



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

FERNANDA RIBEIRO BAPTISTA MARQUES

**REFLEXOS DA HOSPITALIZAÇÃO POR INFLUENZA A (H1N1) NA
FAMÍLIA**

MARINGÁ
2011

FERNANDA RIBEIRO BAPTISTA MARQUES

**REFLEXOS DA HOSPITALIZAÇÃO POR INFLUENZA A (H1N1) NA
FAMÍLIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem – Área de Concentração: O cuidado à saúde nos diferentes ciclos de vida.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Sonia Silva Marcon.

**MARINGÁ
2011**

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
(Biblioteca Central - UEM, Maringá – PR., Brasil)

M357v Marques, Fernanda Ribeiro Baptista
Vivência das famílias no percurso da doença de Alzheimer/Fernanda Ribeiro Baptista Marques. -- Maringá, 2011.
122 f., figs.

Orientador: Prof^a. Dr^a. Sônia Silvia Marcon
Dissertação (Mestrado em enfermagem) - Universidade Estadual de Maringá, Centro de Ciências da Saúde. Departamento de Enfermagem. Programa Associado de Pós-Graduação em Enfermagem, 2011.

1. Vírus da Influenza A Subtipo H1N1 2. Família 3. Isolamento de Pacientes 4. Enfermagem 5. Doenças transmissíveis I. Marcon, Sônia Silvia, orient. II. Universidade Estadual de Maringá. III. Título.

CDD 21.ed. 614.4
JLM000142

FERNANDA RIBEIRO BAPTISTA MARQUES

**OS REFLEXOS DA HOSPITALIZAÇÃO POR INFLUENZA A (H1N1) NA
FAMÍLIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem – Área de Concentração: O cuidado à saúde nos diferentes ciclos de vida.

Aprovado em ____ / ____ / ____

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dr^ª. Sonia Silva Marcon
Orientadora

Prof^ª. Dr^ª. Eda Schwartz
Universidade Federal de Pelotas

Prof^ª. Dr^ª. Magda Lucia Felix de Oliveira
Universidade Estadual de Maringá

DEDICATÓRIA

*Aos meus pais, Maria Cristina e
Fernando, por serem exemplos de luta,
esforço e persistência, além de toda
dedicação, apoio e amor,
proporcionados em todos os momentos
da minha vida.*

*Ao Tiago, por me apoiar e me dar
força, em todas as decisões.*

*À Paula e à Marina, pelo exemplo de
amizade e companheirismo.*

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ser meu amigo fiel e refúgio poderoso, por me dar forças para superar todos os obstáculos e manter-me firme para conseguir chegar até aqui.

Aos meus pais, Maria Cristina e Fernando, pelo incentivo, por me oferecerem o aconchego de um lar e por estarem ao meu lado nos momentos em que eu mais precisei. Amo muito vocês.

Ao meu amor, Tiago, pelo carinho, apoio, companheirismo, por me ajudar a seguir quando não tinha mais força e por toda compreensão... Te amo!

Às minhas amigas, Paula e Marina, pelo companheirismo e amizade, pelos choros, risos, noites em claro e tantos outros momentos vividos e compartilhados ao longo dos anos. Afinal, é muito bom ser amiga de vocês!

A todos, sem exceção, da minha família, que sempre estiveram presentes e incentivaram-me a realizar esse sonho. Cada palavra, gesto e disposição foram essenciais para a realização deste trabalho. Amo vocês!

Aos meus amigos do grupo Renascer, em especial, Juliano, Paulo, Rafael, Vinicius, Anselmo, Renata, Mariane e os ministérios de dança, teatro e comunicação; pelas orações e incentivo, por compreenderem minhas ausências e ouvirem minhas ansiedades (que não foram poucas),

À minha orientadora, Prof. Dra. Sonia Silva Marcon, pela sua dedicação, sabedoria e apoio durante todos os anos e pelo amor apresentado em gestos, mesmo quando seus lábios não o expressavam.

À banca examinadora, pelas sugestões e disponibilidade em avaliar esse trabalho, em todas as etapas de sua execução.

A todos os meus amigos da turma de mestrado, em especial, Ellen, Anelize, Marcela e Kayna, pois juntos compartilhamos angústias, aprendemos a superar dificuldades e realizar conquistas.

Aos companheiros dos projetos de pesquisa, extensão e iniciação científica, em especial, Elen, Maykel, Mara, Aliny, Jossiana, Prof. Cremilde e tantos outros, por toda a troca de conhecimento e experiência, além de toda a amizade compartilhada.

Aos funcionários e estagiários do Programa de pós-graduação, principalmente à secretária Cristiane, pela disponibilidade e atenção durante a realização deste.

Aos professores e colegas, com os quais eu convivi durante as disciplinas que cursei no mestrado, dividindo ideias, sonhos, desejos e construindo conhecimento, além da ajuda dispensada na conquista desse sonho.

À CAPES, pela contribuição recebida, por intermédio da bolsa de estudo.

Às famílias participantes do estudo, que gentilmente aceitaram participar e colaborar com essa pesquisa, dispondo de seu tempo e abrindo a porta de seus lares para realização deste.

A todas as pessoas não citadas e que, de alguma forma, colaboraram para a realização desse sonho, pois tenho certeza que é impossível nomear todos aqueles que contribuíram para que eu aqui chegasse.

“Não pretendo dizer que já alcancei esta (meta) e que cheguei à perfeição. Não. Mas eu me empenho em conquistá-la, uma vez que também eu fui conquistado por Jesus Cristo. Consciente de não tê-la ainda conquistado, só procuro isto: prescindindo do passado e atirando-me ao que resta para a frente, persigo o alvo, rumo ao prêmio celeste, ao qual Deus nos chama, em Jesus Cristo.

Contudo, seja qual for o grau a que chegamos, o que importa é prosseguir decididamente.”

(Filipenses 3:12-16)

MARQUES, FRB. Reflexos da hospitalização por influenza A (H1N1) na família. 2011. 127f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2011.

RESUMO

O vírus Influenza A – H1N1 de um novo vírus, genotipicamente diferente dos outros é uma combinação tríplice de vírus da influenza suína, aviária e humana. Frente a este diagnóstico da Influenza A (H1N1) e à necessidade de internação, o Ministério da Saúde preconizou algumas medidas de precaução, como o isolamento em quarto privativo. Nesse momento, conhecer as percepções da doença para a família são fundamentais, pois sua resposta em relação ao processo da doença pode ser um determinante significativo da recuperação do paciente, isto é, a família pode ou não acelerar o processo. Diante do exposto, o objetivo do estudo foi compreender a experiência e os reflexos da internação hospitalar de um indivíduo com diagnóstico de Influenza A (H1N1) na família. Trata-se de um estudo descritivo-exploratório, com abordagem qualitativa. Os dados foram coletados, por meio de entrevistas semiestruturadas, junto a 14 familiares que vivenciaram, próximos ao indivíduo, o processo da infecção durante o mês de abril de 2010. Tais dados foram submetidos à análise de conteúdo categorial do tipo temática. No total de 127 indivíduos, que ficaram internados e receberam o medicamento, a maioria era do sexo feminino - 74 (58%), a sazonalidade foi evidenciada nos meses de inverno e as gestantes representaram 18% da população. Em relação à faixa etária, crianças e adultos jovens apresentaram maior número, sendo os valores inversamente proporcionais ao tempo de internação. Notou-se que as mães das crianças internadas apresentaram muito receio em relação ao futuro dos filhos, elas alegaram falta de informação relacionada à doença e ao isolamento. Além disso, verificaram-se dificuldades no relacionamento familiar (principalmente entre os pais) e com as normas hospitalares quanto ao isolamento. No caso das gestantes evidenciou-se a vivência de medo e apreensão quanto aos riscos de óbito, tanto do feto como da mãe, e quanto à possibilidade de má formação da criança em decorrência da doença e do uso de medicações. Alguns cuidados foram incorporados à rotina familiar após a alta hospitalar, pois a tensão permaneceu até o nascimento da criança. Os familiares dos idosos e dos adultos jovens, devido ao histórico de saúde deles, apresentaram um comportamento distinto frente ao diagnóstico, porém, ambos tiveram uma percepção negativa do isolamento, mas só os familiares de adultos jovens destacaram a insatisfação com os cuidados dispensados aos seus entes e também relataram os efeitos colaterais do remédio. Já os familiares de idosos revelaram uma sobrecarga no cuidado. Notou-se uma mudança de hábito em quase todas as famílias após a chegada do indivíduo infectado no domicílio. O apoio advindo da família extensa e o bom atendimento hospitalar auxiliaram-nos durante esse processo da doença. Algumas barreiras foram encontradas pelas famílias, como o preconceito das pessoas, e algumas experiências negativas foram vivenciadas durante a hospitalização. Nesse sentido, conhecer o perfil dos pacientes infectados pela gripe pode contribuir para adoção de estratégias que visem reduzir cada vez mais o número de casos da influenza A (H1N1), objetivando melhorar a assistência à saúde desses indivíduos e a prevenção da doença. Além disso, é necessário que a enfermagem inclua a família no processo de adoecimento, fortaleça o vínculo com o paciente e com a sua família, atuando como ligação direta entre eles, diminuindo angústias e ansiedades, a fim de ofertar um cuidado individualizado, tendo a idade e a gestação como fatores determinantes na execução dos cuidados e nas orientações.

Palavras chave: Vírus da Influenza A, Subtipo H1N1. Família. Isolamento de Pacientes. Enfermagem. Doenças transmissíveis.

MARQUES, FRB. Family reactions to the hospitalization for influenza A (H1N1). 2011. 127f. Dissertation (Masters in Nursing)-University of Maringá, Maringá, 2011.

ABSTRACT

The Influenza A-H1N1 virus, which is genotypically different from the others, is a triple combination of the viruses of the swine, avian, and human influenza. Considering the diagnosis of Influenza A (H1N1) and the need of hospitalization, the Health Ministry recommended some measures of precaution, such as the isolation of the patient in a private room. At that time, for the family, the awareness regarding the disease is fundamental, because their response to the process can be a significant determinant on the patient's recovery, that is, the family can or cannot speed up the recovery process. For that, the objective of the study was to understand the experience and the family reactions of a hospitalized individual diagnosed with Influenza A (H1N1). It is a descriptive-exploratory study, with qualitative approach. Data was collected through semi-structured interviews, during the month of April 2010. The subjects were 14 families that followed together with the patient the whole process of infection. To analyze the data the technique of thematic categorical content was used. From the total of 127 individuals who were hospitalized and received the prescribed medication, 74 of them were female (58%). The infection occurred mostly during winter time, and pregnant women represented 18% of the population. In relation to the age group; children and young adults were the majority, being the values inversely proportional at the time of hospitalization. It was noticed that the mothers of the hospitalized children showed a lot of fear in relation to their future. Mothers claimed lack of information related to the disease and to the isolation, besides, difficulties were verified in the family relationship (mainly among parents) and the hospital rules regarding the isolation. Among the pregnant women it was evidenced the fear and apprehension regarding the risk of death for the fetus or for the mother, as well as the risk of malformation due to the disease and the medication. Some extra care was incorporated to the family routine after the discharge, once the tension remained until the baby's birth. The relatives of the seniors and of the young adults, due to the report of their health presented a different behavior facing the diagnosis, however both had a negative perception of the isolation, but only the relatives of the young adults showed dissatisfaction with the care given to their family members and with the side effects of the medicine. The seniors' relatives revealed an overload on the caregiving. It was noticed a change of family habits in almost all homes after the arrival of the infected individual. The support from the extended family and the good hospital assistance aided them during the whole process. Some barriers were found by the families such as the people's prejudice and some negative experiences during hospitalization. In that sense, knowing the profile of a patient infected by the influenza can contribute to an implementation of strategies to reduce the number of cases of Influenza A (H1N1), improve the assistance to those individuals' health and help to prevent the disease. Besides, it is necessary that Nursing professionals include the family in the illness process, strengthen the link between patient and his family, acting as direct connection between them, reducing anxiety and expectations, in order to present an individualized care having the age and the gestation as decisive factors in the caregiving and in the directions provided.

Keywords: Influenza A Virus H1N1 Subtype. Family. Patient Isolation. Nursing. Contagious diseases.

MARQUES, FRB. Reflejos de la hospitalización por influenza A (H1N1) en la familia. 2011. 127 f. Disertación. (Máster en Enfermería) – Universidad Estadual de Maringá. Maringá - PR, 2011.

RESUMEN

El virus Influenza A – H1N1 de un nuevo virus, genotípicamente diferente de los otros, es una combinación tríplice de virus de la influenza porcina, aviaria y humana. Delante a este diagnóstico de la Influenza A (H1N1) y a la necesidad de internación, el Ministerio de la Salud preconizó algunas medidas de precaución, como el aislamiento en cuarto privativo, en ese momento conocer las percepciones de la enfermedad para la familia es fundamental, pues su respuesta en relación al proceso de la enfermedad puede ser un determinante significativo de la recuperación del paciente, o sea, la familia puede o no acelerar el proceso. Delante de lo expuesto, el objetivo del estudio fue comprender la experiencia y los reflejos de la internación hospitalaria de un individuo con diagnóstico de Influenza A (H1N1) en la familia. Se trata de un estudio descriptivo-exploratorio, con abordaje cualitativo. Los datos fueron recolectados, junto a 14 familiares que vivieron con el individuo el proceso de infección, por medio de entrevistas semiestructuradas, durante el mes de abril de 2010 y sometidos al análisis de contenido categorial del tipo temático. En el total de 127 individuos que quedaron internados y recibieron la medicina, la mayoría era del sexo femenino - 74 (58%), la periodicidad fue evidenciada en los meses de invierno y las gestantes representaron 18% de la población. Con relación a la franja de edad, niños y adultos jóvenes presentaron mayor número, siendo los valores inversamente proporcionales al tiempo de internación. Se percibió que las madres de los niños internados presentaron mucho recelo en cuanto al futuro de los hijos, ellas alegaron falta de información relacionada a la enfermedad y al aislamiento, además, se verificaron dificultades en la relación familiar (principalmente entre los padres) y las normas del hospital sobre el aislamiento. En el caso de las gestantes se evidenció la vivencia de miedo y aprehensión con relación a los riesgos de óbito, tanto del feto como de la madre, y de mala formación del niño debido a la enfermedad y a las medicaciones. Algunos cuidados fueron incorporados a la rutina familiar, después del alta hospitalaria, pues la tensión permaneció hasta el nacimiento del niño. Los familiares de los ancianos y de los adultos jóvenes, debido al histórico de salud de ellos, presentaron un comportamiento distinto delante del diagnóstico, sin embargo ambos tuvieron una percepción negativa del aislamiento, pero sólo los familiares de adultos jóvenes destacaron la insatisfacción con los cuidados dispensados a sus entes y también relataron los efectos colaterales del remedio. Ya los familiares de ancianos revelaron una sobrecarga en el cuidado. Se notó un cambio de hábito en casi todas las familias después de la llegada del individuo infectado en el domicilio. El apoyo advenido de la familia toda y la buena atención hospitalaria los auxiliaron durante ese proceso de enfermedad. Algunas barreras fueron encontradas por las familias como el perjuicio de las personas y algunas experiencias negativas durante la hospitalización. En este sentido, conocer el perfil de los pacientes infectados por la gripe puede contribuir para adopción de estrategias para reducir cada vez más el número de casos de la influenza A (H1N1), pretendiendo mejorar la asistencia a la salud de esos individuos y la prevención de la enfermedad. Además, es necesario que la enfermería incluya a la familia en el proceso de enfermarse, fortalezca el vínculo con el paciente y su familia, actuando como relación directa entre ellos, disminuyendo angustias y anhelos, a fin de ofertar un cuidado individualizado, teniendo la edad y la gestación como factores determinantes en la ejecución de los cuidados y en las orientaciones.

Palabras clave: Virus de la Influenza A Subtipo H1N1. Familia. Aislamiento de Pacientes. Enfermería. Enfermedades transmisibles.

APRESENTAÇÃO

Essa dissertação contempla os reflexos e a compreensão das famílias diante da internação de um de seus membros com o diagnóstico de Influenza A (H1N1). Os resultados desse estudo estão apresentados em quatro artigos científicos, os quais contemplam os objetivos específicos propostos no projeto de dissertação.

Assim, o primeiro artigo intitulado **Conhecendo os pacientes internados com influenza A (H1N1), a primeira pandemia do século XXI**, teve por objetivo traçar um perfil dos indivíduos acometidos pelo vírus influenza A (H1N1) em Maringá-Pr.

O segundo artigo intitulado **Ter um filho com a influenza A (H1N1): história de mães que conviveram com essa realidade**, objetivou compreender a experiência de ter um filho diagnosticado e internado em consequência da contaminação pelo vírus influenza A (H1N1).

O terceiro artigo intitulado **Gravidez e influenza A (H1N1): caminho desconhecido trilhado pelas famílias**, respondeu ao seguinte objetivo: conhecer como foi a experiência da família durante a internação de uma gestante, após o diagnóstico da gripe A (H1N1).

Por fim, o quarto artigo intitulado **Semelhanças e diferenças entre conviver com familiares de adulto jovem e idosos com influenza A (H1N1)**, objetivou compreender como as famílias de idosos e adultos jovens, infectados pelo vírus influenza A (H1N1), conviveram com a pandemia

Ressalta-se que a dissertação se estrutura em introdução, objetivos, percurso metodológico, considerações finais e referências comuns a todo o estudo.

LISTA DE SIGLAS

H1N1 - Hemaglutinina (1)e Neuraminidase (1)

HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana

HUM – Hospital Universitário Regional de Maringá

UBS – Unidade Básica de Saúde

CAPS – Centro de Assistência e Promoção Social

SAMU/SIATE - Sistema de Atendimento Móvel de Emergência/Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergência

CCI – Centro de Controle de Intoxicações

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SVS – Superintendência de Vigilância em Saúde

SINAN – Sistema Nacional de Agravos de Notificação

EPI – Equipamento de Proteção Individual

OMS – Organização Mundial de Saúde

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

UTIP - Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica

RS – Regional de Saúde

SUMÁRIO

| | |
|--|-----|
| 1 INTRODUÇÃO | 17 |
| 1.1 Motivação para o Estudo..... | 17 |
| 1.2 Epidemias e a História: Medo, Discriminação e Estigma..... | 18 |
| 1.3 Influenza A – H1N1..... | 20 |
| 1.4 Manejo clínico em indivíduos infectados pelo vírus Influenza A (H1N1)..... | 22 |
| 1.5 O isolamento hospitalar e a família..... | 24 |
| 1.6 Princípios da Assistência à Família | 26 |
| | |
| 2 OBJETIVOS | 31 |
| 2.1 Geral..... | 31 |
| 2.2 Específicos..... | 31 |
| | |
| 3 PERCURSO METODOLÓGICO | 32 |
| | |
| 4 RESULTADOS | 37 |
| 4.1 Artigo 1: Conhecendo os pacientes internados com influenza A (H1N1), a primeira pandemia do século XXI..... | 37 |
| 4.2 Artigo 2: Ter um filho com a influenza A (H1N1): história de mães que conviveram com essa realidade..... | 52 |
| 4.3 Artigo 3: Gravidez e influenza A (H1N1): caminho desconhecido trilhado pelas famílias..... | 72 |
| 4.4 Artigo 4: Semelhanças e diferenças entre conviver com familiares de adulto jovem e idosos com influenza A (H1N1)..... | 91 |
| | |
| 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 109 |
| | |
| 6 REFERÊNCIAS | 112 |
| | |
| 7 APÊNDICES | 120 |
| APÊNDICE A – Instrumento de Coleta de Dados..... | 121 |
| APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido..... | 123 |

| | |
|--|-----|
| 8 ANEXOS | 125 |
| ANEXO A – Autorização do Hospital Universitário Regional de Maringá..... | 126 |
| ANEXO B – Autorização do Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UEM..... | 125 |

1 INTRODUÇÃO

1.1 Motivação para o estudo

Este tema emergiu diante da inquietação em saber como as famílias vivenciaram o isolamento hospitalar de seus familiares com o diagnóstico de Influenza A (H1N1).

Durante toda a graduação (2006 - 2009) tive a oportunidade de participar, realizando visitas domiciliares semanais, do projeto de extensão “Assistência e Apoio à Família de Pacientes Crônicos no Domicílio no Município de Maringá-Pr”, que é vinculado ao NEPAAF (Núcleo de Estudos, Pesquisa, Assistência e Apoio à Família). Muitas das famílias atendidas pelo projeto eram de pacientes advindos de longos períodos de internação e me inquietava a dificuldade das mesmas em ter passado por esta situação, sem saber ao certo como agir e como lidar com ela.

Esse sentimento aumentou quando, durante alguns estágios, defrontei-me com famílias de pacientes em isolamento hospitalar. Notei que era imensurável a dificuldade das famílias em enfrentar essa situação, pois, além da preocupação com a saúde de seus familiares, havia a preocupação com as precauções - uso de máscaras, equipamentos de proteção individual, entre outros – estes eram os sentimentos que mais as assolavam. Diante disso, comecei a valorizar a importância de uma atuação mais individualizada da enfermagem nesses momentos, de forma a compreender os sentimentos, dificuldades e necessidades das famílias frente à internação e ao isolamento.

Nos meses de julho e agosto de 2009, a mídia escrita e televisiva noticiaram o número de casos suspeitos e confirmados de Gripe A (H1N1), inclusive o número de mortes. Como, nessa época, eu estava na última série do curso de Enfermagem, as pessoas de meu convívio social vinham até mim para obter informações sobre esta doença, principalmente após a suspeita de infecção pelo vírus influenza A (H1N1) de algum parente próximo ou conhecido.

Percebi que todos tinham muito medo em aproximar-se das pessoas e até mesmo dos familiares que haviam recebido o diagnóstico de influenza A (H1N1). Nos locais públicos, as pessoas apresentavam certo receio em aproximar-se de outras que estivessem usando máscaras. Diante de tais constatações, surgiu a ideia de estudar a dificuldade das famílias frente à internação e o isolamento por influenza A (H1N1).

O fato de não encontrar na literatura nenhum estudo sobre essa temática, aguçou ainda mais meu interesse em pesquisar sobre o tema, pois acreditei que, por ser um tema

inédito, o estudo traria contribuições para os profissionais que, em seu cotidiano de trabalho, enfrentam a situação de ter um paciente em isolamento, despertando-os para a importância de voltarem o olhar às famílias, ofertando, assim, uma assistência mais humanizada e integralizada.

1.2 Epidemias e a história: medo, discriminação e estigma

No Brasil, historicamente, doenças transmissíveis foram causadoras da maioria das mortes nas capitais. Entretanto, a partir de 1930, com o advento das melhorias sanitárias e das novas tecnologias, como vacinas e novos medicamentos, inclusive os antibióticos, somados à amplitude e à melhoria ao acesso dos serviços de saúde, esse quadro sofreu e tem sofrido alterações que perduram até a atualidade. No entanto, em nosso país, as doenças transmissíveis ainda têm impacto muito grande no perfil da mortalidade, destacando-se as doenças que não possuem um mecanismo eficaz de prevenção e/ou apresentam uma pequena associação com as causas ambientais, sociais e econômicas, compondo um dos principais problemas de saúde pública no Brasil e no mundo (BRASIL, 2004).

Nas últimas décadas, houve um ressurgimento de doenças consideradas antigas, como a tuberculose, a pneumonia e a febre amarela, doenças estas que aparentavam ser problemas das décadas passadas, voltaram a ser colocadas como ameaças reais à Saúde Pública. Porém, muitas delas reapareceram com novas características, como foi o caso da tuberculose que ressurgiu mais perigosa, devido à resistência do bacilo *M. tuberculosis* à penicilina. Houve também o surgimento de novas doenças que têm se disseminado rapidamente como, por exemplo, o aparecimento dos vírus, até então desconhecidos, HIV e o Ebola, além de patologias como a febre do Nilo e as gripes (MAYOR; SOARES, 2008).

Em um retrocesso histórico das epidemias, pode-se verificar que as mesmas interferem em diversas dimensões da sociedade, tais como: sistema econômico, vida social e condição de vida das pessoas inseridas na sociedade, ideologias e crenças, sistema de saúde público e autoridade do Estado para com a sociedade civil. Além disso, diante de uma epidemia, medos, preconceitos, normas e estereótipos sobre os doentes, o corpo, os grupos, as etnias, as classes sociais e as relações de gênero são fortemente evidenciados (CUETO, 1997).

Por ser o conceito de epidemia a ocorrência de doenças em grande número de pessoas ao mesmo tempo, ou mesmo, a manifestação da doença em uma coletividade ou região, que excede claramente a incidência prevista, e o de pandemia uma epidemia de doença infecciosa que se espalha entre a população localizada em uma grande região geográfica (BRASIL, 2009), estas duas ocorrências são altamente visíveis pela sociedade, tendo um grande impacto social, e mesmo que ocorra, em um curto espaço de tempo, possuem uma grande repercussão social, pois interferem no cotidiano das pessoas e na ordem social, reafirmando valores e percepções das pessoas (RANGE; SLACK, 1992).

Segundo Nascimento (2006), as pessoas interpretam as doenças transmissíveis e as doenças incuráveis como "*calamidade*", "*flagelo*", "*doença contagiosa grave*" e "*epidemia com grande poder de mortandade*", e buscam sempre um culpado para a ocorrência desses eventos. Em muitos momentos, apontam como culpados os imigrantes, os judeus, as bruxas, os homossexuais, os pobres, os infiéis, os negros, os escravos, os ricos, o governo, todos inseridos em um contexto no qual se permite identificar e evidenciar claramente discriminações, valores e hierarquias de uma determinada sociedade (MAYOR; SOARES, 2008).

Além disso, no decorrer da história, principalmente no século XVIII, a sociedade limitou-se a buscar explicações morais e religiosas para as epidemias e pandemias, referindo-se à doença como um castigo de Deus ou de deuses, ou mesmo como consequência de uma vida desregrada e de pecado. Neste caso, a doença passou a ser vista como uma penitência e um sacrifício para quem fosse acometido. Estes fatos ocorreram principalmente em relação à hanseníase e à AIDS. Desde então, as respostas das pessoas frente à situação é uma miscelânea de religião e ciência, evidenciada em rituais coletivos como: missas, procissões, dias de jejum, queima de alcatrão em espaços públicos, imposição de quarentenas, queima da roupa dos doentes, isolamento de casos suspeitos, distribuição de camisinhas no carnaval, dias nacionais de vacinação, entre outros, que permitem a visualização da fé e das autoridades sanitárias, fatos que muitas vezes têm auxiliado na discriminação (MAYOR; SOARES, 2008).

A partir de toda uma trajetória histórica pode ser identificada a presença de estigmas, os quais surgem quando a sociedade define/elege algumas pessoas e estabelece nelas características e modelo, definindo isto como normal. Entretanto, quando o indivíduo se difere disso e principalmente da expectativa das pessoas, cria-se o estigma (GOFFMAN, 1988).

Essas diferenças impedem as pessoas de prestarem atenção nos atributos do indivíduo, e faz com que elas destaquem somente aquele que está estigmatizado, formando assim um rótulo social o qual institui uma barreira entre “nós” e “eles”. Assim, os membros do grupo estigmatizado começam a aceitar os estereótipos sobre si e começam a se enxergar como inferiores diante dos outros (LINK; YANG; PHELAN; COLLINS, 2004).

Ao analisar o ponto de vista do estigmatizador, verifica-se que as características não desejadas perpassam por sentimentos ligados à raiva, irritação, ansiedade, pena e medo. Já em relação ao sentimento do estigmatizado evidencia-se a vergonha, o medo, a alienação e a raiva, sensações que ficam todas emaranhadas; destacando-se a vergonha, que traz consigo a dor que está intimamente ligada à reprovação social (GOFFMAN, 1988).

1.3 Influenza A – H1N1

Segundo a Organização Mundial da Saúde (2009) o vírus Influenza A – H1N1 é uma combinação tríplice de vírus da influenza suína, aviária e humana (responsável pela gripe espanhola de 1918). Trata-se de um novo vírus, genotipicamente diferente dos outros, originado a partir do vírus influenza, porém, ele não está relacionado ao vírus H1N1 sazonal humano, que tem estado em circulação geral entre as pessoas desde 1977 (PERICLES; VENZAZZI; YOUSSEF; OLIVEIRA; TANNOUS et al. 2009).

É um patógeno que dispõe de mecanismo de reprodução que facilita frequentes mutações. Seu material genético é fragmentado e ao dividir-se compartilha material com outros vírus. Quando afeta os suínos, causa doença respiratória, sendo capaz de infectar o homem por contato próximo. Esses animais, em especial, podem ser susceptíveis aos vírus influenza e sofrerem uma infecção simultânea com vários vírus diferentes (GRECCO; TUPINAMBÁS; FONSECA, 2009). O vírus Influenza Pandêmico (H1N1) 2009 é cada vez mais considerado de transmissão inter-humana, sendo menos importante o papel do suíno quanto à manutenção da epidemia (BRASIL, 2010).

Em março e abril de 2009, foram relatados, nos Estados Unidos da América e no México, os primeiros casos de infecção humana pelo vírus da Gripe A (H1N1) ou da “Gripe Suína”, que se espalhou rapidamente em todo o mundo. Em 11 de junho de 2009, a Organização Mundial da Saúde declarou que a gripe havia alcançado o nível de pandemia. A decisão de passar do nível 5 (Maior expansão inter-humana, mas ainda

restrito a poucas regiões) para o atual nível 6 (Transmissão inter-humana sustentada e atingindo mais de duas regiões do globo), que é o máximo na escala de alerta de pandemias, foi tomada depois que o número de casos aumentou nos Estados Unidos, na Europa, na América do Sul e em outras regiões (WORLD HEALTH ORGANIZATION- WHO, 2009, GRECCO; TUPINAMBÁS; FONSECA, 2009).

Em 26 de abril de 2009, haviam sido detectadas 1.500 pessoas infectadas em todo o mundo, com mais de 100 mortes no México. O número de casos descritos na quadragésima sétima semana epidemiológica (29 de novembro de 2009) atingiu mais de 420.000 pessoas, com mais de 8.768 óbitos em 207 países. O Brasil registrou 27.850 casos relacionados ao vírus Influenza Pandêmico (H1N1) 2009, com mortalidade em torno de 0,85/100.000 habitantes, variando desde 0,05 até 2,32/100.000 habitantes, no Nordeste e no Sul do Brasil. A prevalência, por faixa etária, do vírus Influenza Pandêmico (H1N1) - 2009 foi de 30%, 60%, e 10% nas faixas etárias entre zero a 19 anos, 20 a 39 anos e mais de 60 anos de idade, respectivamente (BRASIL, 2010).

Em relação ao estado do Paraná, os primeiros casos foram detectados no mês de junho, e rapidamente tornou-se um dos estados com maior incidência e mortalidade da doença no Brasil. Isso pode ter sido influenciado pelo fato do estado fazer fronteira com a Argentina, país que, juntamente com o Chile, teve os primeiros casos de H1N1 na América do Sul. Além disso, o estado se localiza na região sul onde as temperaturas são mais baixas. (WHO, 2009; BRASIL, 2009).

A disseminação deste novo subtipo do vírus da influenza A (H1N1) é rápida, pois sua transmissão ocorre desde 24 horas antes até 24 horas após cessar a febre. O vírus pode continuar a ser eliminado, com potencial de infectividade, por meses em pessoas imunossuprimidas. A quantidade de vírus eliminados, em geral, correlaciona-se com a intensidade da temperatura corpórea. O modo de transmissão mais comum é a direta, de pessoa para pessoa, através da inalação de gotículas de aerossol (mais de 5 micras de diâmetro), eliminadas pelo indivíduo infectado com o vírus influenza ao tossir, espirrar e falar, por pessoas susceptíveis; e indireta, por meio do contato com as secreções do doente. Neste caso, as mãos constituem o principal veículo porque propiciam a introdução de partículas virais diretamente nas mucosas oral, nasal e ocular, através do contato com superfícies que estejam contaminadas com os vírus da Influenza. O período de incubação vai de 24 a 72 horas, seguindo-se pela instalação das alterações clínicas. As áreas do planeta consideradas de risco para a introdução do vírus são, em geral, as que apresentam temperatura mais baixa (BRASIL, 2010).

A doença pode apresentar febre, acompanhada de tosse ou dor de garganta, sendo descartados outros diagnósticos. Quando esses sintomas estão associados a fatores de risco como gravidez, doenças crônicas, imunossuprimidos e idade < 2 anos ou > 60 anos, há um risco maior para a gravidade e mortalidade entre pacientes (BRASIL, 2009). Através da experiência da primeira onda da pandemia de gripe (H1N1) em 2009, verificou-se um número significativo de pacientes infectados que se tornaram gravemente doentes e que necessitaram de internação e de cuidados intensivos (PATEL; DENNIS; FLUTTER; KHAN, 2010).

Assim, o número de casos de internação e a taxa de mortalidade, no Brasil e no mundo, juntamente à intensa divulgação da mídia em relação a esses casos e à pandemia, contribuíram para que o medo se espalhasse e acentuasse o preconceito e a discriminação com algumas vítimas da Influenza A H1N1 (SILVA, 2009), principalmente pela profilaxia da doença; isolamento, uso de máscaras, não compartilhamento de objetos, medidas estas que criaram um estigma, tanto para o paciente quanto para sua família (CESAR, 2009).

