

Cadernos de

Ciência e Saúde



Enfermagem e Farmácia

v. 2, n. 2/2012
ISSN 2236-9503

Ludmila Mourão Xavier Gomes (Org.)



Cadernos de Ciência e Saúde

volume 2

número 2

jul./dez./2012



FACULDADES
SANTO AGOSTINHO
Qualidade em Ensino Superior

CADERNOS DE CIÊNCIA E SAÚDE

EDITORA CIENTÍFICA

Ludmila Mourão Xavier Gomes

EDITORES ASSOCIADOS

Dra. Dulce Aparecida Barbosa, Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP

Ms. Waldemar de Paula Júnior, Faculdades Santo Agostinho - FASA

CORPO EDITORIAL

Dra. Aline Oliveira Silveira, União Social Camiliana - USC, Brasil

Ms. Carla Silvana Oliveira e Silva, Faculdades Santo Agostinho – FASA

Dra. Dulcinéia Ghizoni Schneider, Universidade do Sul de Santa Catarina – UNISUL, Brasil

Dra. Giannina do Espírito-Santo, Centro Universitário Augusta Motta – UNISUAM, Rio de Janeiro, Brasil

Dra. Eunice Francisca Martins, Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, Brasil

Dra. Magda Santos Koerich, Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC, Santa Catarina, Brasil

Dra. Kátia Conceição Guimarães Veiga – União Metropolitana de Educação e Cultura, UNIME, Bahia, Brasil

Dr. Roberto Borges Filho, Universidade Federal de Goiás – UFG, Brasil

REVISÃO LINGUÍSTICA

Nely Rachel Veloso Lauton

DIAGRAMAÇÃO

Projeto gráfico: Maria Rodrigues Mendes

Capa: Alice Almeida/ Maria Rodrigues Mendes

Cadernos de Ciência e Saúde / Faculdades Santo Agostinho. – Vol. 1, n. 1, - . -
Montes Claros : Faculdades Santo Agostinho , 2011-
v. : il. 28 cm.

Semestral
Vol. 1, n. 2, 2011.
Organizadora: Ludmila Mourão Xavier Gomes.
ISSN 2236-9503

1. Saúde. 2. Enfermagem. I. Faculdades Santo Agostinho . II. Título

CDU: 61

Catálogo: Bibliotecário Edmar dos Reis de Deus - CRB 6-2486.

S U M Á R I O

IMPACTO DOS FATORES SOCIOECONÔMICOS NO CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS E LEGUMES <i>IMPACT OF SOCIOECONOMIC FACTORS IN THE CONSUMPTION OF FRUIT AND VEGETABLES.....</i>	5
AMAMENTANDO APÓS A ALTA DA UTI NEONATAL: UMA ABORDAGEM COMPREENSIVA DO FENÔMENO <i>BREASTFEEDING AFTER A HIGH OF NEONATAL ICU: A COMPREHENSIVE APPROACH TO THE PHENOMENON.....</i>	15
PREVENÇÃO DE OCORRÊNCIAS DE IATROGENIA NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA <i>PREVENTING THE OCCURRENCE OF IATROGENIC IN NURSING CARE IN INTENSIVE CARE UNIT.....</i>	27
HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM ONCOLOGIA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA <i>HUMANIZATION NURSING CARE IN ONCOLOGY: AN INTEGRATIVE REVIEW.....</i>	35
ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DA TUBERCULOSE NO MUNICÍPIO DE SENHOR DO BONFIM, BAHIA <i>EPIDEMIOLOGIC ASPECTS OF TUBERCULOSIS IN THE CITY OF THE LORD BONFIM, BAHIA.....</i>	45
PARTICIPAