

Infecção nosocomial pelo bacilo de koch (BK): Um estudo de caso

Koch bacillus nosocomial infection: A case study

Infección nosocomial pelo bacilo de koch (BK): Um estudo de caso

Resumo

Introdução. Quando há possibilidades de transmissão da tuberculose em unidades de saúde há também sérios riscos tanto para os pacientes como para os profissionais de saúde. Medidas de natureza administrativas, de controle ambiental e de proteção respiratória devem ser adotadas e adaptadas à realidade de cada unidade de saúde. **Objetivo.** Realizar um estudo de caso de um paciente idoso, vítima de acidente ofídico grave que desenvolveu uma infecção intra-hospitalar por tuberculose. **Metodologia.** O presente estudo foi do tipo relato de caso, no formato descritivo com abordagem quantitativa. **Estudo de caso.** Paciente oriundo do interior do Estado do Amazonas, 56 anos, tabagista e etilista há dez anos, após ter sido mordido por serpente foi conduzido imediatamente ao hospital onde recebeu o soro antiofídico mas evadiu-se do leito para ingerir bebidas alcoólicas retornando ao hospital após piora do quadro. Na readmissão paciente encontrava-se alcoolizado prejudicando a avaliação do seu estado neurológico e algumas horas depois evoluiu para um quadro de anafilaxia após soro antibotrópico sem causa aparente. No mês seguinte, observou-se consideráveis melhoras clínica. Após cinco meses na clínica médica os registros dizem que foi realizada radiografia de tórax onde mostrou lesão em ápice esquerdo. Solicitado exame de escarro para detecção do Bacilo de Koch o qual deu positivo, ou seja, o paciente desenvolveu tuberculose pulmonar transmitida em ambiente hospitalar. **Conclusão.** Percebe-se que há muito o que melhorar em relação a adesão das regras de biossegurança e as barreiras de contenção pois elas tem grande importância na quebra de cadeia de transmissão desse microrganismos.

Descritores: Tuberculose, Doenças Transmissíveis, Biosegurança, infecção hospitalar.

Abstract

Introduction. When there are possibilities of tuberculosis transmission in health facilities, there are also serious risks for both patients and health professionals. Administrative, environmental control and respiratory protection measures must be adopted and adapted to the reality of each health unit. **Objective.** To carry out a case study of an elderly patient, victim of a severe snakebite who developed an in-hospital tuberculosis infection. **Methodology.** The present study was of the case report type, in the descriptive format with a quantitative approach. **Case study.** Patient from the interior of the State of Amazonas, 56 years old, smoker and alcoholic for ten years, after being bitten by a snake, he was taken immediately to the hospital where he received the antivenin serum but escaped from the bed to ingest alcoholic beverages returning to the hospital after worsening from the board. Upon readmission, the patient was intoxicated, impairing the assessment of his neurological status, and a few hours later, he developed anaphylaxis after anti-botrophic serum without any apparent cause. In the following month, considerable clinical improvement was observed. After five months in the medical

Evelyn Loynny Ribeiro Lima

Graduanda do curso de Biomedicina da Faculdade Metropolitana de Manaus, FAMETRO

ORCID: 0000-0002-0965-5586

Eduardo Ferreira dos Santos

Graduando do curso de Biomedicina da Faculdade Metropolitana de Manaus, FAMETRO

ORCID: 0000-0003-1938-1520

Fernanda Lima Pereira

Graduanda do curso de Biomedicina da Faculdade Metropolitana de Manaus, FAMETRO

ORCID: 0000-0001-8395-4771

Andreza Lindoso Farias

Graduanda do curso de Biomedicina da Faculdade Metropolitana de Manaus, FAMETRO

ORCID: 0000-0002-9091-0926

Maria Andreza Palheta de Souza

Graduanda em enfermagem no Centro Universitário Nilton Lins – UNINILTONLINS

ORCID: 0000-0002-4767-2862

Katia Suellen Silva Maciel

Graduanda em enfermagem no Centro Universitário Nilton Lins – UNINILTONLINS

ORCID: 0000-0003-2025-2427

Raimunda Nonata Marques dos Santos

Graduanda em enfermagem no Centro Universitário Nilton Lins – UNINILTONLINS
ORCID: 0000-0001-7735-8922