1.4 Manejo clínico em indivíduos infectados pelo vírus Influenza A (H1N1)

A fim de minimizar os impactos da pandemia de Influenza A no território nacional, foram criados pelo Ministério da Saúde protocolos sobre os procedimentos a serem adotados nessa situação específica, os quais, além de informar e padronizar as principais ações dos profissionais de saúde, tinham como meta a redução da circulação do vírus e os desfechos fatais, padronizar o acompanhamento dos casos leves/moderados e priorizar a assistência aos casos graves ou com potencial de complicação. Neste sentido, foram incluídos, especificamente, procedimentos para identificação precoce, tratamento, isolamento de casos e seguimento dos contatos próximos ao infectado, além de medidas de monitoramento da situação epidemiológica (BRASIL, 2009).

Cabe salientar que as orientações contidas nos protocolos foram sendo ajustadas conforme a manifestação da doença no país. O Protocolo de Manejo Clínico e Vigilância Epidemiológica da Influenza, publicado no dia 15 de julho de 2009, e os subsequentes apresentavam conceitos sobre a influenza A, modo de transmissão, sinais e sintomas da síndrome gripal e síndrome respiratória aguda grave e orientações quanto ao manejo clínico dos casos suspeitos e confirmados, que em geral incluíam:

- Afastamento temporário, de acordo com cada caso, das atividades de rotina (trabalho, escola, etc.), de acordo com o período de transmissibilidade da doença;
- Utilização de equipamentos de proteção individual;
- Realização de avaliação clínica minuciosa;
- Internação do paciente, dispensando-lhe todos os cuidados que o caso requer;
- Todo paciente com quadro de síndrome gripal, mesmo que leve, quando não é indicada a internação hospitalar, deve ser orientado a ficar atento a todos os sinais e sintomas de agravamento. Persistindo ou piorando um dos sinais ou sintomas nas 24 a 48 horas consecutivas ao exame clínico, o indivíduo deve retornar imediatamente a um serviço de saúde. Mecanismos adicionais podem ser desenvolvidos em cada unidade de saúde de modo a ajudar nesse monitoramento, no intervalo de 24h a 48h, visando à identificação precoce de sinais de agravamento (BRASIL, 2009).

Entre os procedimentos indicados, o que mais sofreu mudanças entre um protocolo e outro diz respeito à coleta de exames laboratoriais, pois, inicialmente, era indicado coletar secreções para exames em todos os pacientes suspeitos e, posteriormente, o exame laboratorial tornou-se indicado somente para surtos em comunidades fechadas ou para que o médico pudesse acompanhar os casos graves (BRASIL, 2009).

No que se refere à utilização da medicação não comercializada, Oseltamivir, este só deveria ser indicado para indivíduos que apresentassem fatores de risco ou complicações da doença e que, obrigatoriamente, requereriam avaliação e monitoramento clínico. As gestantes com suspeita, por exemplo, deveriam ser medicadas, independentemente, do período de gestação. Este medicamento deveria ser utilizado em, no máximo, 48 horas a partir da data de início dos sintomas e não seria indicado para quimioprofilaxia (BRASIL, 2009).

Quanto ao uso dos Equipamentos de Proteção Individual (EPI), foi indicado o uso de luvas, máscaras (cirúrgicas ou de proteção respiratória), avental, óculos de proteção e gorro, cada um de acordo com o tipo de procedimento realizado com o paciente. A higienização com água e sabão e com preparação alcoólica foi altamente recomendada, em todos os protocolos (BRASIL, 2009).

Outro aspecto abordado pelos protocolos foi sobre como realizar um trabalho de educação em saúde com a população, a fim de alertá-la e assim reduzir o número de casos, evidenciando que essas medidas eram importantes para diminuir a ansiedade e os

equivocos da população em relação à doença. Destaca-se aqui que tais ações podem gerar pânico na comunidade, porém isto só foi evidenciado no segundo manual, uma vez que a principal preocupação do primeiro era disseminar a informação para a população (BRASIL, 2009).

A ideia principal do protocolo é utilizar a educação em saúde como ferramenta de apoio para as equipes de atenção primária. Visando que, através de grupos, visitas e trabalhos na sala de espera, as equipes possam gerar multiplicadores e cuidadores da própria comunidade, para ajudarem na detecção precoce, no acompanhamento e na propagação das informações (BRASIL, 2009).

As constantes mudanças evidenciadas nos diferentes protocolos referentes ao tratamento e aos cuidados a serem adotados nos casos suspeitos e confirmados influenciaram, positiva e negativamente, a assistência ao indivíduo e também à sua família, constituindo, portanto, uma ferramenta essencial para a orientação dos profissionais de saúde.

1.5 O isolamento hospitalar e a família

Diante do diagnóstico da Influenza A (H1N1) e a necessidade de internação, o Ministério da Saúde preconiza algumas medidas de precaução, como o isolamento, seja ele no domicílio ou no hospital. Caso o isolamento aconteça no hospital, recomenda-se que seja em quarto privativo, entretanto, se houver um alto número de casos com complicações e o hospital não tiver quartos privativos disponíveis em quantidade suficiente para o atendimento de todos os que necessitarem de internação, recomenda-se o isolamento por coorte que consiste em separar, em uma mesma enfermaria ou unidade, pacientes com infecção causada pelo vírus Influenza Pandêmico (H1N1) 2009 (BRASIL, 2010).

A existência de grande número de pacientes infectados requer a definição de área específica do hospital para isolamento dos casos, porém é fundamental a manutenção de distância mínima de um metro entre os leitos. É recomendado que os profissionais de saúde, que atuam na assistência direta de pacientes com infecção suspeita ou confirmada pelo vírus Influenza A Pandêmico, sejam escalados para trabalhar somente na área de isolamento, não podendo circular em outras áreas de assistência (BRASIL, 2010).

Quando esses pacientes estão no domicílio algumas medidas também são recomendadas, tais como: evitar contato próximo com pessoas; manter distância de pelo menos três metros de pessoas com a infecção aérea; não saudar pessoas com beijos e apertos de mão; permanecer em casa e evitar trabalho, escola, teatro, cinema, bar, ônibus, metrô, discoteca e festas; além do uso de máscara cirúrgica para evitar a transmissão do vírus para parentes e outros possíveis contatos (PATEL; DENNIS; FLUTTER; KHAN, 2009).

Os pacientes e profissionais de saúde envolvidos no atendimento devem utilizar máscara cirúrgica desde o momento da triagem até o encaminhamento para o hospital de referência (BRASIL, 2010).

Essas medidas visam evitar a disseminação dos agentes etiológicos e baseiam-se na utilização de barreiras mecânicas, químicas e ambientais (NICHATA; GIR; TAKAHASHI; CIOSEK, 2004), as quais devem ser impostas devido à via de transmissão do agente causal e não para segregar o paciente.

Além disso, a precaução de isolamento interfere nos relacionamentos sociais do paciente. No momento do isolamento, o único vínculo que se estabelece é com a equipe de saúde ou com seus familiares, no domicílio, isto ocorre durante poucos instantes e com longos intervalos de isolamento. Uma vez que o ambiente e as pessoas ao redor do paciente são responsáveis em auxiliar na construção de conhecimentos, sentimentos, atitudes e imagens relacionadas ao restabelecimento da saúde e na sua manutenção ao longo do tratamento, o isolamento, na maioria das vezes, atua de maneira inversa (GOMES, 2009).

Para a família, o diagnóstico e até mesmo a suspeita de uma doença letal, constitui um momento especialmente crítico. No caso da Influenza A (H1N1), além do medo da morte diante de uma doença pouco conhecida, também é necessário considerar o medo do contágio e de suas consequências.

As percepções da doença são fundamentais em relação ao seu efeito sobre a família, principalmente em relação às estratégias de enfrentamento, reações físicas e comportamentais que poderão vir a ocorrer. A resposta da família em relação ao processo da doença pode ser um determinante significativo da recuperação do paciente, isto é, a família pode ou não acelerar o processo (WRIGHT; BELL, 2004).

Nesse momento, torna-se imprescindível a atuação da equipe de saúde, principalmente da enfermagem, a fim de estabelecer um vínculo entre família e profissional para que haja a percepção dos sentimentos, da ansiedade e das expectativas

da família em relação à busca de recursos disponíveis para o enfrentamento da crise vivida. A compreensão e o compartilhamento da situação são instrumentos que podem auxiliar o tratamento (BECK, 2001), tendo em vista que as necessidades da família e do paciente vão além dos cuidados com a doença e com o corpo, ou até mesmo com as técnicas. O fato de a família ser confortada, ouvida e ter suas dúvidas e questionamentos esclarecidos, fortalece a relação entre a equipe e os familiares, o que gera qualidade na assistência (ELSEN, 2004).

Por de ser uma doença contagiosa, a sua existência pode influenciar o comportamento da família e dos amigos, induzindo ou mesmo potencializando o estigma, que também pode ser vivenciado pelas pessoas próximas ao doente, fazendo com que se sintam rejeitadas e, muitas vezes, excluídas da sociedade.

Por fim, é de extrema importância que a família receba da equipe todas as informações necessárias, de maneira clara e tranquilizadora, sobre o seu familiar, pois a forma como se transmitem e são desenvolvidas as notícias sobre o paciente reflete o processo de como a doença é vivenciada (AUERBACH; KIESLER; WARTELLA; RAUSCH; WARD et al., 2005).

1.6. Princípios de uma assistência à Família

O ser humano geralmente vive inserido em uma família, estabelecendo laços afetivos, que se compõe como uma rede de apoio e suporte. O cotidiano vivenciado pelos membros da família perpassa por diversos momentos e situações de saúde e doença. Porém, determinadas patologias podem, de forma significativa, abalar a estrutura e a organização da família. O adoecimento de um dos membros e/ou a sua hospitalização afeta a todos, mesmo que em intensidades distintas, sendo necessário voltar a atenção e a assistência não apenas para o indivíduo mais para a família e os membros ao seu redor (WAIDMAN; ELSSEN; MARCON, 2006; WRIGHT; LEAHEY, 2008)

Além disso, para algumas famílias, a situação de doença vem acrescida de problemas sociais, financeiros, desemprego, dificuldades em conseguir aposentadoria, consulta médica ou exames especializados. Na grande maioria dos casos, são necessários mudanças na rotina, nos hábitos alimentares, na estrutura física do lar, entre outros, fatores que, muitas vezes, também demandam custos para ajudar no tratamento da doença. Ademais, frente ao adoecimento e/ou internação, há uma necessidade de que

algun membro da família desempenhe a função de cuidador, a fim de atender às necessidades para recuperação de seu familiar (SQUASSANTE, 2007).

Nesse sentido, em alguns lares a mudança é tão intensa que se torna necessária uma inversão de papéis, como, por exemplo, quando a mulher precisa trabalhar no lugar do homem, que antes era o provedor da casa e que, agora, está doente, ou mesmo quando a mãe deixa de trabalhar para cuidar exclusivamente do filho internado, necessitando que os outros filhos trabalhem e assumam o sustento da casa ou, quando não possuem idade para isso, eles retornam à casa de seus pais. Estas e outras situações semelhantes provocam sofrimento, principalmente, para aqueles que sempre administraram a parte financeira de seus lares (BURD E MELLO FILHO, 2004, p. 351).

Portanto, o adoecimento de algum membro da família requer, muitas vezes, uma mudança tanto na estrutura, quanto nos hábitos familiares, fazendo com que se reorganize e se rediscuta questões voltadas aos papéis e relacionamentos dos membros familiares, uma vez que esta situação faz aflorar sentimentos e emoções talvez nunca vivenciados por eles. No entanto, há algumas maneiras que podem auxiliar o enfrentamento, como, por exemplo, por meio de esforços que visem melhorar o convívio intrafamiliar e a redução do impacto causado por essa situação. Caso contrário, quando há muitas repercussões em seu interior e a família não utiliza nenhuma estratégia de enfrentamento, ela poderá apresentar rupturas entre os membros e divergências em seu convívio, o que interfere direta e indiretamente no tratamento e nos cuidados ao doente. (CONTIM; CHAUD; FONSECA, 2005).

Como a família perpassa por constantes mudanças em seu interior, ainda não se tem um modelo de avaliação que explique todos os seus fenômenos, mesmo ela tendo um papel importante nos cuidados à saúde (STAMM; MIOTO, 2003). Assim, compreender o significado de família já passa a ser um passo importante para o desenvolvimento de uma melhor assistência, Elsen (1992) apresenta um conceito de família bem amplo e que engloba vários aspectos:

[...] uma unidade dinâmica constituída por pessoas que se percebem como família que convivem por determinado espaço de tempo, com estrutura e organização para atingir objetivos comuns e construindo uma história de vida. Os membros da família estão unidos por laços consangüíneos de adoção, interesse e/ou afetividade. Tem identidade própria, possui e transmite crenças, valores e conhecimentos comuns influenciados por sua cultura e nível sócio-econômico. A família tem direitos e responsabilidades vive em um determinado ambiente em interação com outras pessoas e familiares em diversos níveis de aproximação. Define objetivos e promove meios para o

crescimento, desenvolvimento, saúde e bem estar de seus membros (ELSEN, 1992, p. 6).

A forma com que a família é constituída e se fortalece a torna muito mais complexa do que um grupo de indivíduos que residem em um mesmo local. Ela é moldada e estruturada ao longo dos anos, o que a faz única, pois cada unidade familiar possui uma característica própria, como sua cultura, saberes, valores, significados, símbolos, entre outros. Além disso, a mesma está inserida em um determinado ambiente sócio-cultural que interfere na construção de todos os elementos anteriormente citados (ELSEN, 2004).

Cada família desenvolve uma característica diferente relacionada ao cuidado, além de possuir conceitos próprios sobre o processo saúde-doença, atitudes e modos particulares sobre o cuidar, elas criam uma unidade de “cuidado popular”. Essas diferentes maneiras de cuidar modificam tanto quem é cuidado, quanto quem cuida. São as peculiaridades que fortalecem os aspectos culturais e criam formas inovadoras no processo de cuidar (GUTIERREZ; MINAYO, 2011). Esse se desenvolve ao longo da vida e perpassa por seus diversos ciclos. Antes mesmo do nascimento, a necessidade do cuidado com o novo ser já está embutido nos pais, difunde-se com o passar dos anos e passa a ser realizado de forma hereditária. Elsen (2004), ao fazer referência ao cuidado entre gerações, afirma que em um determinado momento os mais velhos são responsáveis por cuidar dos mais novos e, com o passar dos anos, esse papel é invertido.

Ademais, o fato da família estar inserida em uma comunidade permite que ela conte com uma rede de suporte social, que perpassa por relações sociais, através de uma estrutura dividida em duas dimensões: as formais, formada por pessoas que ocupam posições e papéis na sociedade como, por exemplo, médico, advogado, entre outros, e as informais, que integram os indivíduos próximos ao convívio como: parentes, amigos e vizinhos, ou seja, pessoas que auxiliam, oferecem apoio ou, simplesmente, tornam-se presentes em momentos difíceis (adoecimento de um membro, nascimento de um filho entre outros), são estas últimas as que mais recebem destaque no seio familiar. O elo estabelecido entre os indivíduos forma-se não só a partir do número e do tipo de relação, mas também com a diversidade, densidade, reciprocidade, frequência e duração dos contatos, muitas vezes são estes elementos que definem o grau de importância desta ou daquela rede (ROSA et al, 2007). Além disso, a rede de suporte social pode ser dividida em quatro tipos:

- Apoio emocional: que compreende as expressões de amor e afeição ofertada aos familiares;

- Apoio instrumental ou material: que são as ofertas materiais, ajudas financeiras ou mesmo auxílio nos trabalhos práticos como, por exemplo, fornecimento de transporte, limpeza de casa, preparação de refeição, entre outros;

- Apoio de informação: que compreende a oferta do conhecimento e pode ser realizado através de aconselhamentos, sugestões e orientações, utilizadas tanto para lidar com problemas e resolvê-los, quanto para diminuir anseios e temores;

- Interação social positiva: refere-se à capacidade das pessoas em oferecer momentos de descontração, diversão e relaxamento (DUE et al., 1999).

É importante destacar que as redes sociais desempenham um papel benéfico na vida dos indivíduos em relação à saúde, pois oferece suporte nos momentos da dificuldade e atua de forma positiva na vida de quem realiza o cuidado. Assim, com o objetivo de promoção da saúde, é necessário fortalecer as redes de cuidado, principalmente para aliviar a sobrecarga advinda da função de familiar/cuidador. Desse modo, contar com a atuação dos profissionais da área da saúde é fundamental para a formação e manutenção das redes (SILVEIRA, 2009). Além disso, para a atuação e assistência da enfermagem, compreender a composição da família e as redes sociais torna-se essencial, pois diante do processo de doença o indivíduo traz dentro de si valores e crenças, que precisam ser respeitados pelos profissionais de saúde (ELSEN, 2004).

Uma assistência de enfermagem qualificada perpassa ou implica em reconhecer o valor do apoio emocional da família na recuperação do doente, uma vez que esta proporciona uma melhora em sua qualidade de vida, transmitindo segurança, tranquilidade e esperança, fatores fundamentais no processo de reabilitação (FREITAS; SANTANA, 2002). A família não pode ser excluída do plano de cuidado, ela também necessita ser atendida, pois é integrante do processo de doença e precisa receber cuidados, apoio, orientação e informação para que fortalecida seja uma aliada ao tratamento (ELSEN, 2004).

Para Miliorini, Fernandes, Decesaro e Marcon (2011), é essencial que a família exponha para os enfermeiros os acontecimentos do seu lar, pois além de fortalecer o elo enfermagem-família, ela torna-se um importante veículo de informação sobre o paciente, fator este que facilita o trabalho da enfermagem. Quanto maior a comunicação

estabelecida entre paciente-família-enfermeiro, melhor e mais focado será o planejamento de cuidados e a assistência prestada.

A comunicação pode ser realizada de duas formas: verbal e não verbal, ambas são de extrema importância para o relacionamento e a vivência no cotidiano. Geralmente a comunicação ocorre por intermédio de discursos e palavras, mas as atitudes, gestos e comportamentos, que muitas vezes são realizados sem um raciocínio prévio e de forma rotineira, podem trazer um melhor resultado e tornar o indivíduo mais seguro frente ao seu tratamento do que somente as palavras. (DECESARO; FERRAZ, 2006)

Sales (2003), discorre sobre a comunicação como uma ferramenta no desenvolvimento do cuidado, e aconselha que ela seja realizada sem pré-julgamentos, respeitando e compreendendo a capacidade de cada indivíduo e principalmente do grupo familiar, o autor ainda destaca que a arte do saber falar é advinda do saber escutar.

É importante que o cuidado desempenhado junto à família corresponda as suas necessidades reais, para isso o enfermeiro precisa agregar conhecimentos que embasam as intervenções de enfermagem na família, por meio de teorias da comunicação, relacionamento terapêutico, teoria familiar, dos sistemas e outras (MILIORINI; FERNANDES; DECESARO; MARCON, 2011).

Não obstante, nos últimos anos, tem se observado um aumento nas produções científicas acerca da temática família, observa-se uma busca em compreender as práticas do cuidado em saúde, os conhecimentos populares, a cultura familiar, entre outros. Enfim, percebe-se uma procura de conhecimento nas reais necessidades das famílias com a finalidade de melhorar a assistência prestada a essa população. (MARCON et al., 2006).

A família pode ser considerada como sistema, como um de apoio para o indivíduo internado, principalmente quando ele encontra-se em isolamento com diagnóstico de influenza A (H1N1). Quando abordada e compreendida, ela pode tornar-se uma grande aliada na compreensão das necessidades e dificuldades enfrentadas por seus entes durante a situação de doença. Além disso, torna-se uma ponte para fornecer dados importantes, para os profissionais de saúde, relacionados às interações ocorridas no seio familiar e também fornecer possibilidades de resolução dos problemas. Desse modo, a própria família torna-se um agente do cuidado.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo geral

Compreender, na família, a experiência e os reflexos da internação hospitalar de um familiar com diagnóstico de Influenza A (H1N1).

2.2. Objetivos específicos

- Traçar o perfil de indivíduos acometidos pelo vírus influenza A (H1N1) em Maringá-PR.
- Compreender a experiência de ter um filho diagnosticado e internado pelo vírus influenza A (H1N1).
- Conhecer como foi a experiência da família durante a internação de uma gestante, após o diagnóstico da gripe A (H1N1).
- Compreender como as famílias de idosos e adultos jovens, infectados pelo vírus influenza A (H1N1), conviveram com a pandemia

3 PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se ainda de um estudo descritivo e exploratório. Descritivo, porque buscou identificar as características dos sujeitos e dos fenômenos, procurando estabelecer relação entre suas variáveis. Exploratório, porque procurou esclarecer questionamentos, aumentar a familiaridade com o acontecimento e levantar informações precisas sobre as características dos sujeitos analisados e sobre a experiência das famílias com a pandemia.

A metodologia utilizada no estudo envolveu, de modo complementar, duas dimensões, a qualitativa e a quantitativa, contribuindo para uma apreensão e análise mais densa do objeto em estudo.

Utilizou-se a dimensão quantitativa com o intuito de descrever o perfil dos pacientes que estiveram internados no Hospital Universitário Regional de Maringá (HUM) com diagnóstico de influenza A (H1N1), e a qualitativa visando à compreensão da experiência de ter um familiar diagnosticado e internado pelo vírus influenza A (H1N1).

A abordagem quantitativa é mais adequada para apurar características e informações precisas dos participantes. Nesses casos, os dados são representativos, podem ser generalizados, tabulados e calculados para um determinado universo. Geralmente, geram índices que podem ser comparados tanto com outros estudos, como ao longo do tempo (CHECHIA, 2009).

Já a dimensão qualitativa responde melhor às questões particulares do estudo, pois acompanha e envolve o processo total da pesquisa, desde o seu planejamento até a forma de apresentação, incluindo as concepções da autora no decorrer do estudo. Além disso, permite uma interação profunda com o objeto de pesquisa, com o seu significado e intencionalidade e como ele é vivenciado pelo sujeito. (MINAYO, 2008).

Esse método tem a característica de preocupar-se com o nível de realidade que não pode ser quantificado e trabalha com os motivos, aspirações, relações interpessoais crenças e valores, percepções e opiniões que as pessoas interpretam e fazem a respeito de si mesmas, permite, ainda, desvelar processos sociais desconhecidos ou com escasso conhecimento adquirido, propiciando a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos ou hipóteses (MINAYO, 2008).

O estudo realizou-se em duas etapas: a primeira ocorreu no Centro de Controle de Intoxicações (CCI), onde foram levantados os números e algumas características de

pacientes internados, no Hospital Universitário Regional de Maringá (HUM), com o diagnóstico de infecção por influenza H1N1 no ano de 2009 e 2010, e a segunda etapa foi realizada no domicílio dos familiares desses pacientes que residiam em Maringá.

Maringá possui uma população de 325.968 habitantes, sendo que 283.792 são da área urbana com taxa de crescimento de 1,86% ao ano, dessa população 52% (169.503) é do sexo feminino. Em relação às redes de serviços saúde, o município pertence à área de abrangência da 15^a Regional de Saúde e conta com 10 hospitais e 1280 leitos para internação, 24 UBS (Unidades Básicas de Saúde), duas Policlínicas, três CAPS (Centro de Assistência e Promoção Social), Laboratório Municipal, Farmácia Central, equipes SAMU/SIATE (Sistema de Atendimento Móvel de Emergência/Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergência), Central de Regulação de Leitos (estadual) e Central de Imunobiológicos. Possui 57 equipes de Saúde da Família, sete programas de agente comunitário de saúde e 17 programas de saúde bucal (PREFEITURA MUNICIPAL DE MARINGÁ, 2011).

Durante a pandemia, oito hospitais constituíram porta de entrada para o atendimento da Influenza A (H1N1), sendo um hospital público e sete privados. Nos casos de complicações clínicas, os pacientes eram transferidos aos hospitais de referência – Hospital Universitário Regional de Maringá (HUM) e Hospital Santa Casa de Maringá.

Para a realização da primeira etapa do estudo, identificou-se que, nos anos de 2009 e 2010, foram internados no HUM 127 indivíduos por Influenza A (H1N1) e estes receberam a medicação Oseltamivir (*Tamiflu*®).

Os indivíduos internados foram localizados a partir de um banco de dados construído pelo Centro de Controle de Intoxicações (CCI) do HUM para investigar a presença ou não de efeitos adversos do Oseltamivir (*tamiflu*®), por meio de acompanhamento periódico, por telefone, dos pacientes que estiveram internados no hospital e receberam o referido medicamento.

Estes dados foram organizados em uma planilha do Programa *Excel*® e, posteriormente, submetidos a procedimentos estatísticos com análise de frequência simples e percentual absoluto e estão apresentados em forma de tabelas e gráficos.

A segunda etapa foi realizada a partir dos pacientes cadastrados na planilha, os quais foram divididos em quatro grupos: crianças, adultos, gestantes e idosos. A busca seguiu da ordem de maior tempo de internação para a ordem de menor tempo. Do total de 127 indivíduos, somente 34 atendiam aos critérios de inclusão no estudo, que são:

residir no município de Maringá, ficar internado no HUM por no mínimo dois dias e ter diagnóstico confirmado por exame laboratorial.

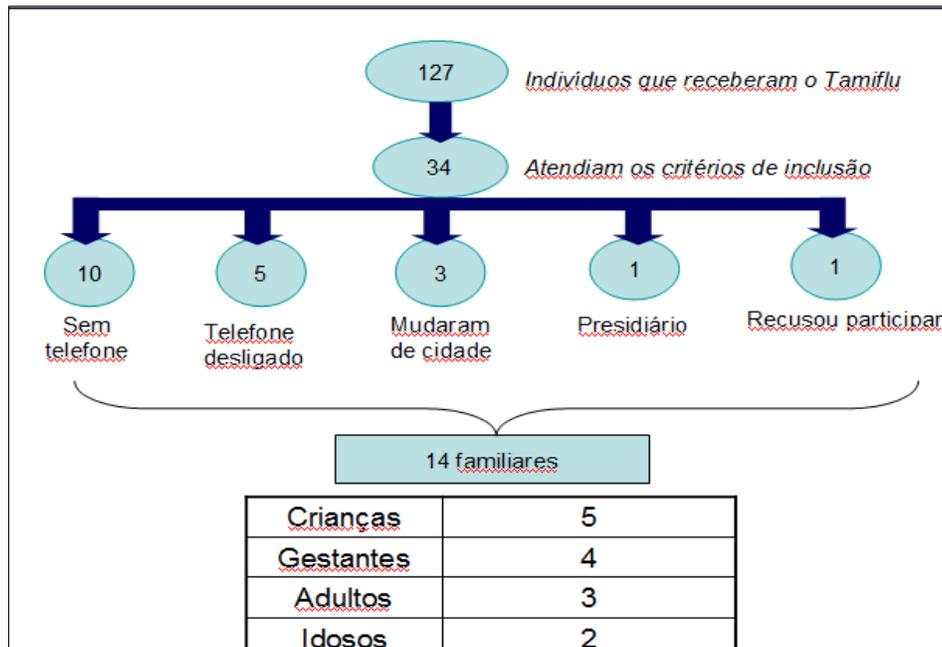


Figura 1 – Fluxograma do número total de indivíduos inclusos no estudo.

O primeiro contato ocorreu, pelo telefone, com os pacientes maiores de idade e os responsáveis pelas crianças, a fim de que fosse informado qual o familiar mais presente durante o processo de adoecimento e recuperação. Entretanto, dos 34 indivíduos a serem contatados, dez não possuíam telefone para contato no banco de dados, cinco tinham o telefone desligado ou pertencia a outra pessoa, três mudaram de cidade, um era presidiário e outro recusou-se a participar da pesquisa. Assim, apenas 14 indivíduos e responsáveis foram incluídos nos grupos específicos. Eles informaram os dados sobre o familiar, o qual foi contatado para solicitar participação no estudo. Em caso de aceite, foi agendada uma entrevista no domicílio, conforme a disponibilidade do entrevistado.

No domicílio, realizou-se uma entrevista semiestruturada, norteada por uma lista de questões relativas ao tema, como se fosse um guia, sem uma sequência rígida, considerando que a mesma deveria ter relativa flexibilidade, sendo inclusive formuladas novas questões no decorrer de seu uso (BRITTEN, 2005).

Este roteiro de entrevista foi elaborado pela própria pesquisadora, incluiu dados relativos à caracterização das famílias e dados sócio-demográficos e questões que versavam sobre a experiência de ter um familiar diagnosticado e internado pelo vírus influenza A (H1N1) (Apêndice A).

As respostas dos participantes foram gravadas em equipamento digital do tipo MP4, após o consentimento dos mesmos, com a finalidade de proporcionar um registro fidedigno (*ipsis litteris*) das respostas aos questionamentos feitos, conservando tanto os registros das palavras (significantes) como dos silêncios, risos, repetições, lapsos, sons e outros (MINAYO, 2007). As entrevistas foram advindas de conversas sem formalidades, por isso durante a redação final da dissertação, foram realizadas pequenas correções gramaticais provenientes das falas dos entrevistados, sem prejudicar a captação e o sentido da informação dada pelos mesmos.

Também foram realizadas anotações e registros no diário de campo, após cada visita. Nestas anotações foram registradas as conversas informais, observações de comportamentos contraditórios com as falas, manifestações de expressões não-verbais da pessoa entrevistada ou do familiar acompanhante, dentre outros aspectos (MINAYO, 2007).

As transcrições das entrevistas e dos registros no diário de campo foram efetuadas quase sempre no mesmo dia das entrevistas para evitar o esquecimento de detalhes sobre os fatos e acontecimentos que ocorreram durante as mesmas. Para resguardar a identidade dos entrevistados, as transcrições foram identificadas ou com a letra “E” de entrevista ou letras que caracterizem o grau de parentesco com “M” de mãe e “E” de esposo, ambos foram seguidos por uma das letras “C” (criança), “G”(gestante), “AJ”(adulto jovem) ou “T”(idoso), para indicar o grupo pertencente, e um número para indicar a ordem em que foram realizadas.

Após essa etapa, o conteúdo foi analisado seguindo a técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin (2008), definida como:

[...] um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos temáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens [...] (BARDIN, 2008, p. 44).

A análise de conteúdo é dividida em várias técnicas, podendo citar a análise lexical da expressão, das relações, da enunciação e da temática. Para esta pesquisa foi escolhida a análise temática, que consiste em desvendar núcleos de sentido para compor uma comunicação (MINAYO, 2007).

A escolha desse método de análise justifica-se por tratar-se de um instrumento que analisa as diferenças das comunicações e valoriza a tentativa exploratória, aumentando a tendência à descoberta.

A análise temática é entendida como uma afirmação que diz respeito a um determinado assunto, podendo ser graficamente apresentada por meio de uma palavra, frase ou resumo. Ela envolve três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação (BARDIN, 2008).

- Pré-análise (organização dos dados): permite sistematizar as ideias iniciais de maneira a conduzir um esquema preciso do desenvolvimento das operações sucessivas, em um plano de análise. Nesta etapa, o autor elabora indicadores que orientam a compreensão do material e a interpretação final, que inclui a leitura flutuante do material coletado (entrevistas transcritas e observação de campo), visando ao conhecimento do texto e à aproximação de questões mais superficiais dos documentos, como também à escolha das informações à cerca do problema levantado para constituir o *corpus* do trabalho. Na sequência, para submeter aos procedimentos analíticos, sua constituição implica muitas vezes em regras como a de exaustividade (contato direto com o material de campo), representatividade (características essenciais do universo pretendido), homogeneidade (técnicas idênticas que deverão ser aplicadas por indivíduos semelhantes), de pertinência (material analisado com adequação ao objetivo da pesquisa) e, por fim, a formulação das hipóteses e dos objetivos, ou seja, uma abertura a novas indagações;
- Exploração do material: inclui as operações de codificação, enumeração e classificação das falas expressas dos informantes, por meio do recorte do texto em unidades de registro (palavra, frase, tema), enunciação (escolha das regras de contagem), agregação dos dados conforme similaridades, convergência/divergência com as categorias pré-estabelecidas (escolha de categorias);
- Tratamento e interpretação dos dados obtidos: a partir dos resultados brutos, os dados são tratados de maneira a serem significativos e válidos. Procura-se articular as informações obtidas com outros achados na literatura, baseando-se no objetivo proposto (BARDIN, 2008).

Desse modo, foram realizadas leituras dos depoimentos, os quais foram analisados, codificados e categorizado, dando origem a núcleos temáticos para a apresentação e discussão dos resultados. Para isso, buscou-se identificar os significados comuns que apareceram com maior frequência, inicialmente, em cada entrevista e,

depois, comparados com aqueles que emergiram nas demais entrevistas. Para os significados comuns, foi estabelecida uma codificação, denominada de unidade de significado, que convergiu em categorias temáticas centrais agrupadas dentro dos aspectos de relevância da temática.

O estudo foi desenvolvido em consonância com as diretrizes disciplinadas pela Resolução 196 do Ministério da Saúde (BRASIL, 1996). A solicitação de autorização para realização do estudo foi realizada junto ao Hospital Universitário Regional de Maringá e ao Centro de Controle de Intoxicações (Anexo A), e o projeto foi apreciado e aprovado pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá (Parecer nº 071/2011) (Anexo B).

Aos incluídos na pesquisa, foi requerida uma solicitação de participação no estudo, que foi feita aos pacientes, por telefone, e aos familiares, por telefone e pessoalmente, solicitando-lhes a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias (Apêndice B).

