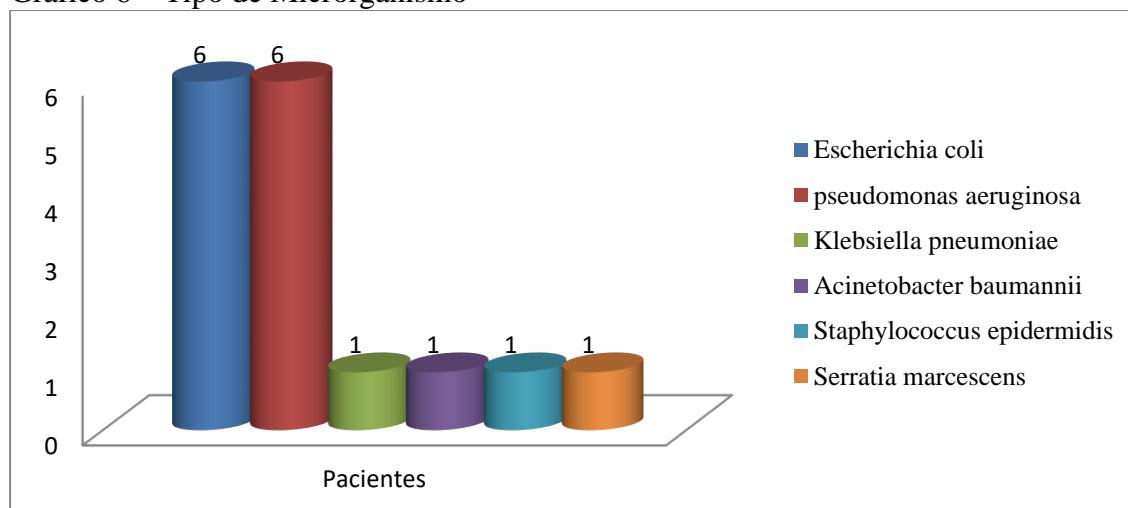
Fonte: Dados da Pesquisa

É de extrema importância a realização do antibiograma nas amostras positivas para bactérias, pois mostrará a sensibilidade ou resistência aos principais antibióticos usado. Quando não utilizado

este método de avaliação de resistência, pode-se levar um tratamento ineficaz e incorreto, pois a dosagem ou o antibiótico usado pode ser impróprios para o determinado microrganismo a ser combatido, onde irá tornar esse organismo resistente ao antibiótico (SANTO *et al*, 2012).

Por isso vale destacar a necessidade da realização deste exame, pois acarretará na diminuição dos microrganismos multirresistentes, facilitando assim o tratamento.

Gráfico 6 – Tipo de Microrganismo



Fonte: Dados da Pesquisa

As bactérias é uma das grandes causadoras de infecções, devido a isso tem ganhado bastante atenção, pois está se tornando resistente a diversos fármacos de última geração (COELHO *et al*, 1994).

A *Escherichia coli* é uma das maiores responsáveis pelas enterites, pois possui capacidade de colonizar o epitélio intestinal (NATARO e KAPER, 1998).

A *Pseudomonas aeruginosa* é um patógeno causador de infecções em diversos sítios, está dispersa em vários ambientes e é capaz de resistir por longos períodos onde acaba desenvolvendo resistência a antimicrobiano, principalmente em pacientes imunocomprometidos (GALES *et al*, 2001). Este microrganismo apresenta amplo aspecto de resistência a várias classes de antibióticos, inclusive cefalosporina de terceira e quarta geração e carbapenêmicos, devido a este fator uma infecção causada por cepas deste microrganismo, é um grande desafio para a terapia antimicrobiana (FUENTEFRÍA *et al*, 2008). Isto pode responde o alto índice de pacientes que apresentaram este tipo de microrganismo.

Klebsiella pneumoniae é um bacilo gram-negativo que está presente no trato gastrointestinal, possui resistência aos carbapenêmicos e inativa as penicilinas, monobactâmicos e cefalosporinas (DIENSTMANN *et al*, 2010).