Antônio Salles Arraes Pedrosa Barreto

Enfermeiro especialista, atuando como assistencial na Fundação de Medicina Tropical Dr. Heitor Vieira Dourado-FMT/HVD
ORCID: 0000-0001-5230-9972

Nayara da Silva Paixão

Graduanda do curso de Farmácia da Universidade Paulista - Campus Manaus
ORCID: 0000-0003-4745-087X

Arimatéia Portela de Azevedo

Enfermeiro Mestre – coordenador da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar-CCIH da Fundação de Medicina Tropical Dr. Heitor Vieira Dourado
ORCID: 0000-0002-9250-1165

clinic, the records say that a chest X-ray was performed, which showed a lesion in the left apex. A sputum test was requested for the detection of Koch's Bacillus, which was positive, that is, the patient developed pulmonary tuberculosis transmitted in a hospital environment. Conclusion. It is noticed that there is much to improve in relation to adherence to biosafety rules and containment barriers, as they are of great importance in breaking the chain of transmission of these microorganisms.

Descriptors: Tuberculosis, Communicable Diseases, Biosafety, nosocomial infection.

Resumen

Introducción. Cuando existen posibilidades de transmisión de la tuberculosis en los establecimientos de salud, también existen graves riesgos tanto para los pacientes como para los profesionales de la salud. Las medidas administrativas, de control ambiental y de protección respiratoria deben adoptarse y adaptarse a la realidad de cada unidad de salud. Objetivo. Realizar un estudio de caso de un paciente anciano, víctima de una grave mordedura de serpiente que desarrolló una infección tuberculosa intrahospitalaria. Metodología. El presente estudio fue del tipo reporte de caso, en el formato descriptivo con enfoque cuantitativo. Estudio de caso. Paciente del interior del Estado de Amazonas, de 56 años, fumador y alcohólico desde hace diez años, tras ser mordido por una serpiente fue llevado de inmediato al hospital donde recibió el suero antiveneno pero se escapó de la cama para ingerir bebidas alcohólicas. regresando al hospital tras empeorar de la junta. Al reingreso, el paciente se encontraba intoxicado, impidiendo la valoración de su estado neurológico, y pocas horas después desarrolló anafilaxia tras suero antibiótico sin causa aparente. En el mes siguiente se observó una mejoría clínica considerable. Luego de cinco meses en la clínica médica, los registros dicen que se le realizó una radiografía de tórax, la cual mostró una lesión en el vértice izquierdo. Se solicitó examen de esputo para detección de Bacilo de Koch, el cual resultó positivo, es decir, el paciente desarrolló tuberculosis pulmonar transmitida en ambiente hospitalario. Conclusión. Se percibe que hay mucho por mejorar en relación al cumplimiento de las normas de bioseguridad y barreras de contención, ya que son de gran importancia para romper la cadena de transmisión de estos microorganismos.

Palabras clave: Tuberculosis, Enfermedades Transmisibles, Bioseguridad, Infección nosocomial.

RECEBIDO: 28/09/2022 | APROVADO: 30/11/2022

INTRODUÇÃO

Já é bem esclarecido o fato de que as Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) são reconhecidas por seu caráter multifatorial já que são diretamente associadas a fatores tais como à gravidade da doença, as condições nutricionais dos pacientes, a natureza dos procedimentos diagnósticos ou terapêuticos, bem como

ao tempo de internação. Estas trazem reflexos econômicos e sociais, visto que causam um aumento no tempo de internação do paciente, aumento da morbidade, e crescimento de organismos multirresistentes dentre outros^{1,2}.