Nessa ocasião, foram informados os objetivos do estudo e os procedimentos que seriam adotados; o tipo de participação desejada; a livre opção em participar ou não, sem qualquer prejuízo para a assistência dos pacientes e/ou familiares; o critério para as visitas e o tempo provável de duração de cada visita. Além disso, esclareceu-se que poderia ser retirada esta autorização, em qualquer momento, se assim o desejassem, e que também lhes seria garantido o anonimato das informações.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Visando a uma melhor organização e à publicação posterior dos dados, os resultados a seguir serão apresentados em formato de quatro artigos científicos.

4.1 ARTIGO 1

CONHECENDO OS PACIENTES INTERNADOS COM INFLUENZA A (H1N1) A PRIMEIRA PANDEMIA DO SÉCULO XXI

CONOCIENDO LOS PACIENTES INTERNADOS CON INFLUENZA A (H1N1) LA PRIMERA PANDEMIA DEL SIGLO XXI

KNOWING THE PROFILE OF THE PATIENTS HOSPITALIZED WITH INFLUENZA A (H1N1) THE FIRST PANDEMIA OF THE XXI CENTURY

RESUMO

O objetivo deste estudo foi traçar um perfil dos indivíduos acometidos pelo vírus influenza A (H1N1). Trata-se de um estudo descritivo, realizado no município de Maringá – PR, com pacientes que apresentaram o diagnóstico de Influenza A (H1N1) e estiveram internados no Hospital Universitário Regional de Maringá, nos anos de 2009 e 2010. Os dados foram coletados do banco de dados do Centro de Controle de Intoxicação, que realizou o acompanhamento das reações adversas ao uso do Oseltamivir. Os dados foram registrados em planilhas do Excel e submetidos à análise descritiva. Dos 127 indivíduos internados, a maioria era do sexo feminino 74 (58%), a sazonalidade foi evidenciada nos meses de inverno, e as gestantes representaram 16,5% da população. Em relação à faixa etária, as crianças, os adultos e os jovens responderam pela maior proporção dos internamentos (40,9% e 40,1% respectivamente) e apresentaram maior número, estes inversamente proporcionais ao tempo de internação. Do total, 15 indivíduos (11,8%) foram a óbito. Conhecer o perfil dos pacientes infectados pela gripe pode contribuir na adoção de estratégias para reduzir cada vez mais o número de casos da influenza A, visando melhorar a assistência à saúde desses indivíduos e a prevenção da doença.

Palavras chave: Vírus da Influenza A Subtipo H1N1. Isolamento de pacientes. Enfermagem.

RESUMEN

Estudio descriptivo con objetivo de describir un perfil de los individuos acometido por el virus influenza A (H1N1). Realizado en el municipio de Maringá – PR, con pacientes diagnosticados por el virus Influenza A (H1N1) internados en el Hospital Universitario Regional de Maringá, en los años de 2009 y 2010. Los datos fueron recolectados del banco de datos del Centro de Control de Intoxicación y registrados en hojas de cálculo de Excel y sometidos al análisis descriptivo. De los 127 individuos internados, 74 eran del sexo femenino (58%), la periodicidad fue evidenciada en los meses de invierno, las gestantes representaron 16,5% de la población. En cuanto a la franja de edad, los niños, los adultos y jóvenes respondieron por la mayor proporción de las internaciones (40,9% y 40,1% respectivamente) y presentaron mayor número. Conocer el perfil de los pacientes infectados por la gripe puede contribuir para estrategias de reducción de los números de casos de la influenza A, pretendiendo mejorar la asistencia a la salud de esos individuos y la prevención de la enfermedad.

Palabras clave: Subtipo H1N1 del Virus de la Influenza A. Mujeres Embarazadas. Familia. Aislamiento de Pacientes. Salud de la Mujer

ABSTRACT

A descriptive study with the objective of drawing a profile of the individuals infected by the Influenza A (H1N1) virus. Accomplished in the municipal district of Maringá - PR, with patients diagnosed with the Influenza A (H1N1) virus admitted at the Regional University Hospital of Maringá, in the years 2009 and 2010. Data was collected at the Poison Control Center database and registered in Excel spreadsheets, and submitted to a descriptive analysis. From the 127 hospitalized individuals, 74 were female (58%). It occurred mainly in the winter time, and pregnant women represented 16.5% of the population. As for the age group, the children and the young adults were responsible for the largest proportion of hospitalizations (40.9% and 40.1% respectively). Knowing the profile of the patients infected by the influenza can contribute to an implementation of strategies to reduce the number of cases of Influenza A (H1N1), improve the assistance to those individuals' health and to prevent the disease.

Keywords: Influenza A Virus H1N1 Subtype. Patient Isolation. Nursing.

INTRODUÇÃO

No segundo trimestre de 2009, detectou-se um novo vírus da Influenza A, que originou a Influenza Pandêmica A (H1N1) 2009, também denominada Influenza suína, Gripe pandêmica ou Influenza humana pandêmica. A doença foi detectada inicialmente no México e disseminada rapidamente pelo mundo o que deixou o sistema de Saúde Pública mundial em alerta (WHO, 2009).

Este fato aconteceu porque a transmissão ocorre de forma direta - pessoa a pessoa - por meio de pequenas gotículas de aerossol (>5 milimicras de diâmetro) expelidas pelo indivíduo infectado com o vírus (ao falar, tossir e espirrar) e de modo indireto, por meio do contato com as secreções do doente, sendo as mãos o principal veículo, pois propicia a introdução de partículas virais diretamente nas mucosas oral, nasal e ocular. Porém, essa transmissão depende de alguns fatores como a carga viral, umidade e temperatura, além do tempo transcorrido entre a contaminação e o contato com a superfície contaminada (MACHADO, 2009).

O agente etiológico é o vírus da Influenza, pertencente à família Ortomixiviridae, são vírus RNA de hélice única, que se subdividem em três tipos antigenicamente distintos: A, B e C. Os tipos A, responsáveis pela ocorrência da maioria das epidemias de gripe, são mais suscetíveis a variações antigênicas, razão pela qual, periodicamente, suas variantes sofrem alterações na estrutura genômica, contribuindo para a existência de diversos subtipos. Eles são classificados de acordo com os tipos de proteínas que se localizam em sua superfície, chamadas de hemaglutinina (H) e neuraminidase (N). A proteína H está associada à infecção das

células do trato respiratório superior, onde o vírus se multiplica; enquanto a proteína N facilita a saída das partículas virais do interior das células infectadas (BRASIL, 2010).

Geralmente a doença é acompanhada da manifestação de febre alta (acima de 38°C), sendo este o mais importante sintoma, podendo durar até três dias, seguida de mialgia, dor de garganta, prostração, cefaleia e tosse seca. A evolução clínica em adultos saudáveis pode variar de intensidade. Nas crianças, a temperatura pode atingir níveis mais altos, sendo comum o aumento de linfonodos cervicais, além de bronquite ou bronquiolite e sintomas gastrointestinais. Nos idosos, a temperatura não atinge níveis tão altos e muitas vezes não há associação com outros sintomas. Gestantes com quadro de influenza, especialmente no segundo ou terceiro trimestre da gravidez, estão mais propensas ao agravamento do quadro clínico (BRASIL, 2010).

Algumas situações são consideradas como de risco para o desenvolvimento das formas graves e evolução para óbito, são elas: gestação, idade menor do que dois anos ou maior que 60 anos e presença de comorbidades, como doença pulmonar crônica, cardiopatias, doença metabólica crônica, imunodeficiência ou imunodepressão (BRASIL, 2010).

Conhecer as características do indivíduo com o diagnóstico de gripe A torna-se importante para o planejamento de estratégias que promovam uma melhor assistência hospitalar e domiciliar para a família e o doente. Frente a essas considerações, o objetivo deste estudo é traçar um perfil dos indivíduos acometidos pelo vírus influenza A (H1N1).

METODOLOGIA

O trabalho apresentado trata-se de um estudo descritivo, retrospectivo, realizado no município de Maringá – PR, com pacientes internados com o diagnóstico de Influenza A (H1N1), no Hospital Universitário Regional de Maringá (HUM), nos anos de 2009 e 2010.

Maringá é um município localizado na região Noroeste do Estado do Paraná, e é considerada uma das cidades mais importantes do Paraná. Sua população é 325.968 habitantes, sendo que 283.792 são da área urbana com taxa de crescimento de 1,86% ao ano, dessa população 52% (169.503) é do sexo feminino. Em relação às redes de serviços de saúde, o município pertence à área de abrangência da 15ª Regional de Saúde, conta com 10 hospitais e 1280 leitos para internação, 24 UBS (Unidades Básicas

de Saúde), duas Policlínicas, três CAPS (Centro de Assistência e Promoção Social), Laboratório Municipal, Farmácia Central, equipes SAMU/SIATE (Sistema de Atendimento Móvel de Emergência/Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergência), Central de Regulação de Leitos (estadual) e Central de Imunobiológicos. Possui 57 equipes de Saúde da Família, sete programas de agente comunitário de saúde e 17 programas de saúde bucal (PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MARINGÁ, 2010).

A população do estudo foi definida a partir de um banco de dados elaborado pelo Centro de Controle de Intoxicações (CCI/HUM), que apresenta a finalidade de investigar a presença ou não de efeitos adversos do Oseltamivir (*Tamiflu*®), este trabalho é realizado por meio de acompanhamento periódico, por telefone, de todos os pacientes que estiveram internados no hospital e que fizeram uso do referido medicamento.

Durante a pandemia oito hospitais constituíram porta de entrada para o atendimento da gripe A, sendo um hospital público e sete privados. Nos casos de complicações clínicas, os pacientes eram transferidos aos hospitais de referência - Hospital Universitário Regional de Maringá (HUM) e Hospital Santa Casa de Maringá. Assim, a população está constituída por 127 indivíduos que correspondem às internações e aos diagnósticos clínicos de gripe A, no HUM.

Os dados coletados foram organizados em uma planilha do Programa Excel e, posteriormente, submetidos a procedimentos estatísticos com análise de frequência simples e percentual absoluto.

O estudo foi desenvolvido em consonância com as diretrizes disciplinadas pela Resolução 196 do Ministério da Saúde e seu projeto foi aprovado pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá (Parecer n° 748/2010).

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Dos 127 indivíduos internados no HUM com suspeita de gripe A, mais da metade 72 (57%) era residente em Maringá e os demais residiam em cidades da região, uma vez que o hospital é referência para os 29 municípios que integram a 15^a regional de saúde (RS).

No Paraná, foram notificados 65.516 casos, no total, dos quais 8.478, no âmbito da 15ª RS, ocuparam a terceira posição no estado de número de casos. No ano de 2010, os números de casos de H1N1 caíram abruptamente, tendo sido registrados 1.623 casos para o Estado, como um todo, e 630 casos no âmbito da 15ª RS. Cabe salientar que no ano de 2010 esta foi a regional com o maior número de casos do Estado⁽⁶⁾(PARANÁ, 2010).

Com relação ao número de internações, no âmbito da 15ª RS, em 2009 ocorreram 2.015 casos, sendo 624 na cidade de Maringá que, sozinha, foi responsável por 30,96% dos internamentos (PARANÁ, 2010).

Muitos estudos que investigam a sazonalidade e as causas relacionadas à influenza, tanto a pandêmica quanto a sazonal, constataram uma predominância de casos no inverno, principalmente em países com as estações do ano bem definidas, como os do hemisfério norte. No entanto, em países de clima tropical, como o Brasil, ainda não se tem a sazonalidade bem determinada. Contudo, verifica-se, em todo território nacional, uma predominância da gripe nos meses relacionados ao inverno, havendo uma queda no número de casos nos outros meses. Isso ocorre porque as condições climáticas, como baixa temperatura e alta pluviosidade, favorecem a aglomeração populacional facilitando a transmissão do vírus (DEUFENBACH, 2008).

Em relação à gripe A no Brasil, foram registrados casos em todas as regiões do país no ano de 2009, porém, o período de maior incidência foi durante o mês de agosto e nas regiões Sul e Sudeste, com uma queda brusca a partir do final do mês de setembro. O mesmo pode ser observado no gráfico abaixo, no qual se observa uma prevalência no mês de agosto de 2009, e uma elevação nos meses de inverno do ano de 2010.

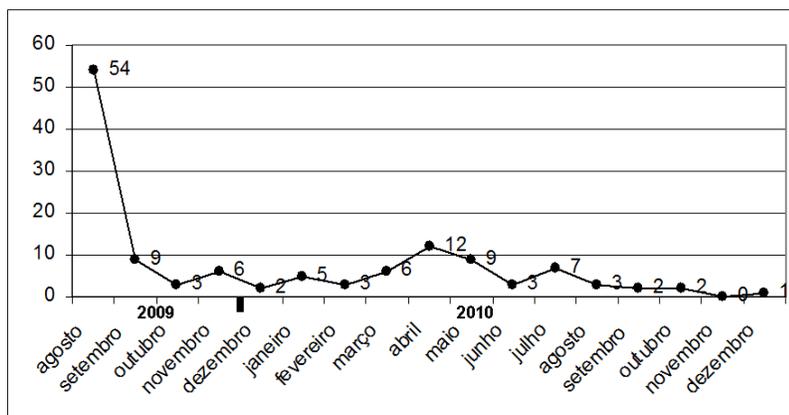


Gráfico 1 – Distribuição dos casos de internação pelo vírus Pandêmico (H1N1) 2009 – 2010 por mês de ocorrência – Hospital Universitário Regional de Maringá – Pr.

Observa-se uma redução do número de casos e consequentemente de internações no ano de 2010, pois houve a disponibilidade para alguns grupos de um imunógeno contra o vírus da influenza pandêmica (H1N1) 2009. As vacinas foram produzidas após seis meses da divulgação dos primeiros casos da gripe pandêmica e foram ofertadas à população brasileira no mês de maio de 2010 (CENTER FOR DIASEASE CONTROL AND PREVENTION-CDC, 2009). Porém, no Brasil, a disponibilização da vacina restringiu-se inicialmente a alguns grupos, sendo primeiramente aos trabalhadores de saúde, em seguida aos indígenas, gestantes, portadores de doenças crônicas, crianças menores de dois anos e adultos de 20 a 39 anos. Isto porque, a partir dos dados epidemiológicos e dos estudos realizados, verificou-se que eram esses os grupos com maior risco de apresentarem complicações graves e mortes por infecção do vírus influenza A (H1N1) (BRASIL, 2009).

Na tabela 1, observa-se algumas características das internações por H1N1 no HUM, nas quais se constata que, em quase a metade dos casos, a internação ocorreu por período de um a cinco dias e que os grupos etários em que ela foi mais frequente foram o de adulto jovens, (21 a 40 anos) e crianças menores de um ano. O maior tempo de internação registrado foi de uma criança de 10 meses que permaneceu por 127 dias hospitalizada.

Ao se analisar as variáveis: idade e tempo de internação, verifica-se que em alguns momentos elas apresentam-se inversamente proporcionais, ou seja, apontam para o fator de que quanto maior a idade, menor o tempo de internação. Em média, os indivíduos do sexo feminino ficaram menos tempo internados (1 a 5 dias) do que os do sexo masculino. Contudo, nas internações acima de 21 dias, as mulheres também se apresentaram em maior número.

Notou-se que mais da metade das internações (58%) foram de indivíduos do sexo feminino, o que é coerente com os casos de internamento no estado do Paraná (53% no sexo feminino). Esta mesma característica foi observada em outros estudos em diferentes regiões do país. Por exemplo, em um hospital da região fluminense as mulheres foram responsáveis por 59,4% das internações (101 casos) e em Taubaté-SP por 64,7% (184 casos) (PARANÁ, 2009; BRUN, 2011; CUGINI, 2010).

Durante a pandemia, a gripe A foi mais prevalente em alguns grupos e neles apresentaram sintomas mais graves da doença, estes foram então considerados grupos de risco, nos quais se incluíam portadores de doenças crônicas, indivíduos, jovens, crianças, menores de dois anos e gestantes. Sendo que, nas mulheres grávidas, o vírus

da influenza pandêmica agravou-se, o que levou a um maior número de óbitos do que na população geral, isto se justifica pelo fato de ocorrer algumas mudanças no organismo durante a gestação, inclusive no sistema imune da gestante (BRASIL, 2010; CDC, 2009).

No que se refere às gestantes, observa-se na mesma tabela que elas foram responsáveis por 16,5 % dos internamentos por H1N1 no ano de 2009, pois, no ano de 2010, não houve registro de gestantes internadas por essa causa. Em relação à faixa etária, constatou-se que das 21 gestantes, dez possuíam idade entre 15 e 25 anos, outras sete 26 a 35 anos e quatro tinham idade superior a 36 anos, a idade mínima foi de 15 e a máxima de 38 anos. Quanto ao tempo de internação, a média apresentada foi de 12 dias variando de 1 a 39 dias, sendo que a maioria permaneceu internada por dez dias, uma, das duas gestantes com período de internação maior do que 21 dias, encontrava-se no segundo trimestre de gravidez e esteve internada na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), já a outra não residia em Maringá e era portadora do vírus HIV. Por fim, não houve registro de óbito neste grupo.

No Paraná, no mesmo período foram notificadas 1.890 (2,88%) gestantes, sendo que destas apenas 46 foram notificadas no ano de 2010, já em relação à 15ª regional de saúde foram notificados 191 (10,1%) casos, desses apenas dez foram no segundo ano da pandemia (PARANÁ, 2010).

O alto número de gestantes, em virtude do HUM ter sido utilizado como referência, corroborou com outro estudo realizado através de busca ativa junto aos hospitais públicos e privados pela Superintendência de Vigilância em Saúde do Rio de Janeiro (SVS) e do Sistema Nacional de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) do Ministério da Saúde, no período de abril e dezembro de 2009, no qual se verificou 4.960 casos de gripe A, desses 233 (37%) eram gestantes, entretanto não foi encontrada associação entre gestação e óbito. O estudo aponta ainda para a importância de realizar um acompanhamento das gestantes, devido ao prognóstico da doença, fato apontado por outros estudos (VALÉRIA et al., 2010).

Tabela 1 - Tempo de internação dos pacientes com o diagnóstico clínico para H1N1, relacionada com a faixa etária, sexo e gestação

| Variáveis | Tempo de internação em dias | | | | | | | | | |
|-----------------|-----------------------------|------|--------|------|---------|------|------------|------|-------|------|
| | 1 a 5 | | 6 a 10 | | 11 a 20 | | Mais de 21 | | TOTAL | |
| | N | % | N | % | N | % | N | % | n | % |
| Idade | | | | | | | | | | |
| < 1 | 4 | 3,1 | 4 | 3,1 | 5 | 3,9 | 7 | 5,5 | 20 | 15,7 |
| 1 a 10 | 8 | 6,3 | 9 | 7,1 | 8 | 6,3 | 7 | 5,5 | 32 | 25,2 |
| 11 a 20 | 11 | 8,7 | 3 | 2,4 | 1 | 0,8 | 2 | 1,6 | 17 | 13,4 |
| 21 a 40 | 25 | 19,7 | 3 | 2,4 | 3 | 2,4 | 5 | 3,9 | 36 | 28,3 |
| 41 a 60 | 6 | 4,7 | 2 | 1,6 | 3 | 2,4 | 4 | 3,1 | 15 | 11,8 |
| > 61 | 6 | 4,7 | - | - | - | - | 1 | 0,8 | 7 | 5,5 |
| TOTAL | 60 | 47,2 | 21 | 16,5 | 20 | 15,7 | 26 | 20,5 | 127 | 100 |
| Sexo | | | | | | | | | | |
| Feminino | 40 | 31,5 | 11 | 8,7 | 7 | 5,5 | 16 | 12,6 | 74 | 58,3 |
| Masculino | 20 | 15,7 | 10 | 7,9 | 13 | 10,2 | 10 | 7,9 | 53 | 41,7 |
| TOTAL | 60 | 47,2 | 21 | 16,5 | 20 | 15,7 | 26 | 20,5 | 127 | 100 |
| Gestante | | | | | | | | | | |
| Sim | 16 | 12,6 | 3 | 2,4 | - | - | 2 | 1,6 | 21 | 16,5 |
| Não | 44 | 34,6 | 18 | 14,2 | 20 | 15,7 | 24 | 18,9 | 106 | 83,5 |
| TOTAL | 60 | 47,2 | 21 | 16,5 | 20 | 15,7 | 26 | 20,5 | 127 | 100 |

No estado do Paraná, de 27 de abril de 2009 a 01 de fevereiro de 2010, constatou-se que o percentual relacionado à faixa etária foi de 44% entre 0 a 19 anos, 47 % de 20 a 49, 6% de 50 a 59 e apenas 4% representavam os maiores que 60 anos, dados que confirmaram os achados, nesse estudo e na literatura, a respeito do elevado número de acometimento em crianças e adultos jovens (PARANÁ, 2010).

No período de 22 de abril a 21 de maio de 2009, foi realizado um estudo com o objetivo de descrever a ocorrência de casos notificados de influenza A (H1N1) ao Centro de Vigilância Epidemiológica do Estado de São Paulo, obtendo-se como resultado a ocorrência da gripe em adultos jovens (20 a 39 anos) em quase metade dos casos (49%), além de uma porcentagem baixa para os idosos (4%) (FRED et al., 2009).

As crianças brasileiras apresentam um alto índice de morbimortalidade, com destaque para as afecções do período perinatal, as má formações congênitas, parasitárias e as doenças infecciosas, por isso os investimento têm sido destinados ao crescimento e desenvolvimento, além representarem uma prioridade social e governamental (LEITE et al., 2005).

A alta incidência entre as crianças deve-se ao fato destas não terem imunidade pré-existente ao vírus, ficando mais suscetíveis a adquirir a doença do que outras faixas etárias, além disso, por não apresentarem certo cuidado com suas secreções, disseminam o vírus por períodos maiores (14 dias) comparadas a indivíduos de outras idades (sete dias). Os adultos jovens também estão mais propensos a adquirir a infecção pelo vírus

do que os indivíduos mais velhos, isto, provavelmente, justifica-se pela possibilidade dos idosos apresentarem uma pré-imunidade, devido à pandemia de 1976, e também pela existência de campanhas de vacinação sazonal (NEUMANN et al., 2009; WANDERLEY et al., 2011). É importante destacar que o fato da doença ser nova e as crianças serem mais frágeis, apresentando baixa imunidade, acarretaram internações com tempo prolongado, o que também podem ter ocorrido para demonstrar a necessidade de um acompanhamento mais próximo da evolução da doença, além da possibilidade de melhor assistência se houver intercorrência.

Desde a primeira onda da pandemia de gripe (H1N1) em 2009, verificou-se um número significativo de pacientes infectados que apresentaram um quadro suave de complicação da doença, como pneumonias, entre outros, os quais necessitaram de internação e de cuidados intensivos. Assim, o alto número de pacientes que estiveram internados nas UTIs em decorrência da influenza H1N1 justifica-se por ser estas unidades locais que têm como objetivo concentrar pacientes em estado crítico ou de alto risco, passíveis de recuperação, e serem espaços nos quais são concentrados equipamentos, materiais e pessoal treinado para o adequado tratamento e cuidado (PÉRICLES et al., 2009).

Dessa forma, a partir da tabela 2, é possível verificar que dos 127 pacientes, 24 necessitaram de internação em UTI, sendo que destes três foram a óbito. Mais da metade dos indivíduos internados em UTI (14) eram do sexo masculino e com faixa etária abaixo de 10 anos.

Tabela 2 - Tempo de internação dos pacientes internados na UTI com o diagnóstico clínico para H1N1, relacionada com a faixa etária, sexo e município de origem

| Variáveis | Tempo de internação em dias | | | | | | | | | |
|---------------|-----------------------------|-------------|----------|------------|----------|-------------|----------|-------------|-----------|------------|
| | 1 a 5 | | 6 a 10 | | 11 a 20 | | > 21 | | TOTAL | |
| | N | % | N | % | N | % | N | % | n | % |
| Idade | | | | | | | | | | |
| < 1 | 3 | 12,5 | 2 | 8,3 | 1 | 4,2 | 1 | 4,2 | 7 | 29,2 |
| 1 a 10 | 4 | 16,7 | - | - | 3 | 12,5 | 4 | 16,7 | 11 | 45,8 |
| 11 a 40 | 4 | 16,7 | - | - | - | - | - | - | 4 | 16,7 |
| > 40 | 2 | 8,3 | - | - | - | - | - | - | 2 | 8,3 |
| TOTAL | 13 | 54,2 | 2 | 8,3 | 4 | 16,7 | 5 | 20,8 | 24 | 100 |
| Sexo | | | | | | | | | | |
| Feminino | 7 | 29,2 | - | - | - | - | 4 | 16,7 | 11 | 45,8 |
| Masculino | 6 | 25,0 | 2 | 8,3 | 4 | 16,7 | 1 | 4,2 | 13 | 54,2 |
| TOTAL | 13 | 54,2 | 2 | 8,3 | 4 | 16,7 | 5 | 20,8 | 24 | 100 |
| Cidade | | | | | | | | | | |
| Maringá | 1 | 4,2 | - | - | 1 | 4,2 | 1 | 4,2 | 3 | 12,5 |
| Outras | 12 | 50,0 | 2 | 8,3 | 3 | 12,5 | 4 | 16,7 | 21 | 87,5 |
| TOTAL | 13 | 54,2 | 2 | 8,3 | 4 | 16,7 | 5 | 20,8 | 24 | 100 |

Em um estudo realizado no estado do Paraná, verificou-se que, no período de 18 de julho a 31 de agosto de 2009, foram internados 63 pacientes com idade superior a 12 anos nas UTIs adultas de 11 hospitais, em seis cidades do estado, com diagnóstico de infecção por influenza H1N1, representando 11% das internações na UTIs. Nesses casos verificou-se que o tempo de permanência na UTI, entre o início dos sintomas e a admissão, foi de aproximadamente seis dias (PÉRICLES et al., 2009).

De todos os indivíduos internados no HUM, 15 foram a óbito, sendo que 13 deles estavam internados nas Unidades de Terapia Intensiva adulta ou pediátrica. Dos outros dois, um estava internado em enfermaria e o outro na sala de emergência. Nos casos de óbito, o tempo médio de internação foi de 14 dias, variando de 0 a 62 dias. Dos 15 pacientes que foram a óbito cinco eram mulheres não gestantes e apenas três residiam em Maringá. Quanto à faixa etária, nove possuíam idade menor que cinco anos e o restante maior que seis.

Em relação aos óbitos pela influenza A H1N1 no estado do Paraná, foram registrados 310 no período estudado, sendo que a região metropolitana da capital do estado ocupou primeiro lugar em 2009, com 87 casos, já a 15ª Regional de Saúde (RS) ficou em segundo, com 23 casos de óbitos. Em 2010, a taxa de mortalidade diminuiu abruptamente, totalizando 16 casos no estado do Paraná, porém, das 22 regionais de saúde, a 15ª RS atingiu o primeiro lugar, com quatro casos de óbitos (PARANÁ, 2010).

Contudo, assim como em outros estudos, devemos considerar que pode ter ocorrido um número maior de casos de internações e óbitos. Nesses casos, a subnotificação pode ser decorrente de diagnóstico errado, por não ter sido solicitado a realização do exame ou mesmo por causa de resultados falsos-negativos.

Em um estudo realizado em Portugal, no período de setembro de 2009 a março de 2010, em que se analisaram somente os óbitos, foram registrados 124 mortes ocorridas, o que corresponde a uma mortalidade de 1,17/100.000 habitantes, este foi considerado um valor superior à média nos países da União Europeia (DINIZ et al., 2010).

O uso da medicação Oseltamivir (*Tamiflu*®) tem apresentado um fator benéfico para a redução da gravidade e duração dos sintomas da gripe, além favorecer queda na mortalidade, o medicamento diminuiu de forma significativa as doenças secundárias. Após seu uso, houve uma resposta positiva por parte dos doentes com gripe A hospitalizados em estado grave, porém, por se tratar de uma pandemia recente e de forte disseminação, o Ministério da Saúde, segundo orientações da Organização Mundial de

Saúde, efetuou algumas medidas para sua distribuição, de forma que o acesso ao mesmo foi restrito (OLIVEIRA, 2010; WARD et al., 2009).

Para enfrentar a pandemia no Brasil, houve uma adaptação e reorganização dos setores públicos e privados, das vigilâncias (epidemiológicas, sanitária e assistencial), buscando realizar um atendimento de boa qualidade, a fim de conter a disseminação da doença e tentar reduzir o número de casos de internação, principalmente de óbitos, além de serem exigidas notificações dos casos, para melhorar cada vez mais a rede de serviços. Utilizou-se também, medidas farmacológicas, como a distribuição do Oseltamivir (*Tamiflu*®) e não farmacológica, como a restrição social, internação com isolamento tanto hospitalar como domiciliar, práticas de higienização, como utilização do álcool em gel, boa lavagem das mãos, entre outros (OLIVEIRA, 2009).

Ademais, para orientar a população e promover a educação em saúde, a imprensa, televisiva e escrita, lançou notícias acerca da temática. Tais fatos geraram repercussões positivas, pois promoveram alertas e conscientizações no sentido da população melhorar os hábitos de higiene e aderir às medidas de precauções diante da gripe. Entretanto apresentaram, também, aspectos negativos, pois despertaram sentimentos de tensão e apreensão nas pessoas (LENNER, 2011).

CONCLUSÃO

Espera-se que os resultados apresentados por este estudo despertem o interesse em outros pesquisadores, pois as publicações referentes a essa temática ainda são reduzidas em nosso meio. Almeja-se, também, que os dados aqui mostrados possam fornecer contribuições para os serviços de saúde formularem estratégias visando à redução do número de casos da influenza A, a fim de melhorar as condições de saúde dos indivíduos acometidos.

A predominância do vírus da influenza A em crianças e adultos jovens serve como alerta para os profissionais, que atuam na atenção básica, elaborarem estratégias de conscientização da população, buscando realizar medidas de prevenção como boa higiene e vacinação, uma vez que, após a utilização destas, reduziu-se significativamente do número de casos.

Ademais, destaca-se a importância da mídia como aliada na queda do número de casos diante de uma pandemia, porém é necessário que o tema seja abordado de maneira

menos sensacionalista e mais educativa, uma vez que envolve números significativos de óbitos de gestantes.

Por conseguinte, verificou-se, a partir dessa pandemia, que novos hábitos de saúde e higiene foram adotados pela população, o que auxilia no declínio não só da influenza A (H1N1), mas de outras doenças transmissíveis. Além do mais, a partir dessa experiência de pandemia e a partir de outros estudos como este, o país pode preparar-se melhor tanto nos aspectos preventivos, quanto nos assistenciais, rumo aos novos desafios que virão no âmbito da saúde coletiva.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Doenças infecciosas e parasitárias**: guia de bolso 8. ed. rev. Brasília, DF : Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Estratégia de vacinação contra o vírus Influenza Pandêmico (H1N1) 2009**: informe técnico operacional. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2009. Disponível em: <http://www.conass.org.br/arquivos/file/informetecnico_05_03.pdf>. Acesso 5 fev. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vademecum ampliado**. Banalizar sem subestimar. Influenza: aprender e cuidar. 2010. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/vademecum_ampliado.pdf>. Acesso em: 15 dez. 2010.

BRUM, A.V. Perfil dos pacientes internados no Hospital São José do Avaí com suspeita de gripe A H1N1. **Rev Bras Clin Med**, São Paulo, v. 9, n. 3, p. 185-188, 2011.

CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). Evaluation of Rapid Influenza Diagnostic Test for Detection of Novel Influenza A (H1N1) Virus – United States. *MMWR*, Atlanta, v. 58, p. 826-829, 2009.

CUGINI, D. M. et al. Perfil epidemiológico dos casos de influenza A H1N1 em Taubaté – SP. **Boletim Epidemiológico Paulista**, São Paulo, v. 7, n. 81, set. 2010.

DEUFENBACH, L. Z. **Morbidade hospitalar por causas relacionadas à influenza em idosos no Brasil, 1992 a 2006**: situação atual, tendências e impacto da vacinação. Dissertação (Mestrado)-Instituto de Saúde coletiva, Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2008

DINIZ, A. Óbitos por gripe pandêmica A (H1N1) 2009 em Portugal. **Rev Port Med Int**, Lisboa, v. 17, n. 4, p. 11-19, 2010.

FRED, J. et al. Vigilância da influenza A (H1N1), novo subtipo viral, no Estado de São Paulo. **Boletim Epidemiológico Paulista**, São Paulo, v. 6, n. 65, p. 4-15, 2009.

LEITE, G. B.; BERCINI, L. O. Caracterização das crianças atendidas na puericultura do programa saúde da família do município de Campo Mourão, Paraná, em 2003. **Ciênc Cuid Saúde**, Maringá, v. 4, n. 3, p. 224-230, 2005.

LERNER, K. et al. Entre o conhecido e o imprevisível: os sentidos da cobertura de Influenza H1N1 nos jornais cariocas. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DA ALAS, 27., **Anais...** Universidade Federal de Pernambuco, Recife, set 6-11, 2011.

MACHADO, A. A Infecção pelo vírus Influenza A (H1N1) de origem suína: como reconhecer, diagnosticar e prevenir. **J Bras Pneumol**, São Paulo, v. 35, no. 5, p. 464-469, 2009.

NEUMANN, C. R. Pandemia de influenza a (H1N1): o que aprender com ela? **Rev HCPA**, Porto Alegre, v. 29, n. 2, p. 92-99, 2009.

OLIVEIRA, J. Á. Ciência e direito: disfunções da atuação do Judiciário na efetivação de medidas públicas de saúde no combate à gripe suína. **Prisma Jur**, São Paulo, v. 9, n. 2, p. 399-414, 2010.

OLIVEIRA, W. K. **Influenza pandêmica (H1N1) 2009**: perfil epidemiológico dos casos graves, Brasil, semanas epidemiológicas 16 a 33 de 2009. Dissertação(Mestrado)-Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto alegre, 2010.