O *Acinetobacter baumannii* é um patógeno bastante conhecido, pois é causador dos surtos de IRAS. A grande maioria dos pacientes apresentam o estágio de colonização do que de infecção. A transmissão cruzada tem sido um dos principais fatores de disseminação (FERRAZ *et al*, 2014).

Staphylococcus epidermidis é um dos principais responsáveis por infecções de corrente sanguínea e implantes de dispositivos médicos. Infecções associadas a este patógeno tem a característica de formar um biofilme e colonizar superfícies (THEISEN, 2010).

Serratia marcescens é um patógeno importante, devido suas propriedades invasivas e a alta resistência a muitos antibióticos. Faz parte da família *Enterobacteriaceae* onde causa várias doenças infecciosas, como pneumonia, endocardite e bacteremia principalmente em pacientes debilitados e imunocomprometidos. Este microrganismo produz enzimas que produz uma alta patogenicidade, onde é resistente a cefalotina e colistina. Este gênero é considerado uma bactéria emergente, onde vem causado várias infecções graves (MENEZES *et al*, 2004).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante o presente estudo podemos observar a real importância da internação domiciliar, pois ela traz benefícios para ambos os lados, tanto na parte de redução de gastos no ambiente hospitalar, quanto na parte do conforto da família em ter o seu ente próximo, contribuindo assim para a sua cura.

Ressaltamos também a importância da equipe no planejamento de cuidados para este paciente, para ter uma continuidade no tratamento, e dentro deste planejamento se inclui a orientação para o familiar, referente as mudanças que aconteceram e os cuidados que deverão ter para auxiliar neste tratamento.

Destacamos também a necessidade da realização do antibiograma, para saber a sensibilidade do microrganismo a ser tratado e também todas as medidas preventivas que devem ser tomadas para evitar a proliferações desses patógenos.

REFERÊNCIAS

ARIAS, K. M.; SOULE, B. M. **Manual de controle de infecções da APIC/JCAHO**. Porto Alegre: Artmed; 2008.

BOZON, M. **Sociologia da sexualidade**. Rio de Janeiro: Editora FGV; 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria 2.616** de 12 de maio de 1998. Brasília: Diário Oficial da União, 13 de maio de 1998. Seção 1, p. 133.

BRASIL. **Lei 10.424**, de 15 de abril de 2002. Acrescenta capítulo e artigo à Lei 8080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento de serviços correspondentes e dá outras providências, regulamentando a assistência domiciliar no Sistema Único de Saúde. Brasília (DF): Diário Oficial da República Federativa do Brasil; 16 abr 2002. p. 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Controle e Monitoramento de microrganismos multirresistentes**. Brasília, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº. 9.431**, de 06 de Janeiro de 1997. Dispõe sobre a obrigatoriedade de manutenção de programas de controle de infecção hospitalar pelos hospitais do país. Brasília: Diário Oficial da União, 06 de janeiro de 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 963**, de 27 de maio de 2013. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 529, de 1 de abril de 2013**. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília; 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Segurança do paciente no domicílio**. Brasília, 2016.

COELHO, R.; JIMENEZ, J.; GARCIA, M. Spective study of infection colonization and carriage of methicillin resistant *Staphylococcus aureus* in an outbreak affecting 990 patients. **Eu J Microbiol Infect Dis** v. 13, p. 81-84, 1994.

COTTA, R. M. M. *et al.* La hospitalización domiciliar: antecedentes, situación actual y perspectivas. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, DC, v. 10, n. 1, p. 45-55, jul. 2001.

DIENSTMANN, R.; PICOLI, S. U.; MEYER, G.; SCHENKEL, T.; STEYER, J. Avaliação fenotípica da enzima *Klebsiella pneumoniae* carbapenemase (KPC) em *Enterobacteriaceae* de ambiente hospitalar. **Bras Patol Med Lab**. v. 46. n.1. p. 23-27. Fevereiro. 2010.