A transmissão da tuberculose em unidades de saúde pode acometer tanto os pacientes, como os profissionais de saúde. Os gestores devem incessantemente discu-

tir medidas de controle da transmissão nosocomial da tuberculose baseando-se nas medidas propostas pelos protocolos vigentes. As medidas de natureza administrativas de controle ambiental e de proteção respiratória devem fazer parte do dia a dia dos profissionais de saúde^{3,4,5}.

A Tuberculose (TB) é uma doença infecciosa causada pelo *Mycobacterium tuberculosis* (Mtb) que pode acometer

qualquer órgão ou sistema do organismo, preferencialmente os pulmões. Sua transmissão se faz por via respiratória, pela inalação de aerossóis produzidos pela tosse, fala ou espirro de um doente com a doença ativa, na forma clínica pulmonar ou laríngea. Esses bacilos permanecem dispersos no meio ambiente em aerossóis por um período de tempo que depende das condições de ventilação e luz solar direta^{6, 7, 8}.

No Estado do Amazonas, a tuberculose é uma doença endêmica e segundo o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), o coeficiente Estadual de incidência superou a média nacional pois ela é facilmente transmitida de indivíduo para indivíduo por meio de aerossóis infectantes eliminados no ar através da tosse ou da fala. Sabe-se que o elevado risco de exposição em ambiente hospitalar relaciona-se com falhas no reconhecimento, isolamento e manejo de pacientes com TB pulmonar⁹.

Há algum tempo percebeu-se sua difusão e instalação em todos os municípios do Estado em maior ou menor escala/intensidade e como é sabido, tal patologia continua sendo um sério problema de saúde pública^{10, 11}.

Em Manaus, capital do Estado do Amazonas, ela também é uma doença endêmica com elevado índice de abandono de tratamento principalmente porque o tratamento é complexo e demorado envolvendo o uso de vários fármacos por um período mínimo de seis meses^{11, 12, 13, 14}.

Em relação as medidas preventivas sugeridas a partir do diagnóstico, é importante e necessário atentar para que a assistência tenha um fluxo previamente planejado utilizando-se quarto de isolamento que tenha um sistema de pressão negativa, filtro High EfficiencyParticulate Air Filter (HEPA). Já a equipe de saúde deverá estar devidamente paramentada com a máscaras tipo N95 e o registro da precaução respiratória bem evidente no prontuário

para ciência de todos¹⁵.

Outras medidas simples, como a abertura de janelas da enfermaria que permita mais iluminação, insolação e circulação de ar natural, a não utilização de ar-condicionado ou ventilador de teto são medidas viáveis de baixo custo e alta eficácia sob o ponto de vista da biossegurança^{16, 17}.

Vários estudos indicam que é evidente o risco de contágio nosocomial hospitalares.



A transmissão da tuberculose em unidades de saúde pode acometer tanto os pacientes, como os profissionais de saúde. Os gestores devem incessantemente discutir medidas de controle da transmissão nosocomial da tuberculose baseando-se nas medidas propostas pelos protocolos vigentes



Alguns fatores como aumento da exposição e medidas sub ótimas de controle de infecções em países com alta carga de TB, aumentam o risco. O monitoramento dessa patologia dentro das instituições de saúde pode ser um salto importante para a eficácia das medidas de controle de infecção em ambientes de saúde^{18, 19}.

Portanto, o objetivo principal deste estudo

foi realizar um estudo de caso de um paciente, vítima de acidente ofídico que desenvolveu uma infecção intra-hospitalar por tuberculose.

METODOLOGIA

O presente estudo foi do tipo relato de caso, no formato descritivo com abordagem quantitativa realizado com um paciente, do gênero masculino, idade 56 anos com o diagnóstico inicial de acidente ofídico e em seguida sequelas de infarto cerebral e por último Tuberculose pulmonar de origem intra-hospitalar.

Como o paciente ainda continua internado, todos os aspectos éticos referente ao estudo foram respeitados de acordo com a resolução 466/12 do Ministério da Saúde/CEP (CAAE 59866422.4.0000.0005, Número do Parecer. 5.529.313).

O estudo foi realizado em um hospital universitário, terciário, referência para portadores de doenças infectocontagiosas no Amazonas.