PARANÁ. Secretaria de Estado de Saúde do Paraná. **Boletim e análise epidemiológica** n. 12 e 84, fev 2010.

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MARINGÁ. **Demografia do município**. Disponível em: <<http://www.maringa.pr.gov.br/cidade/cidade.php?categoria=3>>. Acesso em: 15 dez 2010.

VALERIA, S. et al . Desfecho dos casos de Influenza Pandêmica (H1N1) 2009 em mulheres em idade fértil durante a pandemia, no Município do Rio de Janeiro. **Epidemiol Serv Saúde**, Brasília, DF, v. 19, n. 4, p. 339-346, 2010.

VENAZZI, A., et al. Pacientes com infecção por vírus A (H1N1) admitidos em unidades de terapia intensiva do Estado do Paraná, Brasil. **Rev Bras Ter Int**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 231-236, 2009.

WANDERLEY, M. R. Descrição epidemiológica dos casos de Influenza H1N1 em serviço médico terciário do Hospital de Urgências e Emergências de Rio Branco. **Rev Bras Clin Med**, São Paulo, v. 9, n. 4, p. 279-82, 2011.

WARD, P. et al. Dutkowski R Oseltamivir (Tamiflu[®]) and its potential for use in the event of an influenza pandemic. **J Antimicrob Chemother**, v. 55, p. 5-21, 2009. Suppl 1

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **What is the pandemic (H1N1) 2009 virus?** Disponível em: < http://www.who.int/csr/disease/swineflu/frequently_asked_questions/About_disease/em/index.html>. Acesso em: 15 dez. 2010.

4.2. ARTIGO 2

TER UM FILHO COM A INFLUENZA A (H1N1): HISTÓRIA DE MÃES QUE CONVIVERAM COM ESSA REALIDADE

TENER UN HIJO CON LA INFLUENZA A (H1N1): HISTORIA DE MADRES QUE CONVIVIERON CON ESA REALIDAD

HAVING A SON DIAGNOSED WITH INFLUENZA A (H1N1): MOTHERS' ACCOUNT

RESUMO

compreender a experiência de ter um filho diagnosticado e internado em consequência da contaminação pelo vírus influenza A (H1N1). Trata-se de um estudo descritivo, exploratório com abordagem qualitativa, realizado com cinco mães de crianças residentes em Maringá que ficaram internadas no Hospital Universitário Regional de Maringá, com o diagnóstico de infecção por influenza A (H1N1) nos anos de 2009 e 2010. Os dados foram coletados por intermédio de entrevista semi-estruturada realizada no domicílio e submetidos à técnica de análise de conteúdo do tipo temática. Os resultados mostraram que, diante do diagnóstico e da internação, as mães tiveram muito receio em relação ao futuro dos filhos, apontaram falta de informação relacionada à doença e ao isolamento, além disso, houve dificuldades no relacionamento familiar (principalmente entre os pais) em relação às normas do hospital quanto ao isolamento. Notou-se uma mudança de hábito na família após a chegada da criança no domicílio e o apoio advindo da família extensa. Assim verificou-se a necessidade dos profissionais de enfermagem em facilitar o processo de internação/isolamento, valorizando a família da criança e melhorando o acesso à informação, a fim de diminuir suas dúvidas e anseios.

Palavras chave: Vírus da Influenza A Subtipo H1N1. Criança. Mães. Isolamento de Pacientes. Enfermagem Pediátrica.

RESUMEN

Estudio descriptivo, exploratorio con abordaje cualitativo, cuyo objetivo fue comprender la experiencia de tener un hijo diagnosticado e internado por el virus influenza A (H1N1). Realizado con cinco madres de niños residentes en Maringá que quedaron internados en el Hospital Universitario Regional de Maringá, con el diagnóstico de infección por influenza A (H1N1) en el año de 2009 y 2010. Los datos fueron recolectados, por medio de entrevista semiestructurada, en el domicilio y sometidos a la técnica de análisis de contenido del tipo temático. Delante del diagnóstico e internación, las madres tuvieron mucho recelo con relación al futuro de los hijos, apuntaron falta de información relacionada a la enfermedad y al aislamiento, hubo dificultades en la relación familiar y en las rutinas hospitalarias. En el domicilio, hubo cambios en el hábito familiar y el apoyo advenido de la familia toda. Hay necesidad de que los profesionales de enfermería faciliten el proceso de internación/aislamiento, valorando a la familia del niño y mejorando el acceso a la información.

Palabras clave: Virus de la Influenza A Subtipo H1N1. Niño. Madre. Aislamiento de Pacientes. Enfermería Pediátrica.

ABSTRACT

A descriptive and exploratory study with qualitative approach, whose objective was to understand the experience of having a child diagnosed and hospitalized with the Influenza A (H1N1) virus. It was carried out with five mothers of children from Maringá, Paraná State. The children were hospitalized at the Regional University Hospital of Maringá, infected by Influenza A (H1N1) in the years 2009 and 2010. Data was collected through semi-structured interview, at home, and submitted to the technique of thematic content. Due to the diagnosis and hospitalization mothers had a lot of fear in relation to their children's future. They claimed lack of information related to the disease and to the isolation, difficulties were observed in the family relationship and with the hospital rules. At home, there were changes on family habits and on the support given by the extended family. Nursing professionals need to facilitate the hospitalization/isolation process, value the child's family and improve their access to the information.

Keywords: Influenza A Virus H1N1 Subtype. Children. Mothers. Patient Isolation. Pediatric Nursing.

INTRODUÇÃO

Periodicamente ocorrem eventos naturais de pandemias de gripe, como as que ocorreram no século passado nos anos de 1918, 1957 e 1968, com índices elevados de letalidade como ocorreu com a gripe espanhola e aviária. Em 2009, foi identificado, no México, o vírus da Influenza A (H1N1), este se disseminou de forma rápida, provocando uma considerável desordem nos sistemas de saúde e na comunidade, pois causou vários óbitos no mundo, inclusive no Brasil (NEUMANN, 2009).

Os primeiros casos de influenza A (H1N1) ou gripe A ocorridos no Brasil estavam ligados a viagens internacionais, porém logo passaram a ocorrer em território nacional, pois sua transmissibilidade ocorre de pessoa para pessoa, por meio de gotículas de aerossol expelidas pelo indivíduo infectado e também por meio de contato com as secreções do doente, porém, neste último caso, depende de vários fatores como a umidade e temperatura, ambiente, carga viral, o tempo entre a contaminação e o contato com a superfície (MACHADO, 2009).

O quadro clínico da síndrome gripal inicia-se com febre acima de 39°C, cefaleia, tosse seca, mialgia e prostração, podendo apresentar-se como uma doença respiratória leve ou evoluir para uma desidratação, acometimento do trato respiratório inferior, pneumonia bacteriana secundária, acompanhada ou não por síndrome do desconforto respiratório agudo (SDRA) e choque (NEUMANN, 2009). A grande diferença entre a

gripe A e a influenza sazonal é a morbidade, assim como a agressividade do vírus e a evolução da doença (BRASIL, 2010).

Pelo fato das crianças não terem uma imunidade pré-existente ao vírus, elas estão mais suscetíveis a adquirirem a doença do que as outras faixas etárias, além disso, por apresentarem um cuidado reduzido com suas secreções, elas podem disseminar o vírus por períodos maiores (14 dias) comparadas aos adultos (7 dias) (NEUMANN, 2009). Em 2009, na Argentina, país fronteiro com o Brasil, foi realizado um estudo com 251 crianças internadas em seis hospitais públicos de Buenos Aires; sendo que 47 (19%) das crianças necessitaram de tratamento em terapia intensiva, 42 (17%) estiveram sob ventilação mecânica e 13 (5%) morreram (LIBSTER et al., 2010).

Quando uma criança adoce, afeta todas as pessoas ao seu redor, principalmente a família, pois a doença do filho é algo muito angustiante. Diante da necessidade de hospitalização, a família é imersa em um novo ambiente, o hospital, que tem um cotidiano próprio e diferente do habitual, provocando angústias, gerando estresse e ansiedade, principalmente quando a criança necessita de cuidados intensivos (MOLINA et al., 2006)

Para algumas famílias a hospitalização é encarada como uma fatalidade muito maior do que a própria enfermidade. No hospital, a criança está suscetível a circunstâncias desagradáveis e constantes com a evolução da doença, o que torna a família insegura e angustiada, as formas de enfrentar esta situação está atrelada ao modo como ela organiza-se durante este período; às implicações que o impacto da doença promove, além de outros fatores. Entretanto a vida familiar pode oscilar devido à enfermidade, gerando momentos de crise, tirando a estabilidade da família e criando momentos de incertezas (MOLINA et al., 2009)

O fato ter um filho com diagnóstico de influenza A (H1N1) - a primeira pandemia do século XXI - constitui um momento especialmente crítico, pois traz consigo o medo da morte diante do desconhecimento da doença. Dessa forma o presente estudo tem por objetivo compreender a experiência de ter um filho diagnosticado e internado pelo vírus influenza A (H1N1).

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório com abordagem qualitativa, realizado com cinco mães de crianças internadas no Hospital Universitário Regional de

Maringá (HUM) com o diagnóstico de infecção pelo vírus influenza A (H1N1), nos anos de 2009 e 2010, todas as crianças eram residentes em Maringá.

As crianças foram localizadas a partir de um banco de dados existente no Centro de Controle de Intoxicações (CCI) do HUM, elaborado para investigação da presença ou não de efeitos adversos do Oseltamivir (*Tamiflu*®) por meio de acompanhamento periódico, por telefone, dos pacientes que estiveram internados no hospital e receberam o referido medicamento.

Para a seleção dos indivíduos que fizeram parte do estudo, foram utilizados os seguintes critério de inclusão: aqueles que permaneceram internados (em isolamento) por pelo menos dois dias, que residissem em Maringá e que tiveram o diagnóstico de H1N1 confirmado por exames laboratoriais. A inclusão ocorreu pela ordem do maior tempo de internação para o menor. No total, 53 crianças foram internadas, 14 residiam em Maringá e atendiam aos critérios de tempo de internação, porém, destes, cinco receberam o diagnóstico negativo para H1N1, duas não tinham telefone de contato e outras duas mudaram. Dessa forma, cinco mães foram convidadas a participar do estudo e todas aceitaram.

Os dados foram coletados no domicílio das crianças, por meio de entrevista semi-estruturada as quais, após consentimento, foram gravadas em equipamento digital do tipo MP4 e, posteriormente, transcritas na íntegra. Também foram realizadas anotações e registros no diário de campo após cada visita. O instrumento utilizado para a coleta de dados, durante a entrevista, foi um roteiro com questões abertas e fechadas, elaborado pela própria pesquisadora. As questões fechadas incluíam dados relativos à caracterização das famílias e dados sócio-demográficos, já as questões abertas versavam sobre a experiência de ter um filho diagnosticado e internado pelo vírus influenza A (H1N1).

Os dados obtidos foram submetidos à técnica de análise de conteúdo do tipo temática, que abrange três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação. Para tanto, realizaram-se leituras dos depoimentos, sendo estes analisados, codificados e categorizados, o que deu origem aos núcleos temáticos. Desta forma, inicialmente foram identificados significados comuns e que apareceram com maior frequência em cada entrevista, os quais, posteriormente, foram comparados com aqueles que emergiram nas demais entrevistas. Para os significados comuns, foi estabelecida uma codificação, denominada de unidade de significado, o que

convergiu em duas categorias temáticas centrais e agrupadas dentro dos aspectos de relevância da temática (BARDIN, 2008).

O estudo foi desenvolvido em consonância com as diretrizes disciplinadas pela Resolução 196 do Ministério da Saúde, que disciplina a pesquisa com seres humanos, e seu projeto foi apreciado e aprovado pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá (Parecer nº 071/2011). A solicitação de participação no estudo foi feita pessoalmente junto às mães. Inicialmente, realizou-se um primeiro contato telefônico com o responsável pela criança indicado na ficha, informando-lhes sobre os objetivos do estudo, neste momento, solicitou-se a informação de quem foi o familiar mais envolvido no processo de doença. Em todos os casos, as mães foram as principais informantes e participantes do processo de doença e internação.

No domicílio, foram informados novamente sobre os objetivos do estudo, o tipo de participação desejada e a livre opção em participar ou não. Após o esclarecimento de dúvidas, as mães que concordaram em participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias. Para resguardar a identidade dos entrevistados, os questionários foram enumerados e cada entrevista foi identificada com a letra “M” de mãe, seguida pela letra “C” de criança.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

No presente estudo, foram entrevistadas somente as mães das crianças internadas, pois estas se autodenominavam como cuidadoras principais de seus filhos. Geralmente, durante a hospitalização, é a mãe quem permanece junto ao filho ou quem visita com maior frequência. Há um fator histórico e socialmente constituído que relaciona a figura da mulher com o ato de cuidar, sendo uma tradição advinda da educação familiar. As próprias mães consideram-se insubstituíveis, para elas, ninguém cuidará de seus filhos melhor do que elas mesmas (BECK et al., 2007).

Percebeu-se que as participantes eram relativamente jovens, com média de idade de 29 anos. Apenas uma família era do tipo nuclear (MC5), uma do tipo extensa (MC1), na qual se integrava avós maternos e uma tia, as outras três eram monoparentais (MC2, MC3, MC4). A renda dessas famílias variou de um até três salários mínimos. Duas das crianças possuíam paralisia cerebral (MC1 e MC3) e já tinham passado por várias internações, as demais foram internadas pela primeira vez. Quatro crianças foram

internadas na UTI pediátrica e apenas uma na pediatria. Somente uma criança era do sexo feminino. O quadro abaixo apresenta as características das crianças internadas e suas mães.

| Dados da criança | | | | | | Dados da mãe | | | |
|------------------|------|--------|---------------------|---------------------|----------------------------|---------------|----------------|--------------|--------------|
| Criança | Sexo | Idade | Tempo de Internação | Local de Internação | Problema de saúde anterior | Idade Materna | Escolaridade** | Estado Civil | Nº de filhos |
| MC1 | M | 3a | 30 dias | UTI | Sim | 27 | EMC | Solteira | 1 |
| MC2 | M | 1a 1m | 23 dias | UTI | Não | 35 | EFI | Separada | 5 |
| MC3 | F | 2a 6m | 12 dias | UTI | Sim | 31 | EFC | Separada | 3 |
| MC4 | M | 4a | 6 dias | Ped* | Não | 30 | EMI | Solteira | 3 |
| MC5 | M | 1a 10m | 19 dias | UTI | Não | 26 | EMC | Casada | 3 |

* Ped – Pediatria

** EFC – Ensino Fundamental Completo; EFI- Ensino Fundamental Incompleto; EMC – Ensino Médio Completo; EMI – Ensino Médio Incompleto

Quadro 1 - Características das mães e crianças que constituíram os sujeitos da pesquisa - Maringá- 2009/2010

Por meio dos depoimentos relatados pelas mães, emergiram duas categorias nomeadas como: *O impacto da doença na família e Incertezas e inseguranças durante a internação pelo vírus influenza A (H1N1)*.

O impacto da doença na família

Após a descoberta do diagnóstico e da necessidade das crianças serem internadas, verificou-se que as mães sofreram pelo que poderia vir a acontecer, diante da evolução da doença e do medo de perder seu filho, além de sofrerem, junto com ele, pelo fato de vê-lo sofrendo. Os discursos maternos relacionados à descoberta do diagnóstico foram permeados por fatores emocionais, descritos como uma experiência ruim, demonstrando o abalo que causou às mães.

Sofri nove meses, porque eu gerei ele sentada, tinha dor nas costas, então a gente sofre tudo isso para ele nascer e sofrer desse jeito? (MC2)

Então foi uma coisa que abalou muito(MC2)

Fiquei mais preocupada porque o pulmão piora...Ele tinha feito um raio X do pulmão, em um dia não tinha dado nada, no outro dia ele fez de novo deu muita diferença, nossa deu sorte que foi o mesmo médico, ele não acreditou que era da mesma pessoa, o mesmo

pulmão, nossa deu muita diferença por isso que internou rápido no isolamento, que daí entrou com suspeita, já tomou aquele remédio. (MC1)

Foi muito difícil, foi horrível, pois o médico e as outras pessoas falaram que ela não ia sobreviver, por que ela tem uma imunidade baixa (MC3)

Logo quando a família recebe o diagnóstico ou depara-se com uma situação de doença, o primeiro estágio é o impacto, pois as mães criam expectativas quanto ao futuro dos filhos. Elas esperam que eles desenvolvam-se da melhor forma possível, porém, uma situação inesperada como a doença, juntamente com a internação, rompe com esses sonhos e fazem as famílias sentirem-se temerosas quanto ao cuidado do filho, pois não sabem ao certo como proceder e não se sentem preparadas para encarar a situação clínica do filho (DANTAS et al., 2010).

Para compreender melhor a realidade na qual se encontravam as crianças, as mães precisaram obter informações concretas a fim de apoiar e inserir aquela experiência em sua vida e na vida de sua família, porém mesmo obtendo informações e sabendo da vulnerabilidade que a sociedades estava vivendo frente à pandemia, houve dificuldades em aceitar os fatos.

Porque a gente ouve, ouve, mas tem que parar de pensar que as coisas só vão acontecer na família dos outros, mas nunca na minha vida, eu nunca ia pensar que ia acontecer na minha, ainda mais o pitititico (MC5)

No hospital, as mães buscavam conhecer e entender o que estava acontecendo, a fim de estabelecer uma relação de confiança, partindo do princípio que as incertezas ocorrem a partir da convivência com o desconhecido. Porém, não encontraram apoio e nem quem pudesse esclarecer suas dúvidas. Nos depoimentos a seguir, percebe-se que os profissionais de saúde utilizaram pouco ou mesmo não fizeram uso da comunicação como ferramenta para criar um vínculo com as mães, ora por desconhecimento da patologia, ora por não ter elaborado estratégias adequadas para abordar o problema, o que tornou as mães inseguras e desesperadas frente ao tratamento de seus filhos.

Nem os médico sabiam como tratar...ai eu via quando chegava caso da gripe o desespero dos médicos e dos enfermeiros, ninguém sabia o que fazer, isso me apavorava mais (MC3)

Ficamos abalados e estamos até hoje, porque ninguém explicou o que aconteceu com ele, até hoje eu não sei o que ele teve...não soube se ele

teve gripe, um menino que ligou aqui falando que ele tomou o remédio da gripe...Assim o neném fazia um monte de exame mas ninguém mostrava nada para a gente, ninguém falava nada, a gente queria ver, mas ninguém falava nada. Daí a gente acaba exagerando, daí um dia eu falei para a doutora que eu queria ver o exame, eu briguei com ela, eu não sabia de nada. Na verdade eu só sabia quando ia trocar de turno e eu prestava a atenção no que uma falava para a outra. A falta de informação foi muito ruim, a gente chegava lá aflita, ninguém explicava direito as coisas (MC2)

Demorou muuuuito para vim o resultado, por que na naquela época tava perdido, tava infestado de gente, e gente morrendo e tudo que você imagina...eu não entendi muito o que o pediatra quis dizer, mas disse que ele teve essa gripe, e que deixou o pulmão tipo uma gelatina... (MC5)

Há um despreparo dos profissionais quanto à forma de abordar a família no cotidiano da internação hospitalar, são perceptíveis falhas relacionadas à formação de vínculo e estabelecimentos de processos efetivos de diálogos. A família não tem sido co-participante no processo de cuidar, os profissionais não têm interagido com as famílias, nem para fornecer informações a cerca da patologia, nem para auxiliar no processo de enfrentamento, ficando tais atitudes aquém das propostas de humanização (SCHNEIDER et al., 2009).

A rápida evolução da doença faz com que aquelas que acompanham o filho no processo de adoecimento e hospitalização sofram muito com a gravidade do quadro clínico da criança, principalmente quando estes necessitam de cuidados intensivos e são encaminhados para ambientes destinados a este fim, o que faz emergir o sentimento de perda e morte, além de aumentar o medo e as preocupações das mães com a doença.

Tudo isso foi um pesadelo que aconteceu na minha vida, eu nunca tinha entrado dentro de uma UTI, é uma coisa que a gente não deseja para ninguém, aquelas máquinas apitando, todo dia você ir lá ver seu filho na mesma, para uma mãe passar por isso é muito ruim!(MC2)

O médico falou: 'Olha mãe seu filho, tá com suspeita de H1N1, a gente vai fazer o exame para comprovar, mas ele vai ter que ir para a UTI', a gente fala UTI, a gente é besta, acha que já tá morrendo, mas eu vi que não é assim, a UTI é um lugar muito bom, ai quando foi para a UTI, nunca imaginei, nossa nunca ninguém da minha família ficou numa UTI. Eu nunca tinha entrado numa UTI, hoje eu sei que UTI é um tratamento mais intensivo, eles cuidam mais, só que na hora você não pensa e não sabe disso.(MC5)

Mas toda vez que ele vai eu não gosto, sempre que ele vai internado, ele vai para UTI.(MC1)

O processo de vivência da hospitalização é extremamente incerto e ruim, principalmente, quando está relacionado à criança e à unidade de cuidados intensivos pediátricos (ambiente restrito, desconhecido, por vezes assustador), pois gera sofrimento decorrente da separação dos pais e irmãos, além de lesão corporal, devido aos procedimentos e exames geralmente invasivos e dolorosos. Isso pode desencadear processos de perdas não só para as crianças que adoecem e são hospitalizadas, mas para toda a família, que necessita alterar sua dinâmica (MORAIS et al., 2009).

Nos cuidados intensivos há normas e rotinas, muitas vezes rígidas, que incluem a impossibilidade dos pais de acompanharem o filho ao longo de sua permanência na UTI, sendo isto também percebido como um fator relacionado ao medo do ambiente. O HUM permite a presença e a permanência de apenas um familiar durante a internação na UTI pediátrica, inclusive em situações de isolamento. Porém, quando a criança apresenta um quadro grave e de longa permanência a mãe é orientada a ir para casa descansar, para que não fique exausta de estar confinada na UTI. Contudo, no ano de 2009, devido ao número excessivo de casos de gripe A, não foi permitida a presença das mães durante o pico da pandemia.

O fato de não poder estar junto ao filho desencadeou um sentimento de angústia muito grande, inclusive para uma das mães que já conhecia a rotina de permanência na UTI, mas atingiu de forma especial àquela que estava vivenciando a situação pela primeira vez.

É muito ruim você vir embora para sua casa e saber que ele tá lá...o médico me chamou para ver ele, daí me falou que não podia ficar, eu achei o Oh, um absurdo. Como a gente não fica com uma criança tão pequeninha?... o ruim da história era eu não poder ficar lá, ter que vir embora, é muito angustiante, e não tem como, tem o leito mas não tem uma cadeira para você ficar, igual no quarto, não tem um banheiro nada(MC5)

Daí eu só vou lá visitar eu não gosto de ficar lá, igual a gente fica no quarto, eu fico em casa, eu vejo que eles não gostam que a gente fica lá, porque o espaço é pequeno, daí toda vez que acontece alguma coisa grave ou chega alguém, tem que tirar o pai, botar para fora para não ver, e é melhor, que a gente não vê. Eu venho adiantando meu serviço, venho e vou, não é muito gostoso não(MC1)

As mães nos mostraram, em seus depoimentos, que se sujeitaram e respeitaram as regras da UTI, mas ressaltaram que gostariam de melhores condições de permanência. O ambiente físico da UTI, associado às condições dos pacientes, fazem com que muitas pessoas considerem o local agressivo e o fato de não existir cadeiras

para familiares sugere visitas não prolongadas e em horários pré-estabelecidos. A presença do familiar na UTIP gera uma maior segurança aos pais, que vêem nisto uma oportunidade de acompanhar e participar dos cuidados dedicados ao filho durante toda a internação. Há uma necessidade de se promover o conforto para o familiar acompanhante, proporcionando-lhe condições mínimas de sono e repouso, para permitir que este desenvolva um papel mais efetivo no cuidado ao filho na UTI (HAYAKAWA et al., 2009)

Estas condições levam as mães a um estado de conflito frente ao acúmulo de informações e à vivência de situações desagradáveis, como, por exemplo, a necessidade de submeter o filho a muitos exames, frequentemente, invasivos e cujo resultado demanda uma longa espera.

Ademais, as mães relataram que durante a internação tiveram receios relacionados ao futuro dos filhos, medo da morte e medo de ficarem com alguma doença crônica.

Eu tinha medo dele morrer, era muito ruim(MC2)

Ah assim, da morte, mais do futuro mesmo não, fiquei com medo de perder ela.(MC3)

Eu fiquei com medo dele ficar assim, dele ficar que nem uma pessoa que tem bronquite, por exemplo: meu avô não pode dar uma gargalhada por muito tempo que daí dá uma crise de riso, da uma crise de tosse.(MC5)

A hospitalização de um filho é permeado, por diversos sentimentos como medo, angústia, insegurança, desesperança, solidão e invalidez, as mães acabam sofrendo por não saber o que pode vir a acontecer com o seu filho. Com dúvidas acerca da evolução da doença, as mães temem a possibilidade do fracasso do tratamento ou mesmo o acontecimento de alguma intercorrência, como, por exemplo, o quadro se agravar e o filho vir a falecer (MORAIS, 2009).

Diante dos sofrimentos evidenciados, a mãe não se deixa vencer, segue em frente, encara as dificuldades, não desanima, enche-se de esperança e força, mesmo não conseguindo perceber de onde vem o ânimo e a fé para enfrentar a situação.

Eu nem sei de onde a gente tira tanta força, porque eu sou medrosa para as coisas, nossa criei força...Eu cresci muito, eu era muito medrosa de tudo, agora eu não tenho medo de mais nada. (MC2)

Eu sentava naquele banquinho do HU lá fora, olhava assim o céu, pedia para tudo quanto é santo, acho que até uns que nem existiam, a minha vontade era entrar lá dentro arrancar ele de lá e sair correndo. Mas a gente não pode, criava força e voltava(MC5)

As mães buscam alternativas para diminuir o sofrimento, uma delas é a fé, o apego à religiosidade, os aspectos relacionados à espiritualidade estão muito presentes na vida das pessoas, especialmente em momentos difíceis. As mães necessitam acreditar que há esperança para a melhora do quadro do filho. A utilização de estratégias defensivas aumenta a força e a expectativa de sair da situação e voltar para casa, além de aumentar sua resistência frente ao sofrimento (SANTOS et al., 2011).

Mesmo depois de transcorrido um ou dois anos e o filho estar saudável ou, pelo menos, não apresentar nenhuma sequela causada pelo quadro de infecção gerado pelo vírus H1N1, principalmente no caso das crianças com paralisia cerebral, as mães ainda temem vivenciar a mesma situação.

Agora a gente tem medo de um monte de coisa, tem muito medo dele pegar uma gripe e arruinar de novo.(MC2)

Eu fiquei com medo, porque foi grave o que ele teve, tenho medo de acontecer tudo de novo, mas eu dei a vacina pelo posto, pela secretaria, mas eu fiquei com medo.(MC5)

Eu não gosto de lembrar disso, de falar do que aconteceu (silêncio) parece que vai voltar tudo de novo aquele pesadelo (MC2)

Os momentos vivenciados pelas mães, durante o período de hospitalização, principalmente pela gravidade dos casos estabelecidos, foi suficiente para elas perpassarem por uma situação de tensão e risco. A fácil transmissibilidade e a evolução da doença são fatores que levam a esse temor frente à enfermidade.

Incertezas e inseguranças durante a internação pelo vírus influenza A (H1N1).

O fato da gripe ser uma doença transmissível por meio de contato, leva a instituição a ter como rotina a transferência do paciente para o isolamento. Os depoimentos dos entrevistados abaixo discorrem acerca dessa situação.

Foi a primeira vez que a gente ficou sozinho em isolamento...a única coisa ruim é ficar lá, porque da a sensação que você é um nada,

porque todo mundo entra lá todo encapuzado, de mascara, de luva, de toca, você mal reconhece quem ta entrando (MC1)

Ah assim, uns chegavam lá olhavam na porta ficavam meio assim por que tava isolado (MC4)

O isolamento para muitos profissionais é encarado de forma amedrontada, pois eles temem a contaminação ao entrarem em contato com as crianças no isolamento, mesmo que paramentados. Além disso, o fato dos profissionais não entrarem nos quartos pode estar atrelada à falta de tempo, pois além de requerer toda uma preparação, que por si só já leva algum tempo, existe ainda um conjunto de atividades assistenciais e administrativas que não costumam deixar tempo para outra atividade fora dessa rotina. Isso faz com que a equipe de enfermagem esteja cada vez mais distante do paciente e de sua família, ou seja, existe uma barreira física que também se manifesta na ausência de relacionamento acompanhante-enfermeiro e/ou família-profissional.

Como motivo de minimização da situação, algumas mães apontaram o fato do isolamento não ser em quarto privativo, tendo a presença de outra criança com a mesma patologia e apresentando um quadro semelhante e também a existência de um televisor, como alternativas que facilitaram o processo de isolamento.

Deixaram um isolamento com uma cara melhor, eles tiraram a TV do outro quarto que não era isolamento e colocaram lá.(MC1)

A o fato deu estar lá com a mãe dessa menina me ajudou muito sabe, nossa me ajudou mesmo, Nossa uma dava força para outra...Deus me livre se eu tivesse que ter ficado sozinha(MC5)

Algumas estratégias para minimizar o nível de estresse produzido pelo isolamento na criança e no acompanhante/familiar são de extrema importância, uma vez que tornam o ambiente menos agressivo, mesmo que para isso haja uma necessidade de ultrapassar barreiras e criar novas formas de cuidar sem, contudo, rescindir o isolamento (CARDIM et al., 2008).

Além do isolamento, outras medidas são necessárias para evitar a disseminação do vírus, como, por exemplo, o uso de máscaras e aventais e a restrição de visitas. Essas rotinas foram enfrentadas com dificuldades por algumas famílias:

Ele ficou isolado, meu esposo podia ir visitar bem pouco mais teve que por mascara. Eu tinha que ficar com máscara, mas não conseguia ficar com ela dia e noite, era muito ruim, incomodava. (MC4)

Meu marido que ficou mais quebradão, nossa principalmente nos dias que ele não pode entrar para ver, nossa ele ficou muito nervoso e

muito chateado, não acha justo né? Porque só a mãe que pode, ele também era pai e também tinha que ter direito. (MC5)

Ai foi para o quarto de isolamento mesmo, que daí só entrava o médico, com aquele sapato verde, luva, com avental, máscara, parecendo uns ETzinhos, daí ele ficou mais uma semana lá e eu lembro que eu passei a páscoa lá dentro foi bem ruim. Mas só liberam ele quando viram que ele já tava bom.(MC5)

Os depoimentos nos mostram a necessidade de não infringir as normas de precaução de contato, mas com a finalidade de promover o bem estar da criança e de seu acompanhante. Nesse sentido, faz-se necessário rever condutas alternativas para que os familiares possam estar mais presentes durante a internação com isolamento (GUEZ, 2009).

Um dos fatores que dificultou a adaptação a essas normas foram as confusões e divergências relacionadas ao significado e importância do isolamento, percebeu-se que para algumas mães isso não ficou bem esclarecido, enquanto outras conseguiram entender a partir das informações fornecidas.

Assim eu tinha medo dele de pegar alguma infecção porque eu fumo, e a gente passa pelo corredor no meio dos adultos daí podia contaminar, por isso que era bom ir de mascara (MC2)

Ah era estranho, fora que a gente pergunta muito o porquê disso tudo, então eles explicavam que ele estava bem, mas que poderia transmitir para os outros...ai eu entrava eles sempre exigiam que entrasse com a roupa verde, aquele avental, lavasse as mãos, me ensinaram o jeito que era, não ter contato com a torneira, para depois tocar na criança, isso para não contaminar a gente e também para não levar contaminação para fora. (MC5)

Muitas vezes o familiar/acompanhante não recebe as informações de maneira adequada, sendo atrelada às informações repassadas o uso intensificado de terminologias científicas, o que dificulta o entendimento, gerando uma situação tensa. Muitas vezes as informações estão baseadas no que se deve ou não fazer, sem ao menos levantar as dúvidas e inseguranças requeridas pelos pais/acompanhantes, ou mesmo certificar-se de que as informações foram compreendidas (RABELO et al., 2009)

Alterações na dinâmica familiar: um sofrimento que alterou ou rompeu relacionamentos

Além das dificuldades apontadas no isolamento, algumas famílias sofreram alterações nos relacionamentos entre os membros. A internação gerou estresse muito grande, favorecendo as discussões entre os casais que teve como consequência a separação.

Foi muito difícil, a gente brigou muito, ficamos muito abalados, não nos separamos lá no hospital mesmo, acho que por Deus mesmo... Eu e meu marido se você não sabe ainda a gente se separou, não estamos mais junto por causa disso, estamos separados...Mas aconteceu isso com o nenem a gente brigava muito, e eu tava nervosa com a situação, brigava muito. Mas isso já faz uns seis meses, ele mora lá e eu aqui. Só sei que mexeu muito com a gente, desestruturou muito. (MC2)

Depois disso a minha relação com o meu marido começou a ficar desgastada, eu não tinha mais aquela coisa, ficava só preocupada com ela, com a saúde dela, não dava atenção para ele, depois ele arrumou um emprego e lá ele conheceu uma mulher e deixou a gente para ir morar com ela, mas ele ajuda a pagar as contas (MC5)

A responsabilidade em ser a principal cuidadora, juntamente com a necessidade de dedicar-se em tempo integral ao cuidado do filho enfermo, faz com que suas relações com outras pessoas tornem-se distantes e muitas vezes ausentes, isso está relacionado ao desgaste natural da situação, que provoca cansaço e estresse.