ECDC, European Centre for Disease prevention and Control. Healthcare-associated infections. 2016.

FABRICIO, S. C. C.; WEHBE, G.; NASSUR, F. B. e . ANDRADE, J. I. .Assistência domiciliar: a experiência de um hospital privado do interior paulista. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v.12, n.5, p.721-726, 2004.

FERNANDES, A. T. **Uma reflexão sobre a determinação do risco biológico dos profissionais de saúde. Prática hospitalar**. v. 9, n. 53, p. 68-8, 2007.

FERRAZ, R. R. N.; LAPCHIK, M. S.; BARNABÉ, A. S.; FORNARI, J. V. Não conformidades nas práticas de precaução / isolamento e ocorrência de infecções relacionadas à assistência à saúde

(iras) por *Acinetobacter baumannii* em hospital público estadual de são paulo. **Revista Acadêmica São Marcos**, [S.l.], v. 4, n. 1, p. 19-29, jul. 2014. ISSN 2237-2733. Disponível em: <<http://www.saomarcos.com.br/ojs/index.php/rasm/article/view/58/56>>. Acesso em: 29 Out. 2017.

FUENTEFRIA, D. B; FERREIRA, A. E.; GRAF, T.; CORÇÃO, G. *Pseudomonas aeruginosa*: disseminação de resistência antimicrobiana em efluente hospitalar e água superficial. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**. v.41, n. 5, p. 470-473, set-out, 2008.

GALES, A. C.; REIS, A. O.; JONES, R. N. Contemporary assessment of antimicrobial susceptibility testing methods for polymyxin B and colistin: review of available interpretative criteria and quality control guidelines. **Journal of Clinical Microbiology** v. 39, p. 183-190, 2001.

JACOBY, Thalita Silva. **Associação entre consumo de antimicrobiano e multirresistência bacteriana em centro de terapia intensiva de Hospital Universitário Brasileiro, 2004-2006**. 2008. 108 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Medicina, Programa de Pós-graduação em Ciências Médicas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/13066/000638076.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 22 mar. 2017.

KALCKMANN, S.; BATISTA, L.E.; SOUZA, L. C. F. Homens de baixa renda falam sobre saúde reprodutiva e sexual. *In*: ADORNO R.; ALVARENGA, A.; VASCONCELOS, M. P. [org] **Jovens, trajetória, masculinidades e direitos**. São Paulo: Edusp; 2005. p. 199-217.

LACERDA, A.; VALLA, V. V. As práticas de cuidado integral à saúde como proposta para aliviar o sofrimento. *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: Hucitec: ABRASCO; 2004.p. 148-59.

LACERDA, M. R. **Tornando-se profissional no contexto domiciliar: vivência do cuidado da enfermeira**. 2000. Tese (Doutorado em Filosofia da Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.

LACERDA, M. R.; OLINISKI, S. R. A família e a enfermeira no contexto domiciliar: dois lados de uma realidade. **Texto Contexto Enferm**. 2003.

MARRELLI, T. M. Welcome to home care: the health sting of the future. *In*: MARRELLI, T. M. **Handbook of home health orientation**. St. Louis: Mosby, 1997.

MENEZES, E. A.; CEZAFAR, F. C.; ANDRADE, M. S. S.; ROCHA, M. V. A. P.; CUNHA, F. A. Frequência de *Serratia sp* em Infecções Urinárias de pacientes internados na Santa Casa de Misericórdia em Fortaleza. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**. v. 37, p. 70-71, jan-fev, 2004.

MESQUITA, S.R.A.M. *et al*. Programa Interdisciplinar de Internação Domiciliar de Marília-SP: custos de materiais consumidos. **Rev. Latino-am Enfermagem**, v. 13, n. 4, p. 555-61, 2005.