ESTUDO DE CASO

Deu entrada no setor de pronto atendimento do hospital referência para Doenças Tropicais do Amazonas, em Ambulância de Suporte Avançado (USA) oriundo do interior do Estado, conduzido por familiares, paciente do gênero masculino, 56 anos com o diagnóstico inicial de acidente ofídico (CID-T630), com injúria em membro inferior direito, sem informações precisas quanto ao horário que foi mordido pela serpente e a espécie do animal. Tabagista e etilista há dez anos. Familiar informado que após ter sido mordido pela serpente foi conduzido imediatamente ao hospital do município onde morava e que recebeu o soro ativeneno e que evadiu-se do leito para ingerir bebidas alcoólicas retornando ao hospital após piora do quadro.

Nos registros da readmissão daquele hospital, havia as informações que o

paciente encontrava-se alcoolizado prejudicando a avaliação do seu estado neurológico. Ao fazerem um exame físico evidenciaram que o mesmo apresentava gengivorragia e êmeses (não informada a característica). Na ocasião foram administradas seis ampolas de soro antibotrópico e algumas horas depois o paciente evoluiu com parada cardio-respiratória-PCR não informado ritmo, não informado causa, ou seja, apenas que o mesmo evoluiu para um quadro de anafilaxia após soro antibotrópico sem causa aparente. A PCR foi revertida após 2 ciclos de reanimação cardio-pulmonar-RCP, suporte e cuidados intensivos. Exame de tempo de sangria mostrando não coagulável. Pela gravidade do quadro, o mesmo foi transferido para o hospital referência em Doenças Tropicais em Manaus.

A assistência social do hospital de referência registrou, na chegada, que o paciente foi abandonado pela família atual, estava acompanhado apenas pela ex-mulher que mantinha um divórcio de 10 anos. Foram realizadas várias tentativas de contato com familiares, mas sem sucesso.

No mesmo dia da admissão no hospital de referência, o paciente foi transferido do pronto atendimento para a Unidade de Terapia Intensiva-UTI. Os registros da admissão da unidade receptora informam terem recebido um paciente gravíssimo, admitido com derivação ventrículo atrial-DVA, noradrenalina 5ml/hora e solução com Fentanil e Midazolam em curso. Em tubo oro traqueal-TOT número 9,5p. Paciente alérgico a dipirona, hipocorado, hidratado, edema em membro inferior "direito", sem sinais visíveis de sangramento. Apresenta quadro de febre intermitente isolada sem foco infeccioso.

Instalada sonda nasogástrica e sonda vesical de demora com 100ml de débito urinário com aspecto escurecido e também dispositivo de acesso venoso periférico em membro superior esquerdo.

Quanto aos achados em Cabeça/

Pescoço: Fácies atípica, ausência de abaulamento e/ ou retrações. Membros superiores sem edemas, membro inferior direito com edema e lesão em face anterior do pé direito.

Também foi evidenciado, após exame físico minucioso, presença de lesões por pressão e dermatite de fraldas. Realizada a limpeza das lesões dos trocanteres direito e esquerdo com soro fisiológico a 0,9% e glicosado 0,5% mornos para acelerar o processo de crescimento de células neófitas. Lesão direita estadiamento 2 sem secreções e lesão a esquerda estadiamento 3 com secreção hialina. Curativo oclusivo em ambos os lados realizado uma vez ao dia e rigorosas mudanças de decúbitos a cada duas horas e mais acompanhamento nutricional para adequação da dieta. Paciente em coma vigil persistente.

Já no mês seguinte, os registros mostravam consideráveis melhoras geral do quadro. Sistema neural e motor com boa resposta, mas ainda mostrava instabilidade hemodinâmica e ainda realizando cuidados gerais com as lesões que já se encontravam em vias de cicatrização pelo bom crescimento de células novas.

Após essa importante melhora, ainda no mesmo mês, o paciente foi transferido para a enfermaria de clínica médica.