O relacionamento entre os pais de uma criança internada torna-se muitas vezes desgastado e rompe-se, porque as preocupações com o marido e com a vida do casal deixam de ser importantes, pois a mãe necessita permanecer no hospital e o marido continua com sua vida e rotina, gerando muitas vezes um conflito. Assim, quando a criança e a doença passam a ser o foco da família e sua estrutura/funcionamento estão sob a mesma perspectiva, podem ocorrer separações e divórcios. Quanto mais aprisionada está a relação familiar a um determinado foco, mais propensa está a se desintegrar, uma vez que ambos já estão atrelados à fragilidade do momento (COLLET, 2004).

Mudanças no cotidiano após a alta hospitalar

Além disso, as mães realizaram mudanças na rotina e passaram a inserir no dia a dia novos hábitos relacionados a processo de cuidar, principalmente no domicílio,

porém alguns hábitos foram adotados por apenas um período, logo após a alta da criança. Como por exemplo, o sono e o repouso:

Foi bem ruim, ele não parava de chorar a noite inteira eu tive que ficar a noite inteira cuidando dele, porque no hospital eles davam calmante para ele, eles falavam que não mais eu vi, deram diazepam para ele, a enfermeira da noite me disse que se eu autorizasse elas a dar elas iam dar, agora em casa tive que ficar dia e noite cuidando dele, eu cansei bastante.(MC2)

E a introdução de algumas medidas de precauções e tratamento:

Até quando ele veio para casa eu usava álcool, aqui em casa ficou uns dias em isolamento, minhas tias queriam vim aqui ver ele mas eu não deixei porque o médico falou que ele ainda podia passar, até porque eu tenho mais dois aqui, então eu tive que cuidar, eu deixava as coisas dele separadinhas, toalha de banho, ele ficava dormindo comigo, tudo separado, porque eles liberam com isso e porque eu tinha inalador em casa, fiz de 4 em 4 de 8 em 8. (MC5)

Já outras coisas foram modificadas e permaneceram como um hábito para as famílias. Dentre essas, podemos destacar as mudanças relacionadas às atividades de lazer:

Ah eu não saio mais a noite, antes eu saía, de vez em quando mais saía, agora não saio mais, evito sair com ele a noite para não pegar sereno. (MC2)

Daí por exemplo no tempo do calor, ai vamos na piscina, eu penso eu tenho medo de levar, tenho medo de passar friagem e acontecer tudo de novo. (MC5)

Hidratação e alimentação

Eu to tendo cuidado até hoje, porque qualquer coisinha já inflama garganta, ele fica resfriado, fica ruinzinho. Não dou nada gelada, dependendo da comida não dou, por causa do estomago (MC2)

Ambientes com aglomeração de pessoas

Nos postinhos, o pai dele vai comigo, ele fica la fora para ele não entrar la dentro para não pegar...Não levo mais na creche, eu tenho medo dele pegar... (MC2)

Nos hábitos de higiene e limpeza

Mudou daí o que que eu comecei a fazer: lavar mais as cortinas, mais os tapetes, porque pode acumular pó, você pode perceber eu gosto muito de toalhinhas, comecei a lavar mais vezes eu tirava uma vez por semana agora mais vezes na semana, tapete eu tinha um

monte, tapete na sala, na cozinha, agora não esses dias que ele ficou ruim, na semana santa, eu tiro. Na verdade nem deveria ter, mas que mulher não gosta de um enfeite...dai mudou eu cuido mais! (MC5)

Eu não tinha o cuidado, mesmo no calor ele andar descalço, hoje já tenho um cuidado maior, sempre mantém ele agasalhado, a noite ele não gosta de cobrir coloco moleton, porque até uns seis a anos de idade vai ser assim, então eu aprendi a cuidar mais depois disso. (MC5)

Os fatores relacionados às morbidades de infecção respiratória estão relacionados ao clima, ou seja, com a sua temperatura, pois é nesse período que os locais, principalmente as residências, reduzem a ventilação, aumentando a propagação de infecção e agentes alergênicos como poeira e mofo. Além disso, as doenças respiratórias têm mostrado forte relação com a presença de tapetes, cortinas, presença de animais domésticos, familiares tabagistas, além da presença de familiares com problemas de saúde convivendo no mesmo local que a criança (SCHULTZ, 2007).

O ambiente escolar também foi uma das preocupações das mães, pois elas referiram e questionaram a forma com que seus filhos estão sendo ou serão cuidados.

Aí na creche são duas professoras para 20 criancinhas, não tem como a gente querer que elas fiquem o tempo todo em cima, aí como não tinha como elas ficarem, daí o que que eu percebi que mesmo tando fresquinho elas mandavam ele de shortinho e sandalhinha sem meia, daí eu comecei a falar, daí tem dia que elas só trocam a fralda ele vai e volta com a mesma roupa, porque elas sabem que ele teve esse problema, não tenho vergonha, deixa que banho eu dou em casa, não vai morrer se ficar sem tomar banho, é uma vez que vai ficar exposto a friagem, então eu peço para elas deixar sempre agasalhadinho, antes nem tinha, os outros dois nossa nunca passou por isso (MC5)

Só não sei como vai ser na creche, deixa ele no chão gelado, tem muita criança na creche, e confiar em outra pessoa para cuidar é duro. Mais eu sinto que sou um peso para meus filhos, eu preciso voltar a trabalhar, para ajudar eles, eles tem que cuidar da vida deles. E assim tem a família dele (do ex-marido)...eles falam que creche, é ruim, mais criei tudo esses meninos na creche, agora eles já falam diferente da gente, que lá que ele arruína. (MC2)

Para os pais, delegar o filho a um centro de educação infantil é uma tarefa árdua, pois as informações veiculadas na mídia sobre maus tratos de crianças em instituições, e principalmente o fato de que quanto mais cedo o bebê é deixado em uma creche, maior é a probabilidade dele contrair ou desenvolver doenças que podem resultar em dias de internação, faz com que os pais criem um conceito prévio e negativo sobre essas

instituições. Ademais, a argumentação de parentes e ou amigos sobre os riscos e experiências prévias interfere na decisão de pais e mães em favor ou não da instituição. De fato, após um episódio de internação, o que permeia os pais é a insegurança em deixar o filho frequentar outros ambientes que não seja o domicílio ou a casa de algum familiar/amigo (MARANHÃO, 2008).

Uma maneira de aliviar as angústias e conflitos, é fazer com que as famílias e os profissionais da educação infantil expressem seus conflitos e insatisfações, a fim de negociar regras e limites, além de estabelecer acordos e negociações para um melhor cuidado e desenvolvimento infantil (MARANHÃO, 2008).

Recebendo auxílio da família expandida

Mesmo diante de toda a dificuldade, as mães relataram que a presença e o suporte de outras pessoas foi um fator que facilitou o processo, assim, embora tratando-se de uma doença contagiosa, as pessoas próximas, principalmente membros da família extensa, não tiveram receio em ajudar, com destaque para os avós que, muitas vezes, mesmo morando em outras cidades, mostraram-se presentes.

Eu não tenho ninguém da minha família aqui, mas minha mãe ligava todo dia! O pai dele tava desempregado quem me ajudava era meus sogros para a gente conseguir ir lá, ele que ajudou a gente. A assistente social ajudou com passe para eu conseguir ir lá. Meu filho também ajudou bastante.(MC2)

Minha mãe não mora aqui, ela mora em Peabiru, ela veio principalmente quando ele ficou no isolamento que eu não podia sair, ela cozinhava para eles aqui, depois minha irmã também veio ajudou, minha vizinha, ninguém podia entrar lá então era só eu lá mesmo, mas assim minhas primas meus avós nossa toda hora ligava para saber como que ele estava, eu tive apoio de todo mundo. (MC5)

Eu trocava com a minha irmã, porque eu não como muito lá, não consigo ir no banheiro, então tenho que trocar. Mas não podia visita. (MC1)

O fato da família extensa participar ativamente na vida da mãe faz uma diferença extremamente significativa, pois isto realiza um apoio sentimental, material e moral. A ajuda da família pode estar em diversas situações, como compartilhar tarefas e afazeres domésticos, revezar no cuidado intra-hospitalar, ou mesmo com os outros filhos saudáveis, entre outras. Esta forma de apoio ajuda o cuidador a programar seus cuidados

para com o hospitalizado, bem como auxilia na superação da doença, e mesmo não atuando diretamente, só o fato de estar fazendo presente na vida do familiar já o estimula a seguir em frente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os relatos das mães apontaram para vivências negativas marcadas pela insegurança diante do diagnóstico e da evolução da doença. Verificou-se que as informações repassadas às mães foram insuficientes, o que levou a sentimentos de medo e discriminação, criando assim uma situação de estresse a qual interferiu nas relações familiares, principalmente com os pais da criança. Assim, há a necessidade de uma melhoria na comunicação (profissional/família), havendo um repasse de informações mais completo para a família, a fim de que a situação seja enfrentada de forma mais amena. Cabe aos profissionais de enfermagem facilitar o processo de internação em condição de isolamento. Mesmo que seja diante de uma situação pandêmica e desconhecida, é importante que o profissional valorize a família da criança, diminuindo suas dúvidas e anseios.

O enfermeiro tem papel fundamental como rede de apoio para as famílias, principalmente quando a criança encontra-se em isolamento hospitalar, pois é com a equipe de enfermagem que a mãe possui um maior vínculo. Portanto, é importante que o foco não seja somente a doença e as rotinas de isolamento, mas sim a família, favorecendo um ambiente mais agradável e menos tenso, sem, contudo, infringir as normas e as rotinas hospitalares.

Por fim, este estudo oportunizou compreender os sentimentos maternos frente à internação de um filho com influenza A (H1N1), assim como suas vivências no isolamento e no pós-alta, com isso percebeu-se uma necessidade de realização de novos estudos acerca dessa temática, visto que existe uma escassez de material para a discussão do assunto.

REFERÊNCIAS

NEUMANN, C. R, Azambuja MIR, Oliveira FA, Falk JW. Pandemia de influenza a (H1N1): o que aprender com ela? **Rev HCPA**, Porto Alegre, v. 29, n. 2, p. 92-99, 2009.

- MACHADO, A. A Infecção pelo vírus Influenza A (H1N1) de origem suína: como reconhecer, diagnosticar e prevenir. **J Bras Pneumol**, São Paulo, v. 35, n. 5, p. 464-469, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Vademecum ampliado**. Banalizar sem subestimar. Influenza: aprender e cuidar. 2010. Disponível em:< http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/vademecum_ampliado.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2010.
- LIBSTER, R. Pediatric hospitalization association with pandemic influenza A (H1N1) in Argentina. **N Engl J Med**, v. 362, p. 45-55, 2010.
- MOLINA, R. C. M, MARCON, S. S. Benefícios da permanência de participação da mãe no cuidado ao filho hospitalizado. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 40, n. 2, p. 280-285, 2006.
- MOLINA, R. C. M. et al. A percepção da família sobre sua presença em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica e Neonatal. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 630-638, 2009.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Editora Setenta, 2008.
- BECK, A. R. M.; LOPES, M. H. B. M. Tensão devido ao papel de cuidador entre cuidadores de crianças com câncer. **Rev Bras Enferm**, Rio de Janeiro, v. 60, n. 5, p. 513-518, 2007.
- DANTAS, M. A. S et al. Impacto do diagnóstico de paralisia cerebral para a família. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 19, n. 2, p. 229-37, 2010.
- SCHNEIDER, C. C. et al. Comunicação na unidade de tratamento intensivo, importância e limites - visão da enfermagem e familiares. **Cienc Cuid Saude**, Maringá, v. 8, n. 4, p. 531-539, 2009.
- MORAIS, G. S. N.; COSTA, S. F. G. Experiência existencial de mães de crianças hospitalizadas em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 639-646, 2009.
- HAYAKAWA, L. Y.; MARCON, S. S.; HIGARASHI, I. H. Alterações familiares decorrentes da internação de um filho em uma unidade de terapia intensiva pediátrica. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 30, n. 2, p. 175-82, 2009.
- SANTOS, A. M. R, Vivências de familiares de crianças internadas em um Serviço de Pronto-Socorro. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 45, n. 2, p. 473-479, 2011.
- CARDIM, M. G. et al.. Crianças em isolamento hospitalar: relações e vivências com a equipe de enfermagem. **Rev Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 32-38, 2008.
- GUEZ, V. M. A. **Percepções do familiar da criança com germe multirresistente sobre medidas de precaução de contato** (Monografia)-Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem. Porto Alegre, 2009.

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

COLLET, N.; ROCHA, S. M. M. Criança hospitalizada: mãe e enfermagem compartilhando o cuidado. **Rev Lat-Am Enfermagem**, v. 12, n. 2, p. 191-197, 2004.

SCHULTZ, L. F. **A família vivenciando a doença e a hospitalização da criança: protegendo o filho do mundo e não o mundo do filho.** (Dissertação)-Universidade Guarulhos, Guarulhos, 2007.

MARANHÃO, D. G; SARTI, A. S. Creche e família: uma parceria necessária. **Cadernos de Pesquisa**, v. 38, n. 133, p. 171-194, 2008.

4.3 ARTIGO 3

GRAVIDEZ E INFLUENZA A (H1N1): CAMINHO DESCONHECIDO TRILHADO PELAS FAMÍLIAS

EMBARAZO E INFLUENZA A (H1N1): CAMINO DESCONOCIDO SEGUIDO POR LAS FAMILIAS

PREGNANCY AND INFLUENZA A (H1N1): THE UNKNOWN PATH TAKEN BY THE FAMILIES

RESUMO

O presente estudo teve como objetivo investigar como foi a experiência da família durante a internação de uma gestante, após o diagnóstico da gripe A (H1N1). Trata-se de um estudo descritivo e exploratório com abordagem qualitativa, realizado com quatro familiares de gestantes residentes em Maringá-PR, que ficaram internadas no Hospital Universitário Regional de Maringá, sob o diagnóstico de infecção por influenza A (H1N1) nos anos de 2009 e 2010. Os dados foram coletados por meio de entrevista semi-estruturada realizada no domicílio e submetidos à técnica de análise de conteúdo do tipo temática. Os resultados mostraram a vivência de medo e apreensão quanto aos riscos de óbito tanto do feto quanto da mãe, e a apreensão diante da possibilidade de má formação da criança devido à doença e às medicações. Após a alta hospitalar, alguns cuidados foram incorporados à rotina familiar, uma vez que a tensão permaneceu até o nascimento da criança. Alguns fatores, como o apoio social e o bom atendimento, auxiliaram nesse processo, porém, o preconceito das pessoas e algumas experiências negativas durante a internação foram algumas barreiras encontradas pelas famílias. É necessário que a enfermagem fortaleça o vínculo com o paciente e com a sua família, atuando como ligação direta entre eles, diminuindo angústias e ansiosos.

Palavras chave: Vírus da Influenza A Subtipo H1N1. Gestante. Família. Isolamento de Pacientes. Saúde da mulher.

RESUMEN

El objetivo del estudio fue investigar la experiencia de la familia durante la internación y el regreso para el hogar de una gestante después del diagnóstico de la gripe A. Estudio descriptivo, exploratorio con abordaje cualitativo, realizado con cuatro familiares de gestantes que quedaron internadas en el Hospital Universitario Regional de Maringá, con influenza A (H1N1) en el año de 2009 y 2010. Los datos fueron recogidos por medio de entrevista semiestructurada realizada en el domicilio y sometidos a la técnica de análisis de contenido del tipo temático. Los resultados mostraron la vivencia de miedo y aprehensión en cuanto a los riesgos de óbito tanto del feto como de la madre. Después del alta hospitalaria, algunos cuidados fueron incorporados a la rutina familia, sin embargo el perjuicio de las personas fueron algunas barreras encontradas por las familias. Es necesario que la enfermería reduzca las angustias y los anhelos.

Palabras clave: Virus de la Influenza A Subtipo H1N1. Gestante. Familia. Aislamiento de Pacientes. Salud de la Mujer.

ABSTRACT

The objective of the study was to investigate the experience of the family during hospitalization and the return home of a pregnant woman after being diagnosed with Influenza A. It is a descriptive-exploratory study with qualitative approach,

accomplished with four families of pregnant women that were hospitalized at the Regional University Hospital of Maringá with Influenza A (H1N1) in the years 2009 and 2010. Data was collected through semi-structured interview accomplished at the home and submitted to the technique of analysis of thematic content type. The results showed fear and apprehension regarding risks of death of the fetus and of the mother. After the hospital discharge some kind of care was incorporated to the family routine. The social support and the good assistance aided in that process, however the prejudice was the obstacle found by the families. It is necessary that the Nursing team provide some support to reduce the anxiety and expectations.

Keywords: Influenza A Virus H1N1 Subtype. Pregnancy. Family. Patient Isolation. Woman's Health.

INTRODUÇÃO

No mês de abril de 2009, foram divulgados, pela Organização Mundial de Saúde (OMS), os primeiros casos de infecções pelo novo vírus da influenza A (H1N1), localizados no México e nos Estados Unidos. Através de sua rápida disseminação e a fácil transmissão, o vírus propagou-se para diversos países da Europa, da América e do Extremo Oriente (WHO, 2009).

A gripe tem como agente etiológico o vírus Influenza, sendo uma das doenças respiratórias mais frequentemente diagnosticada entre humanos, entretanto, há três sorotipos do vírus denominados Influenza A, B e C. Sendo os vírus Influenza A patógenos de humanos, suínos, aves, cavalos, baleias e focas, os vírus Influenza B causam doenças apenas em humanos, enquanto os vírus Influenza C infectam humanos e suínos, mas, raramente, causam doenças graves (MACHADO, 2009).

O agente causador da gripe A contém genes dos vírus influenza A humano, suíno e aviário, caracterizando uma nova combinação genética ainda não identificada. Isso ocorre porque há 16 subtipos de hemaglutininas (H) virais e 9 subtipos de proteínas neuraminidases (N) encontradas nas superfícies dos vírus influenza A, que podem recombinar-se criando novas variações de vírus da gripe (MACHADO, 2009).

Em junho de 2009, a pandemia do vírus influenza A (H1N1), gripe A ou gripe suína, foi caracterizada como a primeira pandemia de influenza desde 1968, podendo apresentar-se de forma leve à grave. Os indivíduos com morbidades como doenças respiratórias (em especial asma), doenças cardiovasculares, diabetes e imunossupressão, obesos, menores de dois anos, jovens e com mais de 60 anos de idade, são considerados população de risco (MCCONNELL, 2009).

A influenza pandêmica tem causado maior efeito em mulheres grávidas do que na população em geral, estas apresentam maior risco de óbito, devido à vulnerabilidade e alteração do sistema imunológico durante toda a gestação, além disso, nos três últimos meses, há uma mudança na mecânica respiratória da mulher devido ao aumento da pressão intra-abdominal. Os riscos aumentam quando se trata de gestantes adolescentes e portadoras de doenças crônicas, particularmente, as associadas a alterações pulmonares e imunodepressão, tais como asma brônquica, cardiopatias, nefropatias, doença falciforme e doenças autoimunes em geral (CDC, 2009).

Para a mulher, a gravidez constitui um período de mudanças físicas e psicológicas, permeado por ansiedades, fantasias, temores e expectativas. Estes sentimentos aumentam quando a gravidez está atrelada a alguma doença, passando a ser denominada "gravidez de risco", levando a mulher a conviver com momentos mais estressante, tendo uma rotina diferenciada, muitas vezes, cercada por medicações, internações e muito repouso (NASCIMENTO et al., 2007)

Vivenciar uma gestação de risco é uma experiência que se estende a todos da família e às pessoas ao seu redor, isto se intensifica quando há necessidade de hospitalização, tornando-se uma situação estressante, pois feto e mãe estão expostos a riscos, e o curso normal da gravidez pode ser interrompido a qualquer instante. Todos temem pela sobrevivência do bebê e da mãe, e, ao mesmo tempo, sentem-se culpados por não conseguir auxiliar a mãe na condução de uma gestação normal (OLIVEIRA, 2008).

Assim, para a família, receber o diagnóstico de influenza A (H1N1) em uma gestante, torna-a insegura diante do futuro da mãe e do filho, principalmente por tratar-se de uma doença pandêmica com maiores agravos nessa população. A partir desses fatos, o presente estudo teve por objetivo investigar como foi a experiência da família durante a internação de uma gestante após o diagnóstico da gripe A (H1N1).

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório com abordagem qualitativa, realizado com familiares de mulheres grávidas internadas no Hospital Universitário Regional de Maringá (HUM) e que apresentavam o diagnóstico de infecção por influenza A (H1N1) nos anos de 2009 e 2010.

As gestantes foram localizadas a partir do banco de dados do Centro de Controle de Intoxicações (CCI/ HUM) constituído com o objetivo de investigar a presença de

efeitos adversos do Oseltamivir (*Tamiflu*®), por meio de acompanhamento periódico dos pacientes, por telefone, que estiveram internados no hospital e receberam o referido medicamento.

De acordo com os dados do banco, 24 gestantes foram internadas com este diagnóstico e 16 delas atendiam aos critérios de inclusão previamente estabelecidos, que foram: internação em isolamento por pelo menos dois dias; residir em Maringá e ter o diagnóstico de influenza A (H1N1) confirmado por exames laboratoriais. Das 16 gestantes, quatro não tinham registro de telefone de contato na ficha do banco de dados, em três casos os telefones encontravam-se desligados; em dois o número informado pertencia à outra pessoa que desconhecia a gestante; uma das gestantes mudou de cidade; a outra apresentou o diagnóstico referente ao H1N1 negativo; e, por fim, houve uma gestante que se recusou a participar da entrevista. Desse modo, os informantes do estudo foram familiares de quatro gestantes que, após o convite, aceitaram participar das entrevistas.

Os dados foram coletados no domicílio dos familiares das mulheres por meio de entrevista semi-estruturada as quais, após o consentimento, foram gravadas em aparelho digital do tipo MP4 e, posteriormente, transcritas na íntegra, também foram realizadas anotações e registros no diário de campo após cada visita. O instrumento utilizado para a coleta de dados, durante a entrevista, foi um roteiro com questões abertas e fechadas, elaborado pela própria pesquisadora. As questões fechadas incluíram dados relativos à caracterização das famílias e dados sócio-demográficos, já as questões abertas versavam sobre a experiência da família em receber o diagnóstico de influenza A (H1N1) em uma gestante, vivenciando seu isolamento.

Após a transcrição das entrevistas e das experiências, o conteúdo foi analisado seguindo a técnica de análise de conteúdo do tipo temática, perpassando pelas três etapas: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados obtidos e interpretação. Foram realizadas leituras dos depoimentos, sendo estes analisados, codificados e categorizados, o que originou os núcleos temáticos, para isso foram identificados, inicialmente, significados comuns e que apareceram com maior frequência em cada entrevista, e, posteriormente, foram comparados com aqueles que emergiram nas demais entrevistas. Para os significados comuns, foi estabelecida uma codificação denominada de unidade de significado, o que convergiu em três categorias temáticas centrais e agrupadas dentro dos aspectos de relevância da temática e uma de caracterização dos sujeitos (BARDIN, 2008).

O estudo foi desenvolvido em consonância com as diretrizes da Resolução 196 do Ministério da Saúde que disciplina a pesquisa com seres humanos, sendo o seu projeto apreciado e aprovado pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá (Parecer nº 071/2011). A solicitação de participação no estudo foi realizada pessoalmente junto aos familiares. Realizou-se um primeiro contato telefônico com a mulher gestante, informando-lhe sobre o estudo e seus objetivos, solicitando-lhe a informação de quem foi o familiar mais envolvido durante seu processo de doença e internação.

No domicílio, foram informados novamente os objetivos do estudo, o tipo de participação desejada e a livre opção em participar ou não. Após o esclarecimento de dúvidas, os familiares que concordaram em participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias. Para resguardar a identidade dos entrevistados, utilizou-se a letra “M” para as mães ou “E” para os esposos, acrescido da letra “G” de gestante e um número que indica a ordem de realização da entrevista.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Conhecendo as gestantes e suas famílias

| Caracterização das gestantes e suas famílias |
|---|
| G1 tinha 28 anos, era casada e primigesta, sua mãe foi quem mais a auxiliou (48 anos, solteira e educadora infantil). Depois da alta hospitalar a mãe foi passar alguns dias na casa da filha até sua completa recuperação. |
| G2 tinha 33 anos era divorciada e tinha duas filhas. Durante a gravidez e a internação ainda residia com o marido, porém, hoje, reside com sua mãe (63 anos, viúva e pensionista). Sua mãe acompanhou todo o processo da doença, durante os cinco dias de internação e isolamento e, também, no pós-alta. |
| G3 tinha 40 anos era casada e tinha três filhos. Seu companheiro (41 anos, casado e porteiro) e sua mãe foram os que mais estiveram presentes durante a internação, porém foi ele quem mais a auxiliou durante os oito dias de internação e nos cuidados no domicílio. |
| G4 tinha 24 anos, era casada e tinha três filhos. Seu esposo também recebeu o diagnóstico de gripe A, porém não ficou internado e nem em isolamento. A mãe e o esposo foram os que mais estiveram presentes durante a internação, mas, após a alta, foi ele quem a acompanhou mais de perto até seu pleno restabelecimento. |

Quadro 1 – Caracterização das gestantes e suas famílias internadas pelo vírus influenza A (H1N1) no Hospital Universitário Regional de Maringá, 2009/2010.

Os informantes da pesquisa foram as mães de G1 e G2 e os companheiros de G3 e G4. Seus depoimentos geraram três categorias: *Gripe A x Gravidez: medo e expectativas frente à chegada do bebê*; *Alta hospitalar: os cuidados no domicílio e com o final da gravidez* e *Elementos importantes para amenizar o processo de internação com isolamento hospitalar*.

Gripe A X Gravidez: medo e expectativas frente à chegada do bebê

Para as famílias do estudo, o período da gravidez passou a ser permeado de insegurança, pois os meios de comunicação começaram a informar sobre os casos de gripe A, no Brasil, fazendo com que muitas famílias se assustassem ao receber o diagnóstico, pelo fato de nunca se imaginarem nesta situação.

Na verdade não passou pela minha cabeça, nenhum momento na minha cabeça, que eu poderia passar para alguém, ou mesmo ter pego. A gente vê na TV e acha que não vai ser com a gente, até acontecer...A gente assim ouvia falar dos casos de morte que tava tendo das coisas, não tem noção como que é, só quando acontece um caso próximo mesmo, eu não tinha noção como que era e que ficava tão ruim daquele jeito ainda mais tendo que entrar vestido daquele jeito, a gente assusta (EG4)

Nossa assustou muito, pois eu assino jornal, daí você pegava o jornal do dia, fulano de tal é internado no hospital com suspeita de gripe, no outro dia o fulano tinha morrido com a gripe suína, isso aí foi um baque, porque enquanto essa gripe tava na tongadabironga tudo bem, agora ela chegou aqui....Nossa a gente não tava esperando, por mais que tava aquela epidemia, o patrão dela já tinha dispensado para ela ficar só em casa, o patrão dela dispensou logo que surgiu o boato que estava morrendo gestante. Ai depois que ela pegou a licença maternidade, ai depois as férias, mas mesmo assim ela pegou.(MG1)

A pandemia mundial de 2009, por não ter sido previamente reconhecida, passou a ser referida como uma nova infecção verificou-se que as mulheres grávidas possuíam um alto risco para adquiri-la e estavam mais susceptíveis a quadros graves e complicações, além de apresentarem maior chance de hospitalização em decorrência do quadro respiratório e altas taxas de letalidade, comparadas à população em geral. Os sintomas da doença geralmente desenvolvem-se dentro de uma semana de exposição, a maioria das mulheres grávidas possuem boa evolução, porém houve casos óbito. A

mortalidade materna ocorreu especialmente nas infecções ocorridas no terceiro trimestre assim como nas pandemias de gripe anterior (CARSON et al., 2009).

Assim, quando as famílias receberam a confirmação do diagnóstico, todos levaram um choque, muitos ficaram desesperados, não sabiam como agir e o fato de as mulheres estarem grávidas, foi o que mais preocupou as famílias.

Foi falar que tava com a gripe A, isso foi um baque para nós. (EG3)

Nossa foi um susto, tava grávida com o nenezinho, foi um susto. (MG1)

Eu também tive a gripe... Para gente foi um desespero, mais ela por ta grávida, e isolada, daí o que tava falando, aquela coisa toda que eles tava falando, a gente ficou bem preocupada. O meu foi normal, mas ela que já teve bronquite, pneumonia, ficou com muita falta de ar bem ruim. (EG4)

Ao saber do diagnóstico, a família recebe um duro golpe em sua estrutura emocional e na vida familiar, seu mundo fica abalado, ela sente-se insegura, com medo, e todos os seus membros vivem cercados por uma tensão. Os sentimentos gerados pelo diagnóstico e tratamento levam a um desequilíbrio na organização familiar, pois esta passa a conviver com a possibilidade de morte e desintegração da família, produzindo sentimentos de dor e insegurança. As incertezas quanto à manutenção da vida da mãe e do feto e suas possibilidades futuras geram ansiedade e sofrimento; a família revela apreensões e temores sobre a evolução e tratamento da doença, isso ocorre porque existem duas vidas em risco (ELSEN et al., 2002).

Os depoimentos abaixo revelam um descontentamento ao saberem que a gestante está internada em isolamento. Percebe-se que, para os familiares, essa situação provoca um distanciamento entre eles e quem está internado, eles sentem-se impotentes muitas vezes por não conseguirem ajudar nos cuidados básicos, angustiam-se ao verem o ente querido sozinho, enquanto eles são proibidos de estarem com a gestante, além de não compreenderem a doença e sua evolução.

É ruim, né! Porque da impressão que é uma coisa espantosa, ela sozinha naquele quarto, quando eu entrei pensei mil coisas. Será que tem cura? Será que não tem? Uma sensação esquisita, isolamento não pode ir visitar, não pode levar nada para comer, é uma sensação esquisita, da uma impressão muito esquisita... Foi horrível e triste... (MG2)

Foi ruim porque não tinha como relar, nem fazer nada, daí eu não podia fazer muito... Foi tipo assim muito ruim, porque você olhar e não tocar, muito ruim uma coisa dessa, tipo não podia relar, era só de longe, conversar de longe.(EG3)

Diante de casos confirmados de infecção por H1N1, é preconizado o isolamento hospitalar em quarto privativo, com vedação na porta e boa ventilação. Para os pacientes com suspeita de Influenza A (H1N1) o isolamento é indicado até que seja descartado o diagnóstico, ou até o décimo dia após a data de início dos sintomas, o que caracteriza o fim do período de transmissibilidade (MACHADO, 2009).

O local destinado ao isolamento (quarto) deve possuir um alerta referindo à existência de casos de isolamento de Influenza A (H1N1), o espaço é restrito aos profissionais envolvidos na assistência, os quais devem adotar medidas de precaução respiratória e de contato. O uso de equipamentos de proteção individual (EPI'S), luvas, óculos, avental e gorro é indicado de acordo com o tipo de contato com o paciente (MACHADO, 2009).

Diante das normas e rotinas padronizadas, muitos familiares ficavam assustados e não compreendiam o porquê destes cuidados, bem como a sua importância. Percebe-se então um desconhecimento frente os cuidados prestados ao familiar.

A gente ficou meio assim quando chegava lá no hospital todo mundo de mascara daí sabemos que é uma coisa contagiosa... era ruim, dava um baque assim...a gente tinha que por alcool na mão, mascara, por uma roupa por cima da minha e era só 15 minutos de visita. A gente fica apavorado, leva um susto, tem que por luva, para poder entrar. (EG4)

Eu fui lá, eu fui coloquei mascara toca e jaleco, e não demorei muito, porque não podia ficar muito tempo, fiquei 10 minutos, mais daí foi eu o pai dela essa menina (filha dela), na verdade só podia entrar um, daí ia o que na época era esposo dela, mas daí eu era mãe e eles deixaram também. Com a minha neta ela falava pela janela, porque o quarto dava para ver. (MG2)

Era bem ruim, aquelas roupas tinha que por e tirar. (EG3)

Foi um choque porque tem que por aquele vestuário, aquelas roupas, aquelas coisas (MG1)

Porém, após as visitas, os familiares ficavam apreensivos com o estado de saúde de seus entes, nem tanto com a evolução da doença, mas sim com o estado emocional das

gestantes. A preocupação com as manifestações de choro delas ficou evidente em todos os depoimentos, relatavam que as inquietações ocorriam tanto pelo medo do que poderia vir a acontecer quanto pelo fato de estarem sozinhas em isolamento.

Daí ela chorava, chorava! Muito ruim...ela não sarava...A gente ia lá ela só chorava, por que ela ficava lá sozinha.(EG3)

Mas ela sozinha foi horrível, por mais que você saiba que é para o bem, é uma sensação horrível, ainda mais ela que estava em uma gravidez de risco, nossa só chorava lá dentro,(MG2)

Ela ficou desesperada chorava o tempo inteiro...depois que falaram que ela poderia ir para a UTI(EG4)

O que eu fiquei mas assustada foi o medo dela entrar em depressão profunda...Mas ela reagiu bem só ficou deprimida por causa do isolamento, aquela coisa toda,, a nossa preocupação foi a depressão, mulher grávida com depressão, porque se entra em depressão no final da gravidez não é bom... (MG1)

Para amenizar a situação EG1 buscou algumas alternativas:

Por isso que eu sempre tava por perto, marido dela ia de noite, porque ele trabalhava o dia inteiro, então a gente ficava até tarde conversando com ela, ali na janela para ela não ficar em depressão....Ai ela adora uma coca-cola, eu continuei levando as coisas que ela gostava, o chocolate dela. (EG1)

Pelo fato do hospital ser um ambiente diferenciado, preparado para proteger e manter a vida dentro dos recursos tecnológicos disponíveis, os familiares querem permanecer junto a seus entes por várias razões, entre elas existe a necessidade em demonstrar-lhes seu interesse, apoio e solidariedade incondicional, propondo-se a fazer qualquer sacrifício para ajudá-lo de alguma forma, além de desejarem acompanhar de perto o que está acontecendo e saber mais sobre a evolução da doença (ELSEN, 2002).