MOURA, J.P. **A adesão dos profissionais de enfermagem às precauções de isolamento na assistência aos portadores de microrganismos resistentes**. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2004.

NATARO, J. P.; KAPER, J. B. Diarrheagenic *Escherichia coli*. **Clinical Microbiology Reviews**, EUA, v.11, n.1, p.142-201, 1998

PECLAT, K. C. **Traumatismo Cranioencefálico**. Fioweb Wgate, 2004.

PETTENGILL, M. A. M.; ANGELO, M. Vulnerabilidade da família: desenvolvimento do conceito. **Rev Latino-am Enfermagem** 2005 novembro-dezembro; 13(6):982-8.

RAMOS, L. R. A explosão demográfica da terceira idade no Brasil: Uma questão de saúde pública. **Gerontologia**, v. 1, p. 3-8, 1993.

REIS, A. T., SILVA, C. R. A. Segurança do Paciente. **Cad. Saúde Pública** [online]. v. 32, n. 3, 2016.

SABO, D. O estudo crítico das masculinidades. In: ADELMAN M.; SILVESTRIN, C. B. [orgs] **Coletânea gênero plural**. Curitiba: Editora UFPR; 2002.

SANTOS, P. K.T. *et al.* Identificação e perfil antimicrobiano de bactérias isoladas de urina de gestantes atendidas na Irmandade de Santa Casa de Misericórdia de Prudentópolis. Paraná. **Semina**, v. 33, n. 2, p. 181-192, 2012.

SCHRAIBER, L. B. Equidade de gênero e saúde: o cotidiano das práticas no Programa Saúde da Família do Recife. In: VILLELA, W.; MONTEIRO, S. [orgs]. **Gênero e saúde: Programa Saúde da Família em questão**. Rio de Janeiro: ABRASCO/Brasília: Fundo de População das Nações Unidas; 2005. p. 39-61.

SILVA, A. E. B. C. Segurança do paciente: desafios para a prática e a investigação em Enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. Goiânia, v. 12, n. 3, p. 422-4, set. 2010. ISSN 1518-1944. Disponível em: <<https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/11885>>. Acesso em: 27 set. 2017.

SILVA, A. R. A. **Infeções relacionadas á assistência domiciliar (Home Care) e em unidades de tratamento intensivo**. Instituto Oswaldo Cruz: Pós-graduação em Pesquisa Clínica em Doenças Infecciosas; 2010.

SILVA, K. L.; Internação domiciliar no Sistema Único de Saúde. **Rev Saúde Pública**. v. 39, n. 3, p. 391-7, 2005.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. Tratado de enfermagem médico – cirúrgica. In: **Tratamento de pacientes com trauma neurológico**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A., 2006.

SOUSA, A. F. L; QUEIROZ, A. A. F. L. N; OLIVEIRA, L. B; VALLE, A. R. M. C; MOURA, M. E. B. **Representações sociais da infecção comunitária por profissionais da Atenção Primária**. Acta Paulista de Enfermagem. 2015.

THEISEN, J. **Suscetibilidade de Staphylococcus epidermidis à Vancomicina, Rifampicina, Azitromicina e Eritromicina**. 2010. 28 p. Trabalho de Conclusão de Curso (Faculdade de Farmácia)- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010. Disponível em: <<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/26824/000758646.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 29 out. 2017.

VERAS, R. P. Modelos contemporâneos no cuidado à saúde: Novos desafios em decorrência da mudança do perfil epidemiológico da população brasileira. **Revista USP**. v. 51, p. 72-85. 2001.

VERAS, R. P. **Terceira Idade: Gestão Contemporânea em Saúde**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará. 2002.

VILAR, J. M. A crise no setor saúde e o ranking da OMS. **Revista Brasileira de Home Care**. v. 6, n. 22, 2000.

WELZER-LANG, D. A construção do masculino: dominação das mulheres e homofobia. **Revista Estudos Feministas**. v. 2, p. 460-82, 2001.