Três meses depois da sua transferência para a clínica médica, as informações descritas no prontuário mostravam relatos de que o mesmo já se encontrava acordado, em decúbito dorsal em seu leito, ainda desacompanhado e não verbalizando. Os registros da enfermagem mostravam que o mesmo estava sem alterações de sinais vitais nas últimas 24 horas e que havia apresentado sono reparador (sem gemência) e que sua diurese estava presente mas sem evacuar (evacuuou três dias atrás às 17 horas). Na ocasião foi solicitada adequação da dieta, maior oferta de líquidos e exercícios passivos para melhora do trânsito intestinal.

Após cinco meses na clínica médica os

registros enfatizam que o mesmo apresentou febrícula noturna, tosse persistente e dispneia. Realizado radiografia de tórax onde mostrou lesão em ápice esquerdo. Solicitado exame de escarro de BAAR para detecção do Bacilo de Koch. Por ser sintomático respiratório, foi colocado em isolamento por aerossol. Com a chegada do resultado do exame, foi confirmada tuberculose pulmonar adquirida em ambiente hospitalar. Por falta de indícios, mesmo após rigoroso rastreio, não se sabe ao certo se o bacilo chegou ao paciente trazido por acompanhantes, visitantes ou servidores. Foi completado todo o esquema de farmacoterapia para tuberculose pulmonar em seis meses. Paciente com sequelas de acidente vascular cerebral não especificada como sendo hemorrágica ou isquêmica.

Após um ano de internação os registros indicam um paciente em regular estado geral-REG, responsivo a chamados com abertura ocular espontânea, acianótico, anictérico, afebril ao toque, hidratado, hipocorado (+/4), eupneico, respirando em ar ambiente.

Cabeça e pescoço: Presença de pterígio bilateral. Cavidade oral com dentição incompleta. Cadeio cervical sem adenopatias. Sonda nasogástrica (SNG) com fluxo alimentar passando 140ml/hora.

Ausculta respiratória-AR: com roncosp bilaterais predominantes em bases, sibilos discretos em ápice pulmonar direito.

Abdome: plano, flácido, indolor a palpação superficial em todos os quadrantes, ruidos hidro aéreo presentes.

Membros superiores e inferiores: sem edema, pulsos pediosos palpáveis e simétricos.

É imprescindível a presença do familiar/cuidador como acompanhante ou na condição de visitante mas é imprescindível lembrar que a tuberculose ainda é um importante problema de saúde pública em todo o mundo, com 1,4 milhões de mortes que ocorrem anualmente e que também há

incerteza sobre quais fatores estão associados à mortalidade intra-hospitalares entre pacientes. Essa lacuna de conhecimento complica os esforços para identificar e melhorar a gestão desses indivíduos com TB em maior risco de morte¹⁴.

Sabe-se que a tuberculose é transmitida de indivíduo para indivíduo por meio de aerossóis infectantes eliminados no ar através da tosse ou da fala e que o elevado risco de exposição em ambiente hospitalar relaciona-se com falhas no reconhecimento, isolamento e manejo de pacientes ou familiares cuidadores sintomáticos próximos a eles¹⁵.

É de suma importância que também haja nos hospitais busca diária de casos confirmados ou suspeitos de pacientes sintomáticos para tuberculose e também um acompanhamento minucioso da distribuição e controle na tomada dos tuberculostáticos¹⁷.

A notificação compulsória dos casos e a construção de manuais ou folder's instrutivos, a avaliação do cumprimento das normas de biossegurança, treinamento dos profissionais e alunos para o controle desta patologia, realização da prova tuberculínica em pacientes, alunos e profissionais de saúde e avaliação e controle do funcionamento dos filtros HEPA e, por fim, pesquisas sobre tuberculose realizada por alunos de graduação e pós-graduação também são medidas extremamente necessárias para o aumento do conhecimento e quebra de transmissão intra-hospitalares desse patógeno¹⁸.