O que atemorizava as famílias era o medo de perder o familiar e bebê, ou mesmo a possibilidade da criança apresentar sequelas em decorrência da doença e dos medicamentos. Isso aumentava à medida que os meios de comunicação divulgavam a elevação do número de gestantes que iam a óbito. Mesmo após a alta, o medo continuou e só passou quando a criança nasceu saudável.

Eu fiquei preocupada com o neném, mais o pessoal do HU ligou na gravidez inteira, daí a gente ficou mais tranqüila, ninguém tinha certeza de como ia ser, aquele monte de remédio forte, tinha medo

durante toda a gravidez de nascer com alguma coisa algum problema... tínhamos medo dela morrer, como a gente ouvia muitos casos de gente morrendo, e grávida principalmente, ou mesmo dela sobreviver e morrer o bebe. Mas graça a Deus nasceu bem” (EG4)

Um choque nossa, da um medo muito grande, a única que eu tenho, meu primeiro netinho, nossa um pavor muito grande. Ah minha preocupação era acontecer alguma coisa com ela e com o bebe, essa foi a maior preocupação, ah ta legal, reagindo bem, mas vai que entra alguém no quarto mais ruim que ela, mas vai saber se ela ta debilitada ou não, a minha preocupação era isso. (MG1)

Eu só tinha medo de afetar a criança, a gente fica com medo de afetar a criança, mas graças a Deus nasceu tudo bem.(MG2)

Eu me preocupei por ela estar grávida, medo dela morrer, enquanto ela ficou isolada, eu tinha medo dela morrer e de perder o bebe.A gente fica preocupada, porque das outras foi tudo normal, o pré natal, agora essa ultima, a gente ficou com muito medo de afetar a criança muito medo. (EG3)

A ansiedade intensifica-se diante da previsão real ou imaginária de uma situação desagradável, como o risco do bebê vir a ter algum problema ou deformidade ou mesmo a mãe vir a óbito. O medo aumenta, e a gestante e seu familiar passam a viver momentos de dor e angústia. Isso ocorre porque, por um lado, a equipe de saúde não pode garantir que isso não ocorrerá e, por outro, só o parto poderá ou não confirmar este fato.

Por isso, os familiares e a paciente aguardam o desfecho da gravidez, numa espera quase sempre angustiante, fundada em suposições, probabilidades, promessas e esperanças. Tanto a mulher quanto sua família convivem sempre com uma tensão e, embora apresentem esperança pelo que desejam, sentem medo do inesperado (OLIVEIRA, 2008; FRANCISQUINI et al., 2010).

Todo esse processo torna-se mais difícil, quando se trata da primeira gravidez, o primeiro neto, como é o caso de EG1, ela nunca imaginou passar por esse momento, por isso fica confusa diante dessa situação inusitada, o que faz com que sua insegurança seja ainda maior.

Duas famílias também se preocuparam com os efeitos colaterais dos remédios. A primeira foi pelo fato do marido também ter vivido a mesma experiência e a segunda foi possível inferir que a mãe é bastante questionadora, percebendo-se que ela buscou sempre muita informação.

O estômago ficava muito ruim, eu também tomei, o remédio era muito ruim, ainda bem que ela tomou lá no hospital com acompanhamento, eu tomei aqui em casa(EG4)

A gente fica preocupada com a reação dos remédios, aquele tamiflu, se os remédios vão dar efeitos colaterais, ninguém sabia da reação do remédio, eu peguei uma semana de folga, depois que ela voltou para casa, eu fiquei lá com ela(MG1)

Para o tratamento de mulheres grávidas que tenha suspeita ou confirmação de H1N1 são recomendados dois medicamentos: *Zanamivir* ou *Oseltamivir* (Tamiflu – utilizado pelas grávidas incluídas no estudo), este tratamento antiviral também é utilizado para todas as pessoas infectadas com o vírus. Mesmo com dados insuficientes para sua utilização em mulheres grávidas, ele foi utilizado para reduzir as complicações e as taxas de mortalidade entre as gestantes, justificando o risco potencial para o feto, além de ser recomendado um acompanhamento das gestantes até o final de sua gravidez (LEE et al., 2009).

Alta hospitalar: os cuidados no domicílio e com o final da gravidez

Pelo fato da gripe A ser uma doença contagiosa, alguns médicos recomendam, cuidados de precaução como o uso de máscara, separação de objetos pessoais além de outros cuidados, mesmo após o término do período de transmissibilidade, percebeu-se que as famílias aceitaram o pedido médico e buscaram aderir aos cuidados.

Depois do isolamento o médico ainda deu 30 dias de afastamento, porque era grávida, mas ela já tava porque a gravidez era de risco, no dia que ela recebeu alta eles falaram que tinha que ser tudo separado, prato copo, talher, depois com o tratamento ai já percebeu que não era tanto assim, o problema e que ela tossia muito, nossa muita tosse. (MG2)

A gente cuidou bastante, fizemos o que o médico recomendou tipo assim não tomar friagem, não ficar em lugares com muita gente, abafados continuamos com alguns cuidados mesmo que o médico falou que quando pega uma vez não vai pegar de novo era para cuidar. Mas ela tava grávida a gente cuidou mais (EG4)

Recomendações para mulheres grávidas com infecção pelo H1N1 são semelhantes aos de sazonalidade. Elas devem realizar boa higiene das mãos, minimizar os contatos com outras pessoas e ficar em casa se estiverem doente (LEE et al., 2011).

Algumas das recomendações exigiram que os familiares se adaptassem momentaneamente a alguns fatores como a restrição de visitas, utilização do álcool em gel, evitar lugares com aglomerações. Em um dos casos, foi necessário que um dos moradores se ausentasse do domicílio para evitar adquirir a gripe. Enfim, esses cuidados foram modificados logo após a alta hospitalar, de acordo com as observações realizadas na casa e nas anotações do diário de campo. Notou-se, portanto, que esses hábitos não estavam mais frequentes e que os cuidados relacionados à gripe já estavam menores.

A gente teve mais cuidado em casa, minha mulher comprou álcool em gel e a gente começou a usar, coisa que nem fazia antes, tinha vez que a gente via que tava abafado nem levava as crianças para a escola. Para não passar o que a gente passou. (EG4)

A gente ficou um tempo sem receber visita porque tinha a cunhada dela que morava com ela e tava gestante também, daí na casa ficava eu ela o marido dela, ela não ficava, mas também depois logo foi para lá. (MG1)

A volta do paciente ao lar provoca nos membros da família diversos sentimentos, entre eles: satisfação e alegria ante a perspectiva de normalização do convívio, visto que muitas vezes torna-se necessário realizar modificações no cotidiano, principalmente quando não se conhece muito sobre a doença e os devidos cuidados a serem tomados a fim de amparar adequadamente o familiar doente e proteger os que residem junto (MILIORINI et al., 2008).

As famílias preocuparam-se em se prevenir da gripe, porém apenas um familiar referiu ter tido medo em adquiri-la e posteriormente transmiti-la para outras pessoas em seu ambiente de trabalho. Os familiares afirmaram que, por estar muito próximo da pessoa e não ter adquirido a gripe junto com ela na época de transmissibilidade, não sentiam medo, e, além disso, o grau de parentesco, principalmente as mães, tornou-os mais corajosos.

Não tive medo de pegar não, porque ela ficou uns dias bem ruim, não conseguia fazer nada, eu fiquei aqui com ela, não peguei. Depois que ela tava lá medicada e veio para cá, ia ser mais difícil de pegar né?(EG3)

Medo a gente sempre tem, ainda eu que lido com criança, imagina pegar a gripe trazer lá de fora para eles aqui dentro, nossa.... Hoje eu tenho 19 mas naquela época eu tinha quase 30 criança. Faltavam que criança não pegava, mas saia no jornal que criança nessa idade morria com gripe. (MG1)

Eu sempre fui muito corajosa nunca tive medo não, assim, a gente faz o que o médico pede, separar talher, essas coisas, mas medo de pegar não tive, as roupas dela eu lavava junto com a minha, sem medo, acho que é porque é filho e filho você não tem medo de pegar.(MG2)

Entretanto, os entrevistados perceberam certo receio, em adquirir a doença, por parte de algumas pessoas que participavam do convívio da família. Muitas vezes pelo fato da doença ser de fácil transmissão alguns ficam temerosos e não quiseram aproximar-se da pessoa que contaminada, mesmo quando já não havia perigo de contaminação.

A única pessoa assim que ela que sentiu foi uma professora do nosso filho ela foi levar ele na escola, daí ela contou que teve a gripe, e a professora ficou meio assim perguntou se não tinha perigo dele passar para as outras crianças, não teve porque ela ter feito isso, foi a única pessoa que a gente percebeu que ficou meio assim mas do resto...Minha família ficou mais assim que nem veio aqui na nossa casa eles são meio encanado com doença, minha vó não recebeu minha irma quando soube que ela tinha vindo aqui, com medo dela passar para ela...E assim no meu trabalho também, era para eu voltar em 5 dias, daí me deram 10 dias de folga, pelo fato de la ter muita gente e outros funcionários também tiveram a gripe lá, daí eu vi que o pessoal ficava meio assim logo depois que eu voltei(EG4)

O pessoal da família ficaram meio assim, falavam: Noossa teve?? E ai, teve seqüela??Ficaram ressabiado de chegar perto dela, mas por pouco tempo.A gente mesmo evitou por causa da situação dela, da gravidez, mas depois tudo voltou ao normal. (MG1)

Aqui foi tudo normal, mais lá no HU o povo discrimina, os internos, uma coisa que pode acontecer com qualquer um, é uma coisa que você não tem para onde correr, você ta entendendo? O pessoal do hospital, tinha muito preconceito. Mas, tá loco! É gente que nem eu, não tinha que ficar daquele jeito. (EG3)

O elevado número de casos que necessitaram de internação e a taxa de mortalidade no Brasil e no mundo disseminaram medo, preconceito e discriminação tanto para o paciente, vítima da Influenza A, quanto para sua família (CESAR, 2009).

Apenas um familiar não notou diferença no comportamento das pessoas, mesmo andando de máscara, não se sentiu rejeitada.

Tudo normal, o pessoal não teve medo nem preconceito, eu andava de mascara na rua, ninguém se afastava, Pelo contrario vinha perguntava se eu tava bem. (MG2)

Depois da experiência de terem um familiar com a gripe A, mesmo não tendo medo de adquirir a doença, as famílias buscaram proteger-se através da vacina, lançada no ano de 2010, passando a valorizar as ações preventivas disponíveis, inclusive reivindicando a disponibilidade de vacina para outros grupos populacionais.

Todo mundo tomou a vacina no outro ano. Hoje ninguém fala mais nada, mas morreu uma pessoa lá no começo da rua. Os cuidados mesmo, onde a gente ia tinha álcool em gel, cartaz para todo lado, a gente nem sabe mais o que tem que fazer para proteger, antes a gente sabia até de cor (EG4)

Enquanto não acontecer com a tua família você não vai tomar providencia, já a gripe, a única providencia que a gente tem que tomar é a vacina, mas elas estão sendo proibidas, só para idoso, meu sobrinho o ano passado eu consegui, porque ele tem diabettes, agora esse ano eu não sei o que eu vou fazer porque ele é de fora e esta sobre minha responsabilidade. A gente tem que cair matando na Secretaria de Saúde, pelo amor de Deus não dar vacina para a gente, nem para os grandinhos vão dar, só o pessoal da saúde que trabalha com doente, os que trabalham na recepção não vão ganhar. E você acha que não pode aumentar? O pior é que a gente nem pode desejar isso.(MG1)

A imunização constitui o principal mecanismo de prevenção contra a influenza e suas complicações, mas só foi disponibilizado gratuitamente para alguns grupos populacionais. Além do mais, mesmo para as pessoas que se dispunham a pagar, não existia vacina no ano de 2010.

A definição de grupos para a imunização foi realizada com base em estudos epidemiológicos e observação do comportamento das infecções respiratórias, que têm como principal agente o vírus da influenza. As complicações da influenza (pneumonias bacterianas ou agravamento de doenças crônicas já existentes, como diabetes e hipertensão) são mais comuns em idosos e crianças com idade entre seis meses e dois anos, além das gestantes, que também são muito vulneráveis, dessa forma foram esses os grupos que receberam a vacina em 2011 (BRASIL, 2011).

Estudo realizado no Rio Grande do Sul, com o objetivo de investigar as atitudes de saúde das pessoas antes, durante e depois do pico pandêmico, concluiu que depois de algum tempo ocorreu uma desvalorização por parte da população dos cuidados com a higiene e uma despreocupação com a responsabilidade social no âmbito individual, o que atribuiu a necessidade de existência de uma vacina potencialmente eficaz e disponível para grande parte dos cidadãos (MILANESI et al., 2011)

Elementos importantes para amenizar o processo de internação com isolamento hospitalar

Os entrevistados explicitaram que durante a doença as gestantes receberam o apoio advindo das pessoas ao redor, fossem elas da família ou não.

Não só eu, e também o hospital que ela ficou.(MG1)

Assim aqui nessa casa sou que nem Bombril, multi uso, faço tudo, não preciso de ninguém, minha sogra depois que ela saiu também ajudou, minha filha mais velha também ajudou.(EG3)

Foi só a família mesmo, eu minha filha, só nós mesmo.(MG2)

Minha sogra que ficava com as crianças, minha cunhada também tava grávida não tinha nem como ajudar. (EG4)

Na hora da necessidade muitas pessoas podem oferecer apoio para a família e o indivíduo, favorecendo a sua qualidade de vida, geralmente este apoio é proveniente da família extensa (avós, tios, primos), da relação social, amigos, colegas, vizinhos e dos serviços de saúde. Em suma, estas são pessoas que ajudam e oferecem algum tipo de suporte, seja ele material, emocional ou informativo (MARQUES et al., 2010)

Outro aspecto positivo, referido por familiares das quatro gestantes, foi a qualidade do atendimento recebido durante a internação, apesar das dificuldades relacionadas à confirmação do diagnóstico e à necessidade de isolamento.

Olha ela foi excelente no atendimento, a médica foi excelente, ela foi ao pré-natal, já viram tudo, já internaram ela fizeram os exames, no mesmo dia, entao não tenho o que reclamar não tenho mesmo. Eu prefiro ir sempre no HU, não confio nos outros hospitais, para mim é o HU.(MG1)

Tudo foi muito bem, davam a comida no horário, iam lá ajudar ela na hora do banho, foi muito bom, não teve nada assim que eu me lembre que poderia ser mudado.(MG2)

Mais ela foi muito bem atendida, foi para um quarto que tinha TV, eu falei para ela: Ta no céu! (EG3)

Contudo, alguns familiares apontaram sugestões para uma melhora no atendimento, as quais estão relacionadas à forma de comunicar a evolução, as prioridades no atendimento e o cuidado prestado às gestantes em relação à hidratação e alimentação.

O que mais me incomodou, foi que ninguém falava como que ela tava ruim, isso a gente ficou bem incomodado, que veio um enfermeiro, falou que ela tava com uma aparência boa mais que escreveram lá nos papeis dela que se ela não melhorasse ia ter que ir para a UTI, a gente ficou desesperado, não conseguia ver ela numa UTI, todo mundo sabe que tem que ta muito ruim para ir para UTI, mais daí ela melhorou e não precisou, mas até hoje a gente fica meio assim de pensar que ela ia ter que ir para UTI. Então eu acho assim, que eles deram mais importância a mulher grávida, mais que nem eu dispensaram um monte de vezes e eu tava pior que ela no primeiro dia, mais ela tava grávida e foi muito bem atendida. Mas ela ia la comigo fiquei ruim umas duas semanas e ela junto comigo, acho que se desse atenção acho que ela nem tinha pegado e assim eu acho que muitas mortes aconteceram porque eles não davam atenção. (EG4)

Eu acho que devia ter uma pessoa dentro do quarto. Porque, daí, que nem as vezes não tinha água se ela precisasse de alguma coisa não tinha como falar... pelo menos alguma coisa assim! (MG2)

Eu entrei lá todo dia, mais que o marido dela, eu bati o pé, sabe? Quando eu fui visitar, ela tava sem almoço, sem nada, e questionei porque ela tava sem almoço e eu questionei essa situação, foi ai que deixaram minha passagem meio livre. Eles esqueceram de levar, porque as auxiliares traziam a comida até na porta, e quem colocava para dentro era os enfermeiros, e esqueceram, era quase uma hora e ela sem almoço. (MG1)

Através dos depoimentos, destacaram-se elementos significativos que mostraram tanto a satisfação como a insatisfação com o atendimento recebido, durante a internação do familiar. Conclui-se, portanto, que a satisfação ocorre quando necessidades e expectativas são atingidas de uma forma positiva. O bom funcionamento do serviço gera uma elevada satisfação de quem utiliza o serviço, e esta está diretamente ligada ao usuário, no caso as famílias. Isso é refletido em suas ações como, por exemplo: na adesão ao tratamento, na continuidade dos cuidados, na procura por prevenção de agravos à saúde e indicação do serviço a outros. O inverso, ou seja, a insatisfação prejudica tanto quem utiliza como quem oferece o serviço. Assim usuário, família e instituição são responsáveis pelo sucesso ou fracasso do tratamento (ZABOLI et al., 2006)

O ouvir a opinião dos usuários e seus familiares sobre os serviços prestados é uma das estratégias que pode assegurar a qualidade dos serviços de saúde, pois aborda necessidades e expectativas de quem o usufrui. Sendo necessário saber a opinião dos pacientes e suas famílias quanto à qualidade e satisfação, a fim de repensar práticas

profissionais e intervir na forma de organização dos serviços, visando melhorar a prestação de serviço (LIMA, 2007).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo possibilitou compreender os aspectos que envolvem a vivência da família diante da infecção ocasionada pelo vírus influenza A (H1N1), percorrendo a internação com isolamento e o domicílio. Percebeu-se que o medo foi o sentimento que permeou a experiência das famílias até o nascimento da criança, pois nem os profissionais sabiam informar ao certo como seria a evolução da doença e da gravidez.

Viver esta situação gerou para as famílias um grande estresse, principalmente pelos casos de óbito de gestantes divulgados na mídia escrita e falada, além do fato de não poderem permanecer junto de seus entes queridos durante a internação ou mesmo realizar as visitas normais, uma vez que a situação emocional das gestantes estava fragilizada.

A rede de apoio às famílias e o bom atendimento constituíram fatores que facilitaram esse processo, porém foram apontadas algumas questões relacionadas ao receio das outras pessoas em aproximarem-se da família e do ente querido, bem como a redução da divulgação da prevenção da gripe A e a segregação de grupos para a imunização.

Por conseguinte, verificou-se que, no auge da pandemia, houve um enfoque maior no número de casos e nas medidas preventivas, principalmente pelos veículos de comunicação, quando a mesma ainda era desconhecida para os profissionais de saúde, isso ocasionou certo desconforto e temor por parte população. Desse modo, concluímos que é importante que haja uma contínua divulgação quanto à prevenção da doença, não só durante a pandemia, embora o enfoque deva estar na educação em saúde e não no número de casos acometidos.

Assim, como forma de amenizar o sofrimento vivido pelos familiares durante a internação, cabe aos profissionais de saúde estabelecer diálogos mais abertos, de forma a esclarecer o quadro do familiar internado e explicitar os cuidados prestados diretamente a ele. Cabe aqui destacar, a importância da equipe de enfermagem que, por atuar diretamente na assistência, favorece a formação de vínculos, podendo assim estabelecer uma ligação direta entre paciente-familiar, já que a barreira do isolamento os

afasta. Dessa maneira, reduzem-se as angústias e anseios gerados por essa situação, melhorando também a qualidade e a satisfação dos usuários.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da saúde. **Ministério da Saúde anuncia estratégia de vacinação da campanha anual contra a gripe**. 2011. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id_area=124&CO_NOTICIA=12299>. Acesso em: 10 jul. 2010.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Editora Setenta, 2008.
- CARLSON, A.; THUNG, S. F.; NORWITZ, E. R. H1N1 Influenza in pregnancy: what all obstetric care providers ought to know. **Obstet Gynecol**, New York, v. 2, n. 3, p. 139–145, 2009.
- CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). Evaluation of Rapid Influenza Diagnostic Test for Detection of Novel Influenza A (H1N1) Virus – United States. **MMWR**, Atlanta, v. 58, p. 826-829, 2009.
- CESAR, A. Nueva influenza a (h1n1): medidas de control y sus efectos en los derechos humanos. **Rev Peru Med Exp Salud Publica**, Lima, v. 26, n. 3, p. 408-416, 2009.
- ELSEN, I.; MARCON, S. S.; SILVA, M. R. S (Org.). **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**. Maringá: Eduem, 2002.
- FRANCISQUINI, A. R. Orientações recebidas durante a gestação, parto e pós-parto. **Cienc Cuid Saude**, Maringá, v. 9, n. 4, p. 743-751, out/dez 2010.
- LEE, B. Y, et al. Antiviral medications for pregnant women for pandemic and seasonal influenza. **Obstet Gynecol**, New York, v. 114, p. 971-980, 2009.
- LIMA, M. A. D. S. et al. Acesso e acolhimento em unidades de saúde na visão dos usuários. **Acta paul. Enferm**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 12-17, 2007.
- MACHADO, A. A. Infecção pelo vírus Influenza A (H1N1) de origem suína: como reconhecer, diagnosticar e prevenir. **J Bras Pneumol**, São Paulo, v. 35, n. 5, p. 464-469, 2009.
- MARQUES, F. R. B. et al. The social net in families with newborn infants at risk during the first year of life: prospective study. **Online Braz J Nurs**, Niteroi, v. 9, n. 2, p. 1676-4282, 2010.
- McCONNELL, J. Influenza at the 26th ICC. **The Lancet Infectious Diseases**, v. 9, p. 464, 2009.

MILANESI, R.; CAREGNATO, R. C. A.; WACHHOLZ, N. I. R. Pandemia de Influenza A (H1N1): mudança nos hábitos de saúde da população, Cachoeira do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad Saúde Públ**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 723-732, 2011.

MILIORINI, J. P. et al. A família no contexto hospitalar: aprendendo os anseios e expectativas relacionadas com doença crônica. **Rev Rene**, Fortaleza, v. 9, n. 3, p. 81-91, 2008.

NASCIMENTO, C. A.; RADOMILE, M. Ê. S. Gravidez de risco: riscos da hospitalização. **Psicópio: Revista Virtual de Psicologia Hospitalar e da Saúde**, v. 2, n. 4, p. 10-13, 2007.

OLIVEIRA, V. J. **Vivenciando a gravidez de alto-risco: entre a luz e a escuridão**. 2008. 111f. (Dissertação)-Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2008.

ZOBOLI, E.; FRACOLLI, L. A incorporação de valores na gestão das unidades de saúde: chave para o acolhimento. **Mundo Saúde**, v. 30, n. 2, p. 312-317, 2006.

WORD HEALTH ORGANIZATION. **Clinical management of human infection with new influenza A (H1N1) virus: initial guidance**. 2009. Disponível em: http://www.emro.who.int/csr/h1n1/pdf/clinical_management_21_5_2009.pdf

4.4 ARTIGO 4

TECENDO UM PARALELO ENTRE CONVIVER COM ADULTOS JOVENS E IDOSOS COM INFLUENZA A (H1N1) NA PERSPECTIVA FAMILIAR

SEMEJANZAS Y DIFERENCIAS ENTRE CONVIVIR CON FAMILIARES DE ADULTO JOVEN Y ANCIANOS CON INFLUENZA A (H1N1)

SIMILARITIES AND DIFFERENCES IN THE LIVES OF RELATIVES OF YOUNG ADULTS AND OF SENIORS WITH INFLUENZA A (H1N1)

RESUMO

O objetivo é compreender como as famílias de idosos e adultos jovens infectados pelo vírus influenza A (H1N1), conviveram com a pandemia. Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, com abordagem qualitativa, realizado com cinco residentes em Maringá – Paraná e que ficaram internados no Hospital Universitário Regional de Maringá, com o diagnóstico de infecção por influenza A (H1N1) no ano de 2009 e 2010. Os dados foram coletados, por meio de entrevista semi-estruturada realizada no domicílio e submetidos a técnica de análise de conteúdo do tipo temática. Os resultados apontaram que os familiares dos dois grupos apresentaram comportamento distinto devido ao histórico de saúde, porém ambos tiveram uma percepção negativa do isolamento, mas só os familiares de adultos jovens destacaram a insatisfação com os cuidados dispensados aos seus entes e também relataram os efeitos colaterais do remédio. No domicílio os dois grupos sofreram mudanças, porém os familiares dos adultos jovens relataram a presença de preconceito e os dos idosos relataram a sobrecarga no cuidado. Conclui-se que há uma necessidade de ofertar um cuidado individualizado aos familiares e aos pacientes, tendo a idade como um fator determinante na execução dos cuidados e suas orientações.

Palavras chave: Vírus da Influenza A Subtipo H1N1. Idoso. Adulto. Família. Isolamento de Pacientes.

RESUMEN

Estudio descriptivo, exploratorio, cualitativo, cuyo objetivo fue comprender cómo las familias de ancianos y adultos jóvenes infectados por el virus influenza A (H1N1) convivieron con la pandemia. Los informantes fueron familiares de cinco individuos internados en el Hospital Universitario Regional de Maringá, con el diagnóstico de infección por influenza A (H1N1) en 2009 y 2010. Los datos fueron recolectados por medio de entrevista semiestructurada en el domicilio y sometidos al análisis de contenido del tipo temático. Los resultados apuntaron que los familiares de los dos grupos tuvieron una percepción negativa del aislamiento y presentaron comportamientos distintos debido al histórico de salud. Después del alta hospitalaria todos relataron cambios en el cotidiano, los familiares de los adultos jóvenes relataron la presencia de perjuicio y de los ancianos relataron la sobrecarga en el cuidado. Hay la necesidad de un cuidado individualizado a los pacientes y familiares, teniendo la edad como un factor diferenciador en la ejecución de los cuidados y de sus orientaciones.

Palabras clave: Virus de la Influenza A Subtipo H1N1. Anciano. Adulto. Familia. Aislamiento de Pacientes.

ABSTRACT

A descriptive, exploratory, qualitative study whose objective was to understand how the families of seniors and young adults infected by the virus Influenza A (H1N1) cope with the pandemia. The informers were families of five individuals hospitalized at the Regional University Hospital of Maringá, Paraná State, diagnosed with Influenza A (H1N1) in 2009 and 2010. Data was collected through semi-structured interview carried out at the home, and submitted to the analysis of thematic content. The results point that the relatives of the two groups had a negative perception of the isolation, and that they reacted differently to the health report. After the hospital discharge all individuals reported changes in their daily life. The relatives of young adults informed the existence of prejudice and the relatives of the seniors reported an overload in the caregiving. There is a need of an individualized care to the patients and family, having the age as a differentiating factor in the caregiving and its instructions.

Keywords: Influenza A Virus H1N1 Subtype. Senior. Adult. Family. Patient Isolation.

INTRODUÇÃO

O vírus influenza é o causador da gripe, que é uma doença infecciosa aguda de distribuição universal, e que vem, ao longo dos tempos, provocando epidemias entre os seres humanos. O quadro geralmente é de evolução benigna, porém, para alguns grupos, pode levar a um expressivo número de óbitos. A causa para os novos subtipos, como o novo H1N1, são as mudanças acentuadas da composição antigênica do vírus que possui um alto potencial patogênico para organismos sem imunidade pré-estabelecida, essas formas de variação surgem pelo contato de seres humanos com vertebrados de sangue quente, principalmente suínos ou aves domésticas (MARTINEZ, 2009).

As aves são consideradas os hospedeiros originais do vírus influenza visto que, por serem muitas vezes migratórias, disseminam o vírus pelo mundo. Este é transmitido quando excretados nas fezes e nas secreções respiratórias, resultando em circuitos simultâneos de movimentação do vírus à medida que se adaptam a esta ou aquela espécie, levando assim a coinfeções virais que facilitam a troca e a incorporação de material genético entre microorganismos primariamente humanos e animais. Assim, a origem da gripe A aconteceu por via indireta de transmissão do vírus das aves para os suínos e neste ocorreu uma recombinação com o vírus humano. Formou-se então um terceiro vírus adaptado, com transmissão inter-humana e virulência de ancestrais aviários (MACHADO, 2009).

Isso ocorreu no primeiro semestre de 2009, inicialmente no México, onde foram detectados os primeiros casos de gripe associados a um novo subtipo de Influenza A, H1N1. A infecção espalhou-se rapidamente, caracterizando uma epidemia no país,

porém em pouco tempo foram descritos outros casos da inicialmente chamada “gripe suína” em dezenas de países, inclusive o Brasil, sendo elevado ao nível máximo (seis) o alerta pandêmico (FRED et al., 2009). Assim, foram identificados grupos de riscos, como crianças, mulheres grávidas, jovens adultos (20 a 39 anos) e doentes crônicos, com relativa ausência entre idosos, o que a diferiu da influenza sazonal, que acomete de forma mais grave pessoas com idade superior a 60 anos. O vírus influenza A (H1N1) desencadeou a forma mais grave da doença em jovens saudáveis (WHO, 2009).

No Brasil, foram registrados 6,1 casos para cada 100 mil habitantes de idosos (idade maior ou igual a 60 anos) e 58,2/100.000 habitantes em adultos jovens com idades entre 20 a 59 anos. Os adultos jovens, portanto, parecem estar mais vulneráveis à infecção por este vírus do que os indivíduos mais velhos, os quais, provavelmente, apresentam uma pré-imunidade devido à pandemia de 1976 e campanhas de vacinação sazonal (WANDERLEY et al, 2011). Porém os idosos, quando comparados aos adultos jovens, são mais suscetíveis às infecções devido às alterações fisiológicas associadas ao envelhecimento. O sistema imunológico reduz sua capacidade de respostas frente aos microorganismos invasores. Com isso, as infecções pelo vírus influenza podem apresentar-se de forma severa, particularmente entre portadores de doenças crônicas (LIMA, 2008).

Desse modo, quando uma família se depara com uma doença grave e que necessita de hospitalização, ocorrem diversas mudanças em seu seio, causando desequilíbrios e readaptações, ademais, muitas vezes, as regras e normas do hospital, em relação aos membros da família, não proporcionam um espaço para que eles ajudem no processo de cuidar do ente querido nem disponibilizam informações suficientes para que eles compreendam melhor o estado de saúde de seu membro (ESCHER; COGO, 2005). Dessa maneira, o processo de cuidado é construído ao longo dos ciclos da vida, ou seja, indivíduos de várias faixas etárias necessitam de formas diferenciadas de proteção e auxílio seja no âmbito emocional e/ou física. Diante do exposto, o presente estudo teve como objetivo compreender como as famílias de idosos e adultos jovens, infectados pelo vírus influenza A (H1N1), conviveram com a pandemia.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório com abordagem qualitativa, realizado com familiares de adultos jovens e idosos que apresentaram o diagnóstico de

infecção por influenza A (H1N1) residentes em Maringá, e que ficaram internados no Hospital Universitário Regional de Maringá (HUM) nos anos de 2009 e 2010.

Os sujeitos foram localizados a partir de um banco de dados existente no Centro de Controle de Intoxicações (CCI/HUM), o qual investigou a presença ou não de efeitos adversos do Oseltamivir (*Tamiflu*®), por meio de acompanhamento, por telefone, periódico dos pacientes que estiveram internados no hospital e que receberam o referido medicamento.

Os indivíduos cadastrados no banco foram divididos em quatro grupos: crianças, adultos jovens, gestantes e idosos. Para a seleção dos indivíduos que fariam parte do estudo, inicialmente foram identificados os pacientes que permaneceram internados (em isolamento) por pelo menos dois dias, que residiam em Maringá e que tiveram o diagnóstico de influenza A (H1N1) confirmado por exames laboratoriais. A fim de que os grupos fossem separados de forma homogênea retirou-se 1/3 do número total de cada grupo e a busca seguiu pela ordem do maior tempo de internação para o menor. Enquadraram-se critérios nestes sete adultos jovens, porém, dois não possuíam telefone para contato, um era presidiário e outro não teve o diagnóstico confirmado laboratorialmente. Quanto aos idosos, apenas cinco atendiam aos critérios de inclusão, porém dois não possuíam telefone e outro não teve o diagnóstico confirmado. Assim, familiares de cinco sujeitos foram incluídos no estudo sendo três adultos jovens e dois idosos.

Os dados foram coletados no período de abril a maio de 2011, no domicílio dos familiares, por meio de entrevista semi-estruturada as quais, após consentimento, foram gravadas em equipamento digital do tipo MP4 e, posteriormente, transcritas na íntegra. Também foram realizadas anotações em um diário de campo logo após cada entrevista. O instrumento utilizado durante a entrevista para a coleta de dados foi um roteiro com questões abertas e fechadas, elaborado pela própria pesquisadora. As questões fechadas abordavam dados relativos à caracterização sócio-demográfica das famílias e do doente e as questões abertas referiam-se à experiência da família quanto ao diagnóstico de influenza A (H1N1) em um de seus membros.