As pesquisas mostram que a assistência farmacêutica, pelos seus conhecimentos, pode prestar um atendimento de qualidade ao paciente com tuberculose, orientando/acompanhando durante a tomada dos medicamentos e no esquema terapêutico, explicando a maneira correta de se administrar o medicamento, informando que é um tratamento longo e precisa ser feito até o fim, para que não cause reincidências e sim 100% da cura²⁰.

A solicitação imediata do exame de BAAR e a análise realizada por pessoal de laboratório (biomédicos, bioquímicos) para detecção do Bacilo de Koch para sintomáticos respiratórios é imprescindível pois é notório que em relação a transmissibilidade e morbimortalidade, a tuberculose é uma doença infecciosa que mais mata no mundo superando as mortes causadas pelo HIV/

Aids. Devido a sua fácil transmissibilidade, qualquer pessoa pode ficar infectada, o desenvolvimento da doença acontece quando o sistema imunitário enfraquece o que facilmente se verifica em contextos de pobreza e de infecção pelo VIH^{12, 18}

Retirar o paciente de um alojamento conjunto e colocá-lo em um quarto privativo pela equipe assistencial (pessoal de enfer-

Tabela 01: sinais e sintomas indicativos de tuberculose pulmonar de transmissão nosocomial percebido no paciente investigado

Sinais e sintomas	Justificativa para se confirmar
1-Febre noturna	1-Febre baixa no início da noite (37,9°)
2-Dispneia	2-Falta de ar ao esforço
3-Tosse seca há mais de 14 dias	3-Indicativo de infecção pulmonar típica de tuberculose
4-Solicitação de Radiografia de tórax no leito	4-Resultado mostrando mancha com aspecto cavernoso em ápice pulmonar sugestivo de microrganismo aeróbio
5-Solicitação de exame de escarro para Bacilo Álcool Acido Resistente-BAAR	5-Resultado com positividade para o bacilo de Koch
6-Perda discreta de peso	6-Detectada pela pesagem mensal
7-Informações epidemiológicas indicativas de infecção nosocomial (hospitalar)	7-Paciente teve contato com sintomáticos respiratórios

Fonte: dados do prontuário eletrônico Idactor

Quadro 01: cuidados multie assistenciais realizados ao paciente em estudo

n	Sinais ou sintomas	Assistências prestadas
1	Edema em membro inferior em virtude do acidente ofídico	Elevação do membro afetado para melhora do edema realizado pela enfermagem
2	Êmese (possivelmente relacionado a reação dos tuberculostáticos)	Intervenção farmacológica realizadas pelo farmacêutico/biomédico
3	Instabilidade hemodinâmica	Colocado em monitorização constante pela enfermagem do setor
4	Lesões por pressão e dermatite de fraldas	Realização e confecção de curativos e reposicionamento no leito pela enfermagem do setor
5	Necessidade de cuidados intensivos	Assistência intensiva beira-leito pela equipe multiprofissional da UTI
6	Infecção intra-hospitalar pelo bacilo de Koch	Manobras de quebra de cadeia de transmissão realizadas pela enfermagem
7	Positividade em exame de escarro de BAAR	Colocado em quarto separado e isolamento por aerossol
8	Constipação intestinal	Adequação da dieta pelo serviço de nutrição
9	Abandono familiar	Realizado contato com outros familiares e viabilizado meios para facilitar assistência familiar ao paciente (serviço social)
10	Paciente sequelado, acamado, estático ao leito	Realizado manobras e exercícios passivos pela fisioterapia

Fonte: dados do prontuário eletrônico Idactor

magem e médico) é muito importante para quebra de cadeia de transmissão pois as vias aéreas continuam sendo a principal porta de entrada para o Bacilo de Koch, pois a transmissão dá-se de pessoa para pessoa através da inalação da bactéria depois de expirada por doentes com TB pulmonar ou laringea através da tosse, espirro ou da fala^{15, 18}.

A falta de medidas de proteção nos hospitais compromete o controle dessa enfermidade. Há uma variedade de medidas de controle ambiental que devem ser implantadas com objetivo de diminuir a concentração e remover as partículas infectantes do recinto. Estas medidas incluem a utilização de ventilação natural, exaustores e filtros¹⁹.

Outra medida bastante utilizada e que se difunde a cada dia é a utilização de dispositivos de irradiação ultravioleta, porém estes são menos eficazes do que os sistemas de ventilação/exaustão. Mas o padrão-ouro ainda são as medidas de proteção respiratória individual que con-

siste no uso de máscaras faciais especiais (respiradores) que devem ser utilizadas em áreas de alto risco para transmissão. Estas máscaras especiais devem ter a capacidade de filtrar partículas menores de três micras com eficiência de 95%¹⁸.

CONCLUSÃO

Sabe-se que a tuberculose é uma doença infectocontagiosa transmitida pelo ar causada pela bactéria *Mycobacterium tuberculosis*, também conhecida como bacilo de Koch. É uma doença grave que acomete todas as idades. Pelas estatísticas o Amazonas é Estado que apresentam os maiores índices da doença. Quantos as medidas para quebra de cadeia de transmissão em ambientes de internação, isolar os pacientes sintomáticos respiratórios até que seja considerado não-bacilífero (três pesquisas de BAAR no escarro negativas), é uma importante medida. Para prevenção da tuberculose transmitida em ambiente

hospitalar tanto a equipe de saúde quanto os familiares/cuidadores e visitantes devem ter grande apreço a adesão as regras de biossegurança e comportamento em ambiente hospitalar pois as barreiras de contenção como também o uso adequado de EPI's tem grande valia na quebra de cadeia de transmissão desse microrganismos. Após quatro anos de internação o paciente ainda se encontra em internação social por que seus familiares se recusam a leva-lo para casa alegando que não têm suporte para mantê-lo vivo em sua residência. Ele permanece internado apenas recebendo cuidados paliativos. A permanência de um paciente em ambiente hospitalar, mais do que necessário, é um risco passivo de prejuízos maiores. A direção do hospital entrou com um mandato junto à justiça para que a família receba o paciente em sua residência haja vista o fato de que a cada dia permanecido no hospital o mesmo corre sérios riscos de desenvolver outras infecções.