Os dados foram tratados seguindo a técnica de análise de conteúdo do tipo temática, a qual envolve três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação. Para tanto, realizaram-se leituras exaustivas dos depoimentos, com identificação de significados comuns que apareceram com maior frequência, inicialmente em cada entrevista, e posteriormente no conjunto delas. Para os

significados comuns, foi estabelecida uma codificação denominada de unidade de significado, o que convergiu em duas categorias temáticas centrais, as quais foram introduzidas dentro dos aspectos de relevância da temática (BARDIN, 2008).

O estudo foi desenvolvido em consonância com as diretrizes da Resolução 196/96 do Ministério da Saúde que disciplina a pesquisa com seres humanos e seu projeto foi apreciado e aprovado pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá (Parecer nº 071/2011). A solicitação de participação no estudo foi realizada pessoalmente junto aos familiares dos indivíduos que se enquadravam nos critérios de inclusão previamente estabelecidos. Realizou-se um primeiro contato telefônico com os próprios doentes, informando-lhes sobre o estudo e seus objetivos, e solicitado a informação de quem foi o familiar mais envolvido durante processo de sua doença, inclusive na internação.

No domicílio foram informados novamente os objetivos do estudo, o tipo de participação desejada e a livre opção em participar ou não, sem qualquer prejuízo para a assistência dos adultos jovens e idosos. Após o esclarecimento de dúvidas, os familiares que concordaram em participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias.

Para resguardar a identidade dos entrevistados os questionários foram enumerados e cada entrevista foi identificada com a letra “E” de entrevista, seguida pelas letras “AJ” ou “I” para indicar o grupo pertencente, no caso, adultos jovens e idoso.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os familiares participantes do estudo foram os que mais estiveram presentes durante o processo de internação e nos cuidados domiciliares dos indivíduos com influenza A (H1N1), no caso, todas foram mulheres, tanto para os jovens adultos quanto para os idosos. No primeiro caso, todas residiam junto ao familiar, sendo que duas eram as filhas que haviam contraído a doença e ainda não haviam saído de dentro do “ninho” familiar (EAJ2 e EAJ3), já a outra entrevistada (EAJ1) era a avó, mas realizava o papel de mãe, uma vez que sua filha havia falecido, e a neta tinha retornado a sua casa após contrair a doença e após o falecimento de seu esposo. Nenhum dos adultos jovens apresentava doença crônica, porém, duas trabalhavam em hospital no período da pandemia, apenas a neta de (EAJ1) possuía histórico de pneumonia e não trabalhava.

Já em relação às mulheres que realizavam os cuidados com os idosos uma era sua esposa (EI1) que residia com ele e mais uma filha, trabalhadora durante o dia e estudante à noite. Foi a esposa quem auxiliou nos cuidados do marido que havia sofrido, há menos de um mês, infarto agudo do miocárdio e necessitou ser internado na Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Já (EI2) não residia com o tio infectado, irmão de sua mãe, ele esteve em sua casa nos cuidados pós-alta, sua família delegou a ela a realização dos cuidados também durante a internação, ele apresentava um quadro de saúde debilitado, com um histórico de cirrose e hepatite. A seguir segue quadro com as principais características dos indivíduos com o diagnóstico de influenza A (H1N1) e seus principais cuidadores familiares.

| <i>Nome</i> | <i>Idade</i> | <i>Sexo*</i> | <i>Grau de parentesco</i> | <i>Escolaridade**</i> | <i>Estado Civil</i> | <i>Renda Familiar***</i> | <i>Idade do familiar</i> |
|----------------------|--------------|--------------|---------------------------|-----------------------|---------------------|--------------------------|--------------------------|
| ADULTOS-JOVEM | | | | | | | |
| EAJ1 | 86 | F | Avó | EJA | Viúva | 4 | 23 |
| EAJ2 | 48 | F | Mãe | PG | Casada | 14 | 31 |
| EAJ | 57 | F | Mãe | EFI | Viúva | 3 | 36 |
| IDOSOS | | | | | | | |
| EI1 | 49 | F | Esposa | EFI | Casada | Sem renda | 63 |
| EI2 | 42 | F | Sobrinha | PG | Casada | 20 | 66 |

* F = Feminino

** EJA – Educação para jovens e adultos; EFI- Ensino Fundamental Incompleto; PG – Pós graduação

***Em salários mínimos

Quadro 1 - Caracterização dos familiares dos jovens e idosos que constituíram os sujeitos da pesquisa - Maringá- 2009/2010

O cuidado leigo é aquele executado por algum familiar, geralmente do sexo feminino, que apresenta proximidade física e/ou afetiva com o doente. Especificadamente, quem assume o cuidado em sua maioria são esposas, mães ou filhas. Uma vez que a tradição tem apontado a mulher como responsável pelas tarefas domésticas, o cuidado com os filhos ou com os idosos. Além disso, elas têm apresentado uma maior longevidade do que os homens, sendo de sua competência o cuidado com o cônjuge, que geralmente adocece e morre mais cedo. Outra característica deste tipo de cuidado é o fato do mesmo ser centrado em um único indivíduo, exigindo deste total responsabilidade (SOUZA; WEGNER; GORINI, 2007).

A partir dos relatos apresentados pelos familiares, foi possível formar duas categorias, nomeadas como: *Percepções frente à realidade de ter um familiar infectado pelo vírus influenza A (H1N1); e Divergências e convergências no cuidado domiciliar em diferentes faixas etárias.*

As percepções frente à realidade de ter um familiar infectado pelo vírus Influenza A (H1N1).

Para as famílias dos adultos jovens, o diagnóstico foi uma surpresa, pelo fato de não apresentarem histórico de doença crônica, porém a rápida evolução de um resfriado foi o que desencadeou espanto e preocupação. Já, entre os familiares dos idosos, ocorreu o medo de uma piora do quadro, pois os mesmos já se encontravam com a saúde debilitada.

Podemos perceber, por intermédio dos depoimentos, que os familiares reagiram de forma diferente diante do diagnóstico, o que pode ser atribuído às condições de saúde do familiar. No caso dos adultos jovens, os familiares enfatizaram a evolução rápida do quadro, com agravamento no ambiente de trabalho, a diferença na recepção do diagnóstico, a situação de saúde em que eles se encontravam e a resposta do organismo frente à doença. Em apenas um dos casos, parece que houve um pouco mais de demora na identificação do diagnóstico.

Foi ruim porque ela passou muito mal, parecia que ela ia morrer passava meio mal, a gente não sabia o que ela tinha ela era jovem pra essas coisas(EAJ1)

Então em um dia cedo, eu sai para trabalha e, ela saiu também, normal. Daí cinco horas da tarde, o telefone toca, falam que ela vai ter que ficar internada porque ta com uma tosse, fez radiografia e deu uma manchinha e por precaução ela vai ter que ficar internada e começar com o Tamiflu. Mas aí você traz uma roupa para ela, e não se preocupe não....Mas foi uma surpresa, em momento algum eu achei que ela estava com a gripe, imagina! (EAJ2)

Porque ela foi para trabalhar no dia, ela foi avisar a encarregada do dia que estava com febre e tossindo. No pronto socorro já jogaram ela no isolamento, colocaram mascara, não fizeram exame, nem nada. Então ela ligou aqui para a gente chorando, foi um choque, para a gente ninguém imaginava. (EAJ3)

Já entre os idosos, a gripe A surgiu como uma forma de complicação do quadro de saúde que já não estava bom.

Ele tinha ficado cinco dias na UTI por causa do infarto...Logo depois isolamento de três dias, é de assustar mesmo. Tava fazendo tratamento com os remédios, aí pegou a gripe, aí danou-se

mesmo...assustou muito a família...com o infarto já não tinha muito esperança de voltar, depois com a gripe piorou. (E11)

Ele já tava bem ruizinho, procurei atendimento para ele porque ele tem cirrose crônica, o primeiro atendimento foi no outro hospital, mas daí teve que ser internado no HU, foi feito raio X, aí deu a gripe, ficou muito fraquinho pelas outras enfermidades.(E12)

O envelhecimento crescente da população está diretamente relacionado ao aumento das doenças crônicas, sendo necessário um cuidado diferenciado para essa faixa etária, pois atender ao idoso em suas particularidades é diferente de atender qualquer outro grupo etário. O processo de tratamento, evolução e reabilitação do idoso geralmente não é igual ao de uma pessoa jovem com o mesmo diagnóstico (MARTINS; MASSAROLLO, 2008).

A situação de internação por gripe (H1N1) mobilizou integrantes da família extensa (tios, avós e outros), que, embora não pudessem acompanhar o indivíduo doente, procuraram alternativas para auxiliar, de alguma forma, através de telefonemas e palavras de apoio.

A família fica sabendo, daí fica ligando para saber como que esta, meu filho mesmo, na época ele não estava em Maringá, ligava direto, ligava toda hora, no celular dela, minha sogra, minha cunhada. (EAJ2)

Em alguns casos, apesar da possibilidade de contágio, as pessoas não deixaram de oferecer apoio ao indivíduo infectado, demonstrando que consideravam importante este tipo de manifestação. A visita e presença de amigos e familiares auxilia no enfrentamento da situação de doença incentivando e fortalecendo o doente a enfrentar o tratamento.

Todo mundo veio visitar, todo mundo veio dos vizinhos.(E11)

O ser humano estabelece laços com o seu próximo, através da formação de vínculos afetivos, estas relações formam uma rede que busca apoio durante toda a vida do indivíduo, constituindo uma rede na qual se integram famílias, grupos ou comunidades, o que contribui de forma significativa para a melhoria das condições de saúde, pois minimiza o estresse, fortalece a auto-estima e amplia os recursos da família para lidar com o inesperado, além de fortalecer as famílias para exercer seu papel de apoio no momento da fragilidade (MEIRELLES, 2006).

Observou-se, também, que o prognóstico da doença era o que mais preocupava os familiares que apresentavam uma tendência a imaginar o pior, pensavam como seria

a vida após a alta e, principalmente, quais eram as chances de sobrevivência. Cabe salientar que este tipo de preocupação foi referida por familiares de idosos e de adultos jovens.

A gente ficou assim porque ela tinha os filhos pequenos, eles ficam aqui com a gente, mas assim ficar sem mãe. (EAJ1)

A gente pensou, ele não ia poder trabalhar mais,(E11)

A gente achou que ele ia morrer, ele estava muito mal, todo mundo achava que ele não ia mais sobreviver. Foi um momento muito difícil que a gente passou...Ele tem maior chance de morrer, pela condição geral que ele tem, por conta de uma hepatite que ele teve. A gente que é da área da saúde, tem noção de gravidade, coisa que ele nem tem, ele já foi internado varias vezes, eu me preocupo muito com ele.(E12)

Os sentimentos de angústia e tristeza aflorados na família surgem devido ao medo da morte e ao fato de desejar ajudar diretamente seu parente, aliviando a dor, visto que a família tem consciência do sofrimento de seu ente querido. A doença cria um estado físico e emocional que gera, por si só, sentimentos que não cercam somente a pessoa que sofre, mas, também, todos os demais membros que vivenciam a internação. Estar internado em isolamento representa a separação, a ansiedade e o medo da morte (ALMEIDA et al., 2009)

Para o familiar, o fato de ter um ente em isolamento e não saber a importância e o porquê dele estar ali fomenta a ideia de que o paciente está em um estado muito grave. Isso foi identificado nos depoimentos das três familiares com baixa escolaridade, inferindo que podia haver uma explicação, por parte dos profissionais, a respeito do isolamento, entretanto houve uma dificuldade na compreensão das mesmas. A ausência ou problema na comunicação influenciam na percepção da família em relação ao ente.

A gente ouve falar isolamento, pra mim assim parece que já ta nas ultimas, não tem mais cura, não tem mais jeito não tem mais nada...Ainda no hospital foi só pensando que ele ta morrendo porque ta isolado dos outros(E11)

A impressão era muito ruim, credo, ai assim sentia como se a pessoa tivesse morrendo, isolada, com uma doença ruim, ai foi terrível credo não gosto nem de lembrar. (EA3)

Ah a gente só chorava, a gente pensou que ela ia morrer, porque isolamento...(EA1)

O fato do paciente estar em isolamento constitui um empecilho a mais para a comunicação efetiva da equipe de enfermagem com os familiares. Nesse contexto, o horário da visita apresenta-se como uma excelente oportunidade para a equipe de enfermagem estabelecer o diálogo com os familiares, mas esta nem sempre é uma oportunidade aproveitada. O cuidado perpassa pela relação entre os sujeitos, um compartilhar de saberes e experiências. Mesmo que a equipe de Enfermagem esteja em um ambiente extremamente tecnicista e rodeado de normas e rotinas, seu objetivo é cuidar para preservar o ser e melhorar sua qualidade de vida. Dessa forma, o diálogo é uma ferramenta importante quando se tem a preocupação de suprir as necessidades e dúvidas da família. Considerar as angústias e os questionamentos referentes ao ambiente hospitalar, muitas vezes, conforta o paciente sua família (SQUASSANTE; ALVIM, 2011).

Alguns familiares, mesmo compreendendo o significado do isolamento e sabendo que o mesmo não está relacionado com a piora ou melhora do quadro, mas sim com uma estratégia para evitar a disseminação da doença, apresentam a prevalência de uma percepção negativa do isolamento, decorrente da vivência de uma situação estressante, que causou sensação ruim, acrescentando-se a isto o fato de ser necessário respeitar normas e rotinas que muitas vezes não eram compreendidas pelos familiares.

Ai na porta, assim era tanta coisera, lavar as mãos bem lavadas, daí depois ponhou uma mascara, depois ponhou, uma roupa branca, tipo de um guardapó. Daí depois quando a gente saia de lá pegava aquele guardapó e a mascara e jogava no lixo e lava bem, a mão, ai dava uma coisa ruim na gente sabe? Da muita dor, a gente não podia relar nela, essa doença foi uma peste do Egito, espero que aquilo não volte nunca mais.(EAJ3)

Quando ele ficou no isolamento tinha que ir com mascara, dois minutos só..bem ruim (E11)

Então eu achei que não era necessário tudo aquilo, mas como era hospital a gente tem que obedecer daí a enfermeira foi me paramentando, fui lá, duas mascaras, toda cheia de coisa, sentei lá na poltrona fiquei conversando com ela, mas não é nada agradável, e ela chorava! Levei umas frutinhas, uns iogurtes, a TV, porque ela falava que não ia suportar! Ah o fato dela esta lá sozinha, a gente fica pensando: ainda tem essa noite inteira e amanhã o dia inteiro, é ruim pensar nela lá, a gente fica preocupada sim! (EAJ2)

O Ministério da Saúde preconizou o isolamento como medida de precaução para o paciente com infecção por Influenza pandêmica. No isolamento hospitalar, o recomendado é quarto privativo com vedação de porta e ventilação, com o uso de máscara de proteção respiratória, luvas e avental para todos que circulam neste local. Essas medidas visam evitar a disseminação dos agentes etiológicos e baseiam-se na utilização de barreiras mecânicas, químicas e ambientais, as quais devem ser impostas devido à via de transmissão do agente causal e não para segregar o paciente (BRASIL, 2010; NICHATA et al., 2004).

Em relação ao isolamento, apenas os familiares das mulheres adultas jovens, relataram incômodo relacionado ao tratamento dispensado a elas. Uma maior preocupação e exigência quanto ao atendimento e serviços prestados são justificadas pelo fato das mães e das avós não poderem estar presentes ao lado do paciente durante todo o tempo, ou mesmo não poderem se delongar nas visitas.

Ela achava ruim, porque eles chegavam lá e jogavam o prato, como se fosse uma cela, as coperas chegavam lá faziam assim (imitando), jogavam o prato e saíam e fechavam a porta. E as pessoas que passavam no corredor viam ela lá, ela presa, tipo presídio, muito ruim (EAJ3)

No hospital era muito pior ela em isolamento, parecia que tava emitindo radiação, tinha que por aqueles aventais, ninguém entrava para examinar, ela falou, que foi só o infecto e o pessoal que trabalhou com ela, mas todo mundo morreeendo de medo. Apareciam na porta e tchauzinho, de longe. O pior foi quando vinha a comida, ela falou, que eles batiam na porta e deixavam numa mesinha. jogavam e saíam correndo, o lixo do quarto ninguém recolheu, ela até reclamou! Sabe aquela coisa de abrir a porta e jogar a comida dentro e sair rapidinho...(risos), sem receber vista, o povo acha que ela era um ET. (EAJ2)

Ai deixar ela lá sozinha naquele quarto, até com porta fechada, parecia um bicho, ela ficava olhando para as paredes, coitada, e até a comida eles não deixavam lá direito ela que tinha que ir pegar, não tinha televisão nada.(EAJ3)

Estudo realizado em um hospital universitário da rede pública de saúde, no Rio de Janeiro, em que foram entrevistados 20 pacientes com Aids internados na enfermaria e em quartos privativos no setor de Doenças Infecto-Contagiosas (DIP) destacou os sentimentos e percepções dos mesmos frente ao isolamento. Para eles o isolamento gerava solidão e falta do que fazer, eles julgavam ser um lugar horrível de ficar, além de apontarem as perdas materiais relativas ao isolamento, como, por exemplo, ficar sem

televisão, relataram também a perda do convívio social devido à falta de liberdade, por não mais poder andar pela enfermaria e conversar com as pessoas que ali estavam, o que acaba acarretando um estado depressivo (GOMES et al., 2009).

Os familiares dos adultos jovens destacaram também os efeitos colaterais do *Tamiflu*®. Eles se assustaram com a resposta do organismo ao tratamento e mesmo após um ou dois anos da internação, ainda conseguiam relatar com clareza a situação e os sintomas apresentados por elas.

Ela emagreceu bastante, ela não conseguia levantar da cama de tão ruim, ficava com oxigênio e sentia muita dor.(EAJ1)

Outra coisa que foi bem ruim foi o efeito do remédio, do tamiflu, ela passou muito mal do estômago, ela passou mal a noite inteira, vomitava muito, não gostava da comida do hospital.(EAJ2)

Ela ficava chorando, chorando, chorando. Não comia, ficou só a 'tilanga'. Dava um mal estar nela, não tomava café, parecia que era assim,...tipo aquelas quimioterapia sabe?Pra mim não tinha diferença de uma quimioterapia, era fraqueza direto, o dia inteiro deitada, parecia mais morta do que viva, ela não tinha apetite, não comia. Era horrível.(EAJ3)

O Oseltamivir (*Tamiflu*®) é o antiviral mais utilizado para o tratamento da gripe (H1N1), pois diminui a gravidade e a duração dos sintomas da gripe, reduzindo significativamente a frequência de doenças secundárias, tendo sido observado, após seu uso, melhora significativa em doentes graves hospitalizados com gripe A. Contudo, seu uso pode desencadear manifestações colaterais neurológicas (dor de cabeça) e gastrointestinais (náuseas, vômitos, diarreias e dor no estomago) (WARD et al., 2009).

Divergências e convergências no cuidado domiciliar em faixas etárias diferentes

Após a alta hospitalar, os familiares dos adultos jovens relataram certo receio e preconceito por parte das pessoas em geral, já os familiares de idosos relataram que não sentiram essa diferença. Esse fato pode estar relacionado ao estado de saúde dos adultos jovens comparado ao dos idosos, ou seja, as pessoas sentiam-se mais suscetíveis em adquirir a gripe A ao ver alguém saudável infectado pelo vírus do que quando viam um idoso com situação prévia de doença.

Quando o povo sabe que tem, fica meio ressabiado, a minha irma mesmo mora ali do lado, nem queria vir mais aqui em casa. É porque quando teve esse surto morreu muita gente, daí todo mundo muito

ressabiado, ninguém queria chegar perto. Nossa quando ela ligou, todo mundo ficou apavorado, ela já apavora fácil.(EAJ3)

Porque tava no auge, NO AUGE! Eu trabalhava em escola, as aulas foram canceladas, cancelou sei lá quantos dias de aula, tinha muito caso de gestantes, idosos, só se falava nisso então tava bem, bem no auge, começo de agosto as férias foram prolongadas. Foi bem assim se eu falasse MINHA FILHA INTERNADA ESTA COM SUSPEITA DE GRIPE A, nossa todo mundo AHHHH! Nossa não acredito que ela ta com a gripe A Ohhhh!! Ai eu nem comentava muito! Imagina que eu ia falar em sala de aula, daí o aluno ia chegar em casa e falar, a filha da minha professora esta internada com a gripe A, imagina!! Doença contagiosa é grave...fica sempre um receio. Doença contagiosa eu acho que não tem jeito, sempre vai ter aquele medo.(EA2)

Diante dos casos relacionados à pandemia pelo vírus da influenza H1N1, houve uma mobilização nacional e internacional, para reduzir os riscos e os medos da população além de melhorar o cuidado a pessoas em risco ou infectadas. Entretanto o desconhecimento da população frente à nova situação e a incapacidade da ciência de dar resposta imediata à primeira pandemia do século XXI dificultou, de certa forma, o atendimento ao paciente. Este fato favoreceu a disseminação do medo e do pânico por meio de informações e (ou desinformações) sensacionalistas e pouco sérias, que não traziam contribuições à população muito menos ao doente (GERCCO; TUPINAMBÁS; FONSECA, 2009).

O preconceito social pode prejudicar a saúde do paciente, por isso o esclarecimento por meio de informações claras e completas em relação à infecção pelo H1N1 deve ser disponibilizado continuamente para a população em geral, visando principalmente ao entendimento dos mecanismos de transmissão da infecção, pois a disseminação desse conhecimento ajudará não só a limitar a possibilidade de novas infecções, como poderá, também, diminuir a discriminação contra os portadores do vírus (GERCCO; TUPINAMBÁS; FONSECA, 2009).

Além disso, com o retorno ao domicílio tanto idosos como adultos tiveram suas rotinas alteradas, porém foram mudanças que aconteceram durante um curto tempo, ou seja, somente no período de recuperação no domicílio. Nesse sentido, houve modificações específicas para cada faixa etária. Enquanto a preocupação dos familiares de adultos jovens estava relacionada às saídas noturnas e aos locais de aglomeração

Assim ela ficou meio ruim depois da internação até hoje ela tem dor no pulmão, daí lá ela ficava lá (na casa dela) só saindo aqui a gente consegue cuidar dela, segurar mais ela para não sair muito. (EA1)

Ah sabe em si, assim, a gente não queria que fosse em lugar nenhum, assim de muita aglomeração, a gente também não ia, teve até velório na família da gente, e ninguém queria ir nesse tal velório porque ia te um monte de gente, sei lá foi pavorante. (EA3)

a dos familiares idosos relacionavam-se à segregação dos pertences e de fazê-los compreender sobre os cuidados necessários.

Mudou a rotina de comida, tinha que fazer sopinha, ele ficou com problema gastrointestinal, então não era tudo que comia que caia bem, teve que ter esses cuidados com a alimentação, e ele tossia, e você sabe velho não tem muito bom senso, eles perdem um pouco essa noção, então tossia e não tomava cuidado, a gente acabou comprando sabe essas mesinhas de tomar café na cama? Então não deixava fazer as refeições junto com a gente, porque ele tossia tudo de qualquer jeito né, não tomava cuidado, daí falava tio o Senhor ta fraquinho, então o Senhor come ai. Porque tem o lado que a gente não quer ofender a pessoa, ficar chamando a atenção toda hora, você quer bem, para não criar um constrangimento, mas ao mesmo tempo você não quer, contaminar a sua família toda, ou o alimento que você acaba de colocar na mesa. Então assim alterou e muito a rotina aqui na nossa casa, realmente mudou totalmente a rotina da casa. (EI2)

Após a pandemia, percebeu-se que não só a população acometida como também a população em geral modificou seus hábitos de saúde. Em um estudo realizado na Índia, foi aplicado na população em geral um questionário nos períodos pré e pós-pandêmico e os resultados mostraram uma incidência maior de pessoas idosas preocupadas com os hábitos de saúde diante da gripe A, as quais também estavam mais propensas a adotar comportamentos preventivos e apresentavam maior conhecimento sobre a doença. Os mais jovens, por sua vez, não acreditavam que eram suscetíveis à Influenza A (H1N1), apesar de fazerem parte da faixa etária mais afetada. Constatou-se ainda que as pessoas portadora de maior grau de escolaridade adotavam, com maior frequência, hábitos de prevenção (KAMATE et al., 2010).

Isso corrobora com os achados deste estudo, no qual constatamos que as mães e as avós buscaram facilitar a implementação de mudanças nos hábitos de saúde dos adultos jovens, mais do que os próprios adultos jovens. Além disso, no outro estudo, foi possível observar que o familiar que possuía nível superior, conseguiu prestar melhores

cuidados ao idoso e inclusive implementar mudanças no lar, para proteger todos que lá viviam (KAMATE et al., 2010).

Nos casos dos idosos, especificadamente, houve relato de sobrecarga durante o processo de cuidado no domicílio, notou-se que o retorno do idoso para casa gerou mais estresse que o do jovem, uma vez que a recuperação do jovem é mais rápida e não apresenta outras limitações relacionadas à idade.

Ela fazia tudo sozinha, não tive que fazer nada.(EA1)

O fato de realizar algumas tarefas que não estão inseridas no dia a dia da família torna o processo do cuidar um pouco desgastante, visto que demanda tempo e paciência.

A presença dele em casa, com aquela gripe aquela tosse era estressante, e ele não era cuidadoso, a gente falava, tio coloca o lenço na boca para tossir, ele não colocava, teimoso, velho teimoso.... Até levar a cadeira lá fora um pouquinho, os horários certos de inalação essas coisas.. consome muito tempo de cuidado ao doente.. Cuidar de uma pessoa que exige cuidados especiais muda toda a rotina. Ele não queria usar a máscara, eu pedia para ele por e ele não aceitava a máscara, porque se ele usasse a gente não precisava usar. Era bem ruim, porque ele não colocava, mas quando eu ia fazer alguns cuidados de perto ai ele colocava.(EI2)

Cuidar dele não foi fácil, principalmente ele naquele estado, ele não obedece, não sei como foram os outros mas ele foi muito difícil, foi um momento de muito stress.(EI1)

Ao assumir o papel de cuidar de um idoso, o familiar tem sua vida modificada, em todas as áreas: social, profissional e nas atividades de lazer. Esse papel gera sentimentos ambíguos de tristeza e satisfação, entretanto torna-se um peso e uma tarefa árdua para quem o desempenha, pois as atividades para garantir a sobrevivência de seu ente exigem disponibilidade para passar dia e noite junto, realizar cuidados relacionados à higiene e mobilização, além de exigir modificações no regime terapêutico. Portanto, para assumir esta condição, o cuidador familiar necessita de reorganizar-se, modificar muitas vezes a estrutura e as funções em seu lar (ARAÚJO; PAUL; MARTINS, 2009).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através desse estudo, verificou-se que há uma distinção na percepção dos familiares frente ao cuidado dispensado ao indivíduo com o diagnóstico de gripe A. O estado de saúde apresentado anteriormente foi um fator importante na descoberta do

diagnóstico, porém a preocupação com o prognóstico e a morte do paciente esteve presente nos dois grupos.

Alguns familiares não compreenderam o significado do isolamento, e o perceberam de forma negativa, isto foi particularmente acentuado entre os familiares dos adultos jovens que se mostraram descontentes com o tipo de tratamento e com os efeitos colaterais da medicação.

Após a alta alguns relataram preconceito por parte de outros familiares e de pessoas da comunidade. As mudanças no domicílio foram implementadas de forma distinta pelos familiares, uma vez que para os cuidadores de idosos gerou uma situação de estresse, enquanto os familiares dos adultos jovens não encontraram muitas dificuldades.

Por conseguinte, verifica-se, também, a necessidade de oferecer um cuidado individualizado aos familiares, mesmo que haja o mesmo diagnóstico e as formas de tratamento sejam as mesmas, pois os familiares compreendem e vivenciam momentos diferentes. A idade é um fator determinante para que o profissional direcione melhor seus cuidados e suas orientações, principalmente no pós-alta. Quanto mais informação for dispensada aos familiares, menos tabus e dificuldades irão encontrar durante o processo de adoecimento e recuperação. Compreender as dificuldades e insatisfações apresentadas pela família é importante para que a equipe de enfermagem exerça uma assistência qualificada e diferenciada.

REFERÊNCIAS

MARTINEZ, J. A. B. Influenza e publicações científicas. **J Bras Pneumol**, São Paulo, v. 35, n. 5, p. 399-400, 2009.

MACHADO, A. A. Infecção pelo vírus Influenza A (H1N1) de origem suína: como reconhecer, diagnosticar e prevenir. **J Bras Pneumol**, São Paulo, v. 35, n. 5, p. 464-469, 2009.

FRED, J. et al . Vigilância da influenza A (H1N1), novo subtipo viral, no Estado de São Paulo, 2009. **BEPA Bol epidemiol Paulo**, São Paulo, v. 6, n. 65, p. 04-15, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. Weekly epidemiological record. New influenza A (H1N1) virus infections: global surveillance summary. **Annual subscription**, v. 20, n. 84, p. 173-184, 2009.

WANDERLEY, M. R. et al. Descrição epidemiológica dos casos de Influenza H1N1 em serviço médico terciário do Hospital de Urgências e Emergências de Rio Branco. **Rev Bras Clin Med**, São Paulo, v. 9, n. 4, p. 279-282, 2011.

LIMA, F. S. S. **Impacto da vacinação anti-influenza sobre a morbidade hospitalar e mortalidade por doenças respiratórias na população de idosos do Distrito Federal**. Dissertação (Mestrado)-Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências da Saúde, Brasília, DF, 2008.

ESCHER, R. B.; COGO, A. L. P. Os familiares de pacientes adultos hospitalizados: sua participação no processo de cuidar na enfermagem. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 26, n. 2, p. 242-251, ago. 2005.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Editora Setenta, 2008.

Souza, L. M.; Wegner, W.; Gorini, M. I. P. C. Educação em saúde: uma estratégia de cuidado ao cuidador leigo. **Rev Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 2, p. 330-336, mar/abr. 2007.

MARTINS, M. S.; MASSAROLLO, M. C. K. B. Mudanças na assistência ao idoso após promulgação do Estatuto do Idoso segundo profissionais de hospital geriátrico **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 42, n. 1, p. 26-33, 2008.

MEIRELLES, B. H. S.; ERDMANN, A. L. Redes sociais, complexidade, vida e saúde. **Cienc cuid saúde**, São Paulo, v. 5, n. 1, p. 67-74, 2006.

ALMEIDA, A. S. Sentimentos dos familiares em relação ao paciente internado na unidade de terapia intensiva. **Rev Brás Enferm**, Brasília, DF, v. 62, v. 6, p. 844-949, 2009.

SQUASSANTE, N. D.; ALVIM, N. A. T. A dialética das relações estabelecidas entre a equipe de enfermagem e familiares acompanhantes no espaço hospitalar: implicações para o cuidado de enfermagem. In: ELSÉN I, SOUZA, A. I. J.; MARCON, S. S. **Enfermagem à família dimensões e perspectivas**. Maringá: Eduem, 2011. p. 87-96

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vademecum ampliado**. Banalizar sem subestimar. Influenza: aprender e cuidar. 2010. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/vademecum_ampliado.pdf. Acesso em: 10 jun 2010.

NICHIATA, L. Y. I. et al. Evolução dos isolamentos em doenças transmissíveis: os saberes na prática contemporânea. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 38, n. 1, p. 61-70, 2004.

GOMES, A. M. T. et al. **Representação social do quarto privativo e do estado de isolamento de pacientes portadores de HIV/AIDS**: implicações para a prática de enfermagem. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM. 61., 2009. **Anais....** Fortaleza, Associação Brasileira de Enfermagem, Fortaleza, dez 7-10 2009.

WARD, P. et al. Dutkowski R Oseltamivir (Tamiflu®) and its potential for use in the event of an influenza pandemic. **J Antimicrob Chemother**, v. 55, p. 5-21, 2009. Suppl 1.

GRECO, D. B.; TUPINAMBÁS, U. FonsecaM. Influenza A (H1N1): histórico, estado atual no Brasil e no mundo, perspectivas. **Rev Med Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 19, n. 2, p. 132-139, 2009.

KAMATE, S. K. et al. Public knowledge, attitude and behavioural changes in an Indian population during the Influenza A (H1N1) outbreak. **J Infect Dev Ctries**, v. 4, n. 1, p. 7-14, 2010.

ARAÚJO, I. M.; PAUL C.; MARTINS, M. M. Cuidar de idosos dependentes no domicílio: desabafos de quem cuida. **Cienc Cuid Saúde**, Maringá, v. 8, n. 2, p. 191-219, 2010.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da realização deste trabalho evidenciou-se um maior número de casos de influenza A (H1N1) no sexo feminino, predomínio da doença nos meses de inverno, além de um número importante de gestantes, crianças e adultos jovens infectados. Os relatos das famílias apontaram para vivências negativas, marcadas pela insegurança diante do diagnóstico e da evolução da doença. Em alguns momentos, verificou-se que as informações repassadas foram insuficientes, o que levou a sentimentos de medo e discriminação, criando assim uma situação de estresse a qual interferiu nas relações familiares, principalmente com os pais das crianças.

Este estudo possibilitou compreender os aspectos que envolvem a vivência da família diante da infecção pelo vírus influenza A (H1N1) desde a internação hospitalar com isolamento, até retorno ao domicílio. Percebeu-se que a insegurança foi o sentimento que permeou o cotidiano das famílias de doentes em todos os ciclos de vida (infância, juventude, adulta e idosa).

Viver esta situação para as famílias gerou um grande estresse, principalmente pelos casos de óbitos divulgados na mídia escrita e falada, este fator, para alguns, foi somado ao fato de não poderem permanecer junto a seus entes queridos durante a internação ou mesmo realizarem as visitas normalmente, o que acarretou ainda mais incômodo. Em todos os grupos, as normas e rotinas durante as visitas ficaram marcadas, principalmente quanto ao uso de máscaras, aventais e tempo de permanência.

Isso revelou o quanto as famílias não percebem a importância desses cuidados, e também o fato de alguns familiares não compreenderam o significado do isolamento, percebendo-o de forma negativa, evidenciando uma falha na comunicação entre profissionais e família, principalmente no sentido de esclarecer o porquê da necessidade de isolamento. Ademais, também houve um descontentamento com o tipo de assistência e com os efeitos colaterais da medicação. Após a alta, alguns relataram preconceito por parte de outros familiares e da comunidade. Quanto às mudanças no domicílio, elas foram implementadas de forma distinta pelos familiares, umas foram através da adoção de novos hábitos de higiene como utilização do álcool em gel, lavagem mais frequente das mãos e higienização de objetos domésticos como, por exemplo: cortinas e tapetes. Alguns fatores que contribuíram na geração de estresse foram: deixar de frequentar lugares com aglomerações de pessoas, separação dos objetos pessoais do doente, entre outros.

Ressalta-se, pelos resultados obtidos, que há uma distinção na percepção dos familiares frente ao cuidado dispensado ao indivíduo com o diagnóstico de gripe A. O estado de saúde apresentado anteriormente foi um fator importante na descoberta do diagnóstico, porém a preocupação com o prognóstico e a morte do paciente foi majoritariamente evidenciada nos relatos.

Ante ao exposto, concluí-se que a predominância de crianças e adultos jovens, como também a presença de outros grupos como gestantes e idosos, todos infectados pela influenza A (H1N1), serve como alerta aos profissionais que atuam na atenção básica, a respeito da necessidade de serem elaboradas estratégias para conscientizar essa população a realizar medidas de prevenção, como a boa higiene, e, principalmente, para reiterar a importância da imunização por meio de vacinas, uma vez que, após a sua disponibilidade, houve uma redução significativa no número de casos.

Nesse sentido, a partir dessa pandemia verificou-se que novos hábitos de saúde e higiene foram adotados pela população principalmente pelos familiares e indivíduos infectados, o que pode auxiliar no declínio não só da influenza A (H1N1), mas, também, de outras doenças transmissíveis.

Destarte, é importante que a mídia também seja uma aliada para reduzir o número de casos diante de uma pandemia, porém é necessário que este tema seja abordado de uma forma menos sensacionalista e mais educativa, uma vez que envolve diversas faixas etárias, gestantes, além de números significativos de óbitos. Também se torna necessária a implementação de melhoria na comunicação (profissional/família), havendo um repasse de informações mais completa para a família a fim de que a situação seja enfrentada de forma mais amena.

Além disso, como forma de amenizar o sofrimento vivido pelos familiares, durante a internação, cabe aos profissionais de saúde estabelecer diálogos mais abertos, de modo a esclarecer o quadro do familiar internado e explicitar os cuidados prestados diretamente a ele. Vale ressaltar, a relevância da equipe de enfermagem, que, por atuar diretamente na assistência, favorece a formação de vínculos, podendo assim estabelecer uma ligação direta entre paciente-familiar, já que a barreira do isolamento os afasta. Desse modo, reduzem-se as angústia e os anseio gerados por essa situação, melhorando também a qualidade e a satisfação dos usuários.

O enfermeiro tem papel fundamental como rede de apoio para as famílias, principalmente numa situação de isolamento hospitalar, pois são os membros da equipe de enfermagem que vivenciam o contato direto e possuem maior vínculo tanto com o

paciente, quanto com todos que o cercam. Desse modo, é importante que o foco não seja somente na doença e nas rotinas de isolamento, mas sim na família, favorecendo um ambiente mais agradável e menos tenso, sem, contudo, infringir as normas e as rotinas hospitalares.

Por conseguinte, há uma necessidade de oferecer um cuidado individualizado aos familiares, mesmo sendo iguais, para os diferentes pacientes, o diagnóstico e o tratamento, pois os familiares compreendem e vivenciam momentos diferentes. A idade e a gestação são fatores determinantes para que o profissional direcione melhor seus cuidados e suas orientações, principalmente no pós-alta. Quanto mais informação for dispensada à família, menos tabu e dificuldades serão encontrados durante o processo de adoecimento e recuperação. Compreender dúvidas e insatisfações apresentadas pela família é importante para que a equipe de enfermagem exerça uma assistência de qualificada e diferenciada.

Como contribuição ao ensino e pesquisa, espera-se colaborar com a produção científica da área, fornecendo, assim, subsídios para pesquisas futuras sobre a temática em questão. Espera-se que os resultados apresentados por este estudo despertem o interesse em outros pesquisadores, pois as publicações referentes a essa temática ainda são reduzidas em nosso meio, havendo uma escassez de material para a discussão do assunto. Ademais, a partir da referida experiência de pandemia e a partir de estudos como este, o país pode preparar-se melhor para os novos desafios que virão no âmbito da saúde coletiva.

Almeja-se, também, que os dados aqui mostrados possam fornecer contribuições para os serviços de saúde formular estratégias que visem reduzir cada vez mais o número de casos da influenza A, acrescentando à sociedade e, principalmente, à área da saúde, uma contribuição social para a melhoria nas suas condições e na assistência a pacientes internados, em situação de isolamento, em decorrência da contaminação por influenza A (H1N1).

6 REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A. S. et al. Sentimentos dos familiares em relação ao paciente internado na unidade de terapia intensiva. **Rev bras enferm**, Rio de Janeiro, v. 62, n. 6, p. 844-849, 2009.

ARAÚJO, I. M.; PAUL, C.; MARTINS, M. M. Cuidar de idosos dependentes no domicílio: desabafos de quem cuida. **Cienc cuid saude**, v. 8, n. 2, p.191-219, 2009.

AUERBACH, S.M.; KIESLER, D.J.; WARTELLA, J.; RAUSCH, S., WARD, K.R., IVATURY. R. Optimism, satisfaction with needs met, interpersonal perceptions of the healthcare team and emotional distress inpatients' family members during critical care hospitalization. **American Journal of Critical Care**. v. 14, n. 3, p. 202-210, 2005.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Editora Setenta, 2008.

BECK, A. R. M.; LOPES, M. H. B. M. Tensão devido ao papel de cuidador entre cuidadores de crianças com câncer. **Rev bras enferm**, Rio de Janeiro, v. 60, n. 5, p. 513-8, 2007.

BECK, C. L. C. O processo de viver, adoecer e morrer: vivencias com familiares de pacientes internados em Terapia Intensiva. **Texto e Contexto**, São Paulo, v. 10, n. 3, p. 118-137, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de saúde. **Resolução 196/96**. Brasília, DF, 1996.

_____. Ministério da saúde. **Ministério da Saúde anuncia estratégia de vacinação da campanha anual contra a gripe**. 2011. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id_area=124&CO_NOTICIA=12299. Acesso em: 10 ago. 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Informe Epidemiológico. Influenza Pandêmica (H1N1) 2009**. Brasília, DF, 2009. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/boletim_influenza_se_47.pdf. Acesso em: 10 ago. 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Relatório temático**. Brasília, DF, 2009. Disponível : <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorio_dengue_tematico.pdf> acesso em fevereiro 2011. Acesso em: fev 2011.

_____. Ministério da saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Estratégia de vacinação contra o vírus Influenza Padêmico (H1N1) 2009**: informe técnico operacional. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: http://www.conass.org.br/arquivos/file/informetecnico_05_03.pdf. Acesso em: fev 2011.

_____. Ministério da saúde. **Uma análise da situação de saúde: situação da prevenção e controle das doenças transmissíveis no Brasil**. Brasília, DF, 2004.

Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/capitulo6_sb.pdf>
Acesso em: fev 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Vademecum ampliado**. Banalizar sem subestimar. Influenza: aprender e cuidar. Brasília, DF, 2010. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/vademecum_ampliado.pdf. Acesso em: fev 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Doenças infecciosas e parasitárias**: guia de bolso. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. Disponível: [About_disease/em/index.html](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/vademecum_ampliado.pdf)>. Acesso em: 08 mar. 2011.

BRITTEN, N. Entrevistas qualitativas na pesquisa em atenção à saúde. In: POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2005. p. 21-29.

BRUM, A.V. et al. Perfil dos pacientes internados no Hospital São José do Avaí com suspeita de gripe A H1N1. **Rev bras clín méd**, São Paulo, n. 9, v. 3, p. 185-188, 2011.

BURD, M.; MELLO FILHO, J. de. **Doença e Família**. 1. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

CARDIM, M. G. et al. Crianças em isolamento hospitalar: relações e vivências com a equipe de enfermagem. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 32-8, 2008.

CARLSON, A.; THUNG, S.F., NORWITZ, E.R. H1N1 Influenza in Pregnancy: What All Obstetric Care Providers Ought to Know. **Obstetrics & Gynecology**, New York, v. 2, n. 3, p. 139-145, 2009.

CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). Evaluation of Rapid Influenza Diagnostic Test for Detection of Novel Influenza A (H1N1) Virus – United States. **MMWR**, Atlanta, n. 58, p. 826-829, 2009.

CESAR, A. Nueva influenza a (h1n1): medidas de control y sus efectos en los derechos humanos. **Rev. peru. med. exp. salud publica**, Lima, v. 26, n. 3, p. 408-416, 2009.

COLLET, N.; ROCHA, S. M. M. Criança hospitalizada: mãe e enfermagem compartilhando o cuidado. **Rev latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 2, p. 191-7, 2004.

CUETO, M. **El regreso de las epidemias**: salud y sociedad en el Perú del siglo XX. Lima: Instituto de Estudios Peruanos, 1997.

CUGINI, D. M. et al. Perfil epidemiológico dos casos de influenza A H1N1 em Taubaté – SP. **Boletim Epidemiológico Paulista**, São Paulo, n. 7, p. 81, 2010.

CONTIM, D.; CHAUD, M. N.; FONSECA, A. S. As questões familiares e a criança e o adolescente com doença crônica: um estudo de revisão bibliográfica. **Revista Nursing**, São Paulo, v. 85, n. 8, 2005.

- DANTAS, M.S.A. et al. Impacto do diagnóstico de paralisia cerebral para a família. **Texto & contexto enferm**, Florianópolis, v. 19, n. 2, p. 229-37, 2010.
- DEUFENBACH, L. Z. **Morbidade hospitalar por causas relacionadas à influenza em idosos no Brasil, 1992 a 2006**: situação atual, tendências e impacto da vacinação. (Dissertação)-Instituto de Saúde coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2008.
- DINIZ, A. et al. Óbitos por gripe pandémica A (H1N1) 2009 em Portugal. **Rev Port Med Inten**, Lisboa, v. 17, n. 4, p. 11-19, 2010.
- ELSEN, I. O cuidado familiar: Uma proposta inicial de sistematização conceitual. In: ELSEN, I; MARCON, S. S.; SANTOS, M. R. S. **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**. Maringá: Eduem, 2002. cap 1, p.11 - 24
- ESCHER, R. B.; COGO, A. L. P. Os familiares de pacientes adultos hospitalizados: sua participação no processo de cuidar na enfermagem. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 26, n. 2, p. 242-251, 2005.
- FRANCISQUINI, A. R. et al. Orientações recebidas durante a gestação, parto e pós-parto. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 9, n. 4, p.743-751, 2010.
- FRED, J. et al. Vigilância da influenza A (H1N1), novo subtipo viral, no Estado de São Paulo. **Boletim Epidemiológico Paulista**, São Paulo, v. 6, n. 65, p. 4-15, 2009.
- FREITAS, M.C.; SANTANA, M.E. Implementação da estratégia ensino-aprendizagem à família de paciente crônico. **Rev bras enferm**, Rio de Janeiro, v. 55, n. 2, p. 146-150, 2002.
- GOFFMAN, E. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 4. ed. Rio de Janeiro: LTC, 1988.
- GOMES, A. M. T. **A representação social do quarto privativo e do estado de isolamento de pacientes portadores de hiv/aids: implicações para a prática de enfermagem**. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM. 61., 2009. **Anais...** Fortaleza, 2009. p. 3022-3025.
- GRECO, D. B.; TUPINAMBÁS, U.; FONSECA, M. Influenza A (H1N1): histórico, estado atual no Brasil e no mundo, perspectivas. **Revista de Medicina de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 19, n. 2, p. 132-139, 2009.
- GUEZ, V. M. A. **Percepções do familiar da criança com germe multirresistente sobre medidas de precaução de contato** (Monografia)-Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem. Curso de Enfermagem, Porto Alegre, 2009.
- HAYAKAWA, L.Y.; MARCON, S. S., HIGARASHI, I. H. Alterações familiares decorrentes da internação de um filho em uma unidade de terapia intensiva pediátrica. **Rev gaúch enferm**, Porto Alegre, v. 30, n. 2, p. 175-182, 2009.

KAMATE, S. K. et al. Public knowledge, attitude and behavioural changes in an Indian population during the Influenza A (H1N1) outbreak. **The Journal of Infection in Developing Countries**, v. 4, n. 1, p. 7-14, 2010.

LEE, B.Y.; BAILEY, R. R.; WIRINGA, A. E., et al. Antiviral medications for pregnant women for pandemic and seasonal influenza. **Obstetrics & Gynecology**, New York, no. 114, p. 971-980, 2009.

LEITE, G.B.; Bercini, L.O. Caracterização das crianças atendidas na puericultura do programa saúde da família do município de Campo Mourão, Paraná, em 2003. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 4, n. 3, p. 224-230, 2005.

LERNER, K. et al. Entre o conhecido e o imprevisível: os sentidos da cobertura de Influenza H1N1 nos jornais cariocas. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DA ALAS. 28., 2011. *Anais...* Recife: Universidade Federal de Pernambuco, 6 a 11 set, 2011.

LIBSTER, R.; BUGNA, J; Corviello, S.; HIJANO, D.R.; DUNAIEWSKY, M., REYNOSO, N. Pediatric hospitalization association with pandemic Influenza A (H1N1) in Argentina. **New England Journal of Medicine**, Waltham, v. 362, p. 45-55, 2010.

LIMA, F. S. S. **Impacto da vacinação anti-influenza sobre a morbidade hospitalar e mortalidade por doenças respiratórias na população de idosos do Distrito Federal**. (Dissertação)-Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências da Saúde, 2008.

LIMA, M. A. D. S. et al. Acesso e acolhimento em unidades de saúde na visão dos usuários. **Acta paul enferm**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 12-17, 2007.

LINK, B.G. et al. Measuring Mental- Illness Stigma. **Schizophr. Bull**, Rockville, no. 30 v. 5 p. 11-42, 2004.

MARCON, S. S. et al. Produzindo conhecimento sobre família: a contribuição da enfermagem do Sul do Brasil. **Acta paul enferm**, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 21 - 27, 2006

MACHADO, A. A. Infecção pelo vírus Influenza A (H1N1) de origem suína: como reconhecer, diagnosticar e prevenir. **J. bras. Pneumol**, São Paulo, v.35, n.5, p. 464-469, 2009.

MARANHÃO, D. G.; SARTI, A. S. Creche e família: uma parceria necessária. **Cadernos de Pesquisa**, v. 38, n. 133, p.171-194, 2008.

MARQUES, F.R.B., MARCON, S.S., FURLAN, M.C.R., TESTON, E.F., SILVA, M.B. The social net in families with newborn infants at risk during the first year of life: prospective study. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 9, n.2, p.1676-4282, 2010.

MARTINEZ, J. A. B. Influenza e publicações científicas. **J. Brás. Pneumol**, São Paulo, v. 35, n. 5, p. 399-400, 2009.

MARTINS, M. S., MASSAROLLO, M. C. K. B. Mudanças na assistência ao idoso após promulgação do Estatuto do Idoso segundo profissionais de hospital geriátrico. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 42, n.1, p. 26-33, 2008.

MAYOR, A. L. A. S.; SOARES, V. A.(Org.). **Arte e Saúde: desafios do olhar**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2008.

MCCONNELL, J. Influenza at the 26th ICC. **The Lancet Infectious Diseases**, v. 9, p. 464, 2009.

MEIRELLES, B. H. S; ERDMANN, A.L. Redes sociais, complexidade, vida e saúde. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 5, n. 1, p. 67-74, 2006.

MILANESI, R.; CAREGNATO, R. C. A.; WACHHOLZ, N. I. R. Pandemia de Influenza A (H1N1): mudança nos hábitos de saúde da população, Cachoeira do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 723-732, 2011.

MILIORINNI, J. P. et al. **A família no contexto hospitalar: percepções do enfermeiro**. In: Enfermagem à família: dimensões e perspectivas. Maringá: Eduem, 2011. cap 6, p. 115 – 136. unidade 2.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10.ed. São Paulo: Ed Hucitec, 2007

MOLINA, R. C. M. A percepção da família sobre sua presença em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica e Neonatal. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 630-638, 2009.

MOLINA, R.C.M; Marcon, S.S. Benefícios da permanência de participação da mãe no cuidado ao filho hospitalizado. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v.40, n.2, p.280-5, 2006.

MORAIS, G.S.N.; COSTA, S.F.G. Experiência existencial de mães de crianças hospitalizadas em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 639-646, 2009.

NASCIMENTO, C. A.; RADOMILE, M. E. S. Gravidez de risco: riscos da hospitalização. **Psicópio: Revista Virtual de Psicologia Hospitalar e da Saúde**, v. 2, n. 4, p.10-13, 2007.

NASCIMENTO, D.R. As pestes do século XX: tuberculose e Aids no Brasil, uma história comparada. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 456-458, 2006.

NEUMANN, C. R. et al. Pandemia de influenza a (H1N1): o que aprender com ela? **Rev HCPA**, Porto Alegre, v. 29, n. 2, p. 92-99, 2009.

NICHIATA, L. Y. I. et al. Evolução dos isolamentos em doenças transmissíveis: os saberes na prática contemporânea. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 38, n. 1, p. 61-70. 2004.

OLIVEIRA, J. A. Ciência e direito: disfunções da atuação do Judiciário na efetivação de medidas públicas de saúde no combate à gripe suína. **Prism Juríd**, São Paulo, v. 9, n. 2, p. 399-414, 2010.

OLIVEIRA, V. J. **Vivenciando a gravidez de alto-risco: entre a luz e a escuridão**. 111f. (Dissertação)-Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2008.

OLIVEIRA, W. K. **Influenza pandêmica (H1N1) 2009: perfil epidemiológico dos casos graves, Brasil, semanas epidemiológicas 16 a 33 de 2009**. (Dissertação)-Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2010.

PARANÁ. Secretaria de Estado de Saúde do Paraná. **Boletim e análise epidemiológica**, n. 12 e 84, Fevereiro 2010.

PATEL, M. et al. Pandemic (H1N1) 2009 influenza. **Br j anaesth**, Oxford, v. 104, n. 2, p. 128-142. 2010.

PÉRICLES, A. D. D. et al. Pacientes com infecção por vírus A (H1N1) admitidos em unidades de terapia intensiva do Estado do Paraná, Brasil. **Rev bras ter intensiva**, São Paulo, v.21, n. 3, p. 231-236. 2009.

PREFEITURA DO MUNICIPIO DE MARINGÁ. **Demografia do município**. Disponível em: <http://www.maringa.pr.gov.br/cidade/cidade.php?categoria=3>. Acesso em: 15 fev. 2011

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

RANGE, T.; SLACK, P. **Epidemics and ideas: essays on the historical perception of estilence**. Cambridge: University Press, 1992.

SANTOS, A. M. R. et al. Vivências de familiares de crianças internadas em um Serviço de Pronto-Socorro. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 2, p. 473-479, 2011.

SCHNEIDER, C. C. et al. Comunicação na unidade de tratamento intensivo, importância e limites - visão da enfermagem e familiares. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 8, n. 4, p. 531-539, 2009.

SCHULTZ, L. F. **A família vivenciando a doença e a hospitalização da criança: protegendo o filho do mundo e não o mundo do filho**. (Dissertação)-Universidade Guarulhos, Guarulhos, 2007.

SQUASSANTE, N. D. **A Dialética das relações entre a equipe de enfermagem e familiares acompanhantes no hospital: implicações para o cuidado de enfermagem**.

(Dissertação)-Universidade Federal do Rio de Janeiro; MINTER/Faculdades Associadas do Espírito Santo, 2007.

SILVA, E.A. A Gripe Influenza A H1N1 (suína) e a sensibilidade humana. **Saúde Coletiva**, Barueri, v. 31 n.6, p. 134, 2009.

SOUZA, L. M., WEGNER, W., GORINI, M. I. P. C. Educação em saúde: uma estratégia de cuidado ao cuidador leigo. **Revista Latino-Americana Enfermagem**. v. 15, n. 2, p. 330-336, 2007.

SQUASSANTE, N. D.; ALVIM, N. A. T. A dialética das relações estabelecidas entre a equipe de enfermagem e familiares acompanhantes no espaço hospitalar: implicações para o cuidado de enfermagem, In: ELSEN I., SOUZA, A. I. J.; MARCON, S. S. **Enfermagem à família dimensões e perspectivas**. Maringá: Eduem; 2011. p. 87-96

VALERIA, S. et al. Desfecho dos casos de Influenza Pandêmica (H1N1) 2009 em mulheres em idade fértil durante a pandemia, no Município do Rio de Janeiro. **Epidemiologia Serviço de Saúde**, Brasília, DF, v.19, n.4, p. 339-346, 2010.

WAIDMAN, M. A. P.; ELSEN, I.; MARCON, S. S. Possibilidades e limites da teoria de Joyce Travelbee para a construção de uma metodologia de cuidado à família. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 08, n. 2, p. 282 - 291, 2006.

WANDERLEY, M. R. et al. Descrição epidemiológica dos casos de Influenza H1N1 em serviço médico terciário do Hospital de Urgências e Emergências de Rio Branco. **Rev. Soc. Bras. Clín. Méd**, São Paulo, v. 9, n. 4, p. 279-82, 2011.

WARD, P.; SMALL, I.; SMITH, J.; SUTER, P., DUTKOWSKI, R. Oseltamivir (Tamiflu[®]) and its potential for use in the event of an influenza pandemic. **Journal of Antimicrobial Chemotherapy**, London, v. 55, p. 5-21, 2009. Supl 1.

WORD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **Clinical management of human infection with new influenza A (H1N1) virus**: initial guidance. 2009. Disponível em : http://www.emro.who.int/csr/h1n1/pdf/clinical_management_21_5_2009.pdf. Acesso em: 15 out. 2010.

_____. **What is the pandemic (H1N1) 2009 virus?** Disponível em: <http://www.who.int/csr/disease/swineflu/frequently_asked_questions/>. Acesso em: 15 out. 2010.

_____. Weekly epidemiological record. New influenza A (H1N1) virus infections: global surveillance summary. **Annual subscription**, v.20, n.84, p.173-84, 2009

WRIGHT, L. M.; BELL, J. M. Retrospective Nurses, families and illness: a new combination. [Editorial]. **Journal of Family Nursing**. v. 10, n.1, p. 3-11, 2004.

WRIGHT, L.M.; LEAHEY, M. **Enfermeiras e famílias**: um guia para avaliação e intervenção na família. 3. ed. São Paulo: Roca, 2002.

ZOBOLI, E.; FRACOLLI, L. A incorporação de valores na gestão das unidades de saúde: chave para o acolhimento. **Mundo Saúde**, v. 30, n. 2, p. 312-317, 2006.

7. APÊNDICES

APÊNDICE – A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estamos realizando uma pesquisa intitulada “**OS REFLEXOS DA HOSPITALIZAÇÃO POR INFLUENZA A (H1N1) NA FAMÍLIA**”, que faz parte do Programa de Pós-graduação – Mestrado em Enfermagem e é orientada pela, Prof^a Dr^a Sonia Silva Marcon da Universidade Estadual de Maringá com o objetivo de Compreender a experiência e os reflexos da internação hospitalar de um indivíduo com diagnóstico de Influenza A (H1N1).

Gostaríamos de solicitar sua participação no estudo, enfatizando que sua colaboração é muito importante para que se possa conhecer a experiência vivida pelas famílias que tiveram um de seus familiares com o diagnóstico de gripe A, no sentido de melhorar a qualidade da assistência prestada a elas.

Declaramos que você tem direitos e condições asseguradas, os quais estão relacionados a seguir:

- Garantia de que a pesquisadora estará disponível para responder ou esclarecer eventuais dúvidas sobre os procedimentos relacionados à pesquisa;
- Garantia de que não terá despesas ou prejuízo, assim como também não será remunerado (pago) pela participação;
- Garantia de que não sofrerá danos pessoais inaceitáveis e de que sua participação não irá interferir na assistência de saúde prestada a você e sua família;
- Garantia de que seu nome não será identificado e a segurança de que o caráter confidencial das informações relacionadas à sua privacidade será mantido;
- Liberdade para retirar seu consentimento e deixar de participar do estudo a qualquer momento que desejar.

Sua participação será através da resposta a um questionário, bem como a gravação das falas, acompanhado pela pesquisadora, que após explicações sobre o estudo estará a sua disposição para esclarecer dúvidas e acrescentar informações quando você precisar.

Esclarecemos que os resultados da pesquisa serão usados para a elaboração de um trabalho científico e possível publicação, reforçando que o anonimato das informações será preservado, pois os questionários serão identificados com um código.

Sua ajuda será muito importante para o estudo e contribuirá para que os profissionais de saúde reflitam sobre a prática assistencial e sobre as formas de auxiliar as famílias frente a uma pandemia.

Agradecemos antecipadamente sua cooperação e nos colocamos à sua disposição para qualquer esclarecimento.

De acordo com a Resolução 196/96, que regulamenta a realização de pesquisa com seres humanos.

Eu,.....

.....
 declaro que fui devidamente esclarecido e concordo em participar
VOLUNTARIAMENTE da pesquisa coordenada pelo Prof. Dra.Sonia Silva Marcon
 Data:.....

Assinatura ou impressão datiloscópica

Eu,.....
.....

Declaro que forneci todas as informações referentes ao projeto de pesquisa supra-nominado.

Data:.....

Assinatura do pesquisador

Maringá,...../...../2010.

Para maiores esclarecimentos, procurar o grupo de pesquisadores no telefone abaixo relacionado ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (COPEP) da Universidade Estadual de Maringá Av. Colombo, 5790. Campus Sede da UEM. Bloco da Biblioteca Central (BCE) da UEM. CEP 87020-900. Maringá-Pr. Tel: (44) 3031-4444 E-mail: copep@uem.br

Grupo de pesquisa: Sonia Silva Marcon, Fernanda Ribeiro Baptista Marques - UEM. Telefone (44) 3011-4513. Av. Colombo, 5790. Campus Sede da UEM. Departamento de Enfermagem (DEN). CEP 87020-900. Maringá-Pr.

APÊNDICE – B**INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS**

Data da entrevista: ____ / ____ / ____

Código da entrevista: _____

1) IDENTIFICAÇÃO Familiar

Nome completo: _____

Endereço: _____

Telefone : Res: _____ Cel: _____

Nome do familiar Internado: _____

Idade: _____ Data de nascimento: ____ / ____ / ____

Sexo: _____

Cor da pele: _____

Estado civil: _____

Número de filhos: _____

Nível de escolaridade: _____

Possui alguma doença crônica? _____ Qual? _____

Faz uso de medicamentos? _____ Qual? _____

1. DADOS SOBRE A FAMÍLIA

| Nome (Parentesco com o familiar) | Idade | Religião | Escolaridade | Situação Conjugal | Ocupação | Doença Crônica (qual?) | Medicamento |
|--|-------|----------|--------------|----------------------|----------|------------------------------|-------------|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

2. Renda familiar: _____ Quantos contribuem: _____

2. DADOS SOBRE A INTERNAÇÃO DO FAMILIAR

Tempo de internação: _____ Setor de internação:

_____ Data de internação: _____ Data da alta: _____

ROTEIRO DE QUESTÕES (Gravar):

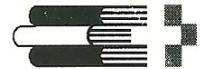
1. Conte-me como foi para você ter e saber que seu familiar foi diagnosticado pelo vírus influenza A (H1N1).
2. Como foi para você visitar seu familiar no hospital?
3. Como foi para você ver seu familiar em isolamento?
4. Quais foram as dificuldades enfrentadas nesse período?
5. O que te auxiliou no enfrentamento e no período de internação?
6. Você sentiu que sua vida social foi prejudicada no período da descoberta do diagnóstico e ou razão do seu familiar estar internado por influenza A (H1N1). Conte como é essa situação.
7. O fato de ter tido um familiar com diagnóstico de influenza A (H1N1), afetou seus relacionamentos com os outros familiares e com os amigos? O que fez você pensar nisso?
8. Conte-me como foi o retorno do seu familiar para o domicílio.
9. Você sentiu algum receio em relação ao futuro de seu familiar? Qual?
10. Você considera que algo mais poderia ser feito para melhorar ou facilitar a vida e o atendimento das pessoas que tem um familiar internado com o diagnóstico de influenza A (H1N1)?
11. Você teve medo de ter a gripe A?
12. Como foi para você cuidar de uma pessoa com Gripe A?
13. O que mudou na vida da sua família nesse período?
14. O que mais te incomodou/perturbou durante toda a situação?
15. Como foi depois que ele voltou para casa?

8. ANEXOS

ANEXO A

AUTORIZAÇÃO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO REGIONAL DE
MARINGÁ

Universidade Estadual de Maringá
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO REGIONAL DE MARINGÁ
CENTRO DE ACESSORIA TÉCNICA-CIENTÍFICA



Solicitação nº 285/2010-ATC

Encaminhamos ao Diretor **Superintendente** para ciência e deliberação quanto ao solicitado.

Requerente/Proponente: **Fernanda Ribeiro Baptista Marques**

Projeto de Pesquisa: **"Os reflexos da hospitalização por influenza (H1N1) na família"**

Docente Orientador: **Sonia Silva Marcon**

PARECER FAVORÁVEL () SIM () NÃO

Prof. Dr. José Carlos Amador
Superintendente - HUM

Franna
Assinatura e Carimbo

Enf.ª Franna Vicente Gomes
Diretora de Enfermagem/HUM

A solicitação será encaminhada a **COREA** e à **Superintendência do HUM**, e autorizado. O seu início está condicionado à aprovação do Comitê Permanente de Ética Envolvendo Seres Humanos. Após aprovação deverá retornar ao Centro de Assessoria Técnica Científica para liberação e agendamento prévio ao setor de interesse do requerente.

ANEXO B

**AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ PERMANENTE DE ÉTICA EM PESQUISA
ENVOLVENDO SERES HUMANOS DA UEM**



*Universidade Estadual de Maringá
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação
Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos*

CAAE Nº. 0039.0.093.000-11

PARECER Nº. 071/2011

| | |
|---|---|
| Pesquisador(a) Responsável: Sonia Silva Marcon | |
| Centro/Departamento: CCS/Departamento de Enfermagem | |
| Título do projeto: Os reflexos da hospitalização por influenza A (H1N1) na família. | |
| <p>Avaliação do Protocolo de Pesquisa:</p> <p>Trata-se de pesquisa do Grupo III, vinculada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá.</p> <p>O objetivo da pesquisa é o de compreender a experiência e os reflexos da internação hospitalar de um paciente com diagnóstico de Influenza A (H1N1) em relação aos seus familiares. Para tanto, serão coletados dados de 30 indivíduos, familiares de pacientes internados no Hospital Universitário Regional de Maringá com diagnóstico de Influenza A nos anos de 2009 e 2010, que serão localizados a partir do banco de dados existente no Centro de Controle de Intoxicações daquele hospital (que controla o uso de Tamiflu e seus efeitos).</p> <p>Apresenta cronograma compatível com o desenvolvimento da pesquisa, com coleta de dados prevista para março de 2011. Recomenda-se que nenhum dado seja obtido antes da aprovação do protocolo de pesquisa junto a este Comitê. O orçamento envolve gastos da ordem de R\$ 350,40, sob a responsabilidade da pesquisadora.</p> <p>A pesquisadora obteve autorização favorável da Superintendência do Hospital Universitário Regional de Maringá (285/2010-ATC).</p> <p>O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido atende às disposições da Resolução 196/1996-CNS. Contudo, compreende-se que qualquer pesquisa que envolva seres humanos representa uma possibilidade de ocorrência de danos aos sujeitos da pesquisa. Destarte, recomendamos que no texto do TCLE substitua-se a expressão “garantia de que não sofrerá danos pessoais”, pela expressão “garantia de que não sofrerá danos pessoais inaceitáveis”.</p> <p>Ante o exposto, o COPEP é de parecer pela aprovação do protocolo de pesquisa até a apresentação da autorização do local onde os dados serão coletados. SMJ, é o parecer.</p> | |
| SITUAÇÃO: APROVADO | |
| CONEP: (X) para registro () para análise e parecer | Data: 11/3/2011 |
| Relatório Final para Comitê: () Não (X) Sim | Data: 01/09/2012 |
| O protocolo foi apreciado de acordo com a Resolução nº. 196/96 e complementares do CNS/MS, na 212ª reunião do COPEP em 11/3/2011. |  Prof. Dra. Ieda Harumi Higarashi Presidente do COPEP |