Referências

1. ORTEGA, D. B. et al. Análise de eventos adversos em pacientes internados em unidade de terapia intensiva. Artigo Original • Acta Paul Enferm. 30 (2) • Mar-Apr 2017. Visualizado em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/jmFX7cR4pzdnxrCRwhWmjK/?lang=pt&format=html>
2. SOUSA, M. A. S., NASCIMENTO, G. C., BIM, F. L., OLIVEIRA, L. B., ADÉLIA D. S. O. Infecções hospitalares relacionadas a procedimentos invasivos em unidades de terapia intensiva: revisão integrativa. Rev Pre Infec e Saúde. 2017;3(3):49-58
3. ROQUE, K. E. et al. Eventos adversos na unidade de terapia intensiva: impacto na mortalidade e no tempo de internação em um estudo prospectivo. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 32(10):e00081815, out, 2016. Visualizado em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/gRPVfgkZYGdSlnSmXqrsx/?format=pdf&lang=pt>
4. TEIXEIRA, C. C. et al. Fatores relacionados à ocorrência de eventos adversos em pacientes idosos internados. Rev baiana enferm (2018); 32:e25772. Visualizado em: <https://doi.org/10.18471/rbe.v32.25772>
5. SOUZA, R. F. et al. Eventos adversos na unidade de terapia. Rev enferm UFPE on line., Recife, 12(1):19-27, jan., 2018. Visualizado em: [file:///C:/Users/User/Downloads/25205-77683-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/25205-77683-1-PB%20(1).pdf)
6. ALMEIDA, C. G. P. et al. Higienização de mãos em alta complexidade. Revista Interdisciplinar do Pensamento Científico. ISSN: 2446-6778 N° 1, volume 4, artigo n° 04, Janeiro/Junho 2018. Visualizado em: <http://reinpeonline.com.br/index.php/reinpec/article/view/179/141>
7. CAVALCANTE, G. C. et al. Estratégias para quebra de cadeia de transmissão de microrganismos de precaução por contato em pacientes imunossuprimidos. Brazilian Journal of Health Review 17455. ISSN: 2595-6825. 2021. Visualizado em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/34514/pdf>
8. AZEVEDO, A. P. et al. Recursos físicos e insumos disponíveis como medidas de controle intra-hospitalar aplicadas para a prevenção da transmissão do *mycobacterium tuberculosis*. Braz. J. Hea. Rev., Curitiba, v. 3, n. 2, p. 2168-2181 mar./apr. 2020. ISSN 2595-6825. Visualizado em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/7885/6846>
9. PUSTIGLIONE, M. et al. Tuberculose em trabalhadores de serviços de saúde: um problema a ser enfrentado. Rev Med (São Paulo), 2020 jan.-fev.;99(1):16-26. Visualizado em: <https://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/134178/159146>
10. AZEREDO, A. C. V. Tuberculose em profissionais da saúde e o impacto da implantação de medidas de controle de infecção. Visualizado em: <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/205993>
11. DA CUNHA, João Pedro Arantes; DE CAMPOS, Rafael Vilela; LEMOS, Isabela Castello. Tuberculose no Ambiente Hospitalar: Desafios e Perspectivas da Atualidade. Journal of Infection Control, v. 10, n. 4, 2021.
12. LIMA, Cássio de Almeida; BARBOSA, Lorena Antunes; GONÇALVES, Renata Patrícia Fonseca. Prevenção da tuberculose pulmonar intra-hospitalar: o conhecimento da equipe de enfermagem. Rev. enferm. UFPE on line, p. 887-895, 2015.
13. GUILHERME, Rebeca Arce et al. Riscos de contágio de tuberculose ocupacional no ambiente hospitalar: Uma revisão integrativa de literatura. In: 13º Congresso Internacional Rede Unida. 2018.
14. ROCHA, Marcos Vinicius Vieira. PROGRAMA DE ACOMPANHAMENTO DOS PACIENTES ADULTOS COM TUBERCULOSE DO HCPA-2017. Salão de Extensão (18.: 2017: Porto Alegre, RS). Caderno de resumos. Porto Alegre: UFRGS/PRO-REXT, 2017., 2017.
15. ARAUJO, M. R. S., SILVA, H. P., SILVA, A. K. L. S. Avaliação situacional de biossegurança em tuberculose em Unidades Básicas de Saúde na Amazônia. Artigo • Rev. bras. saúde ocup. 41 • 2016. Visualizado em: <https://doi.org/10.1590/2317-6369000125115>
16. AZEVEDO AP et al. Recursos físicos e insumos disponíveis como medidas de controle intra-hospitalar aplicadas para a prevenção da transmissão do *mycobacterium tuberculosis*. Braz. J. Hea. Rev., Curitiba, v. 3, n. 2, p.2168-2181 mar./apr. 2020. Visualizado em: <https://brazilianjournals.com/ojs/index.php/BJHR/article/view/7885/6846>
17. GONÇALVES, M. L. C. Transmissão nosocomial da tuberculose: diminuindo o risco. Boletim de Pneumologia Sanitária - Vol. 9, N° 2 - jul/dez - 2001. Visualizado em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?pid=S0103-60X2001000200005&script=sci_arttext&lng=pt
18. WHO. (2011). the global plan to stop TB 2011-2015: transforming the fight towards elimination of tuberculosis. World Health Organization, pp. 1-90.
19. FIGUEIREDO, P. F. Control of nosocomial transmission of tuberculosis in university hospitals in Southeastern Brazil. Rev. Bras. Pesq. Saúde, Vitória, 16(2): 22-29, abr.-jun, 2014. Visualizado em: <https://periodicos.ufes.br/rbps/article/view/9283>
20. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPS). Plano de Ação Para Prevenção e Controle da Tuberculose [Internet]. Washington: Organização Pan-Americana; 2015.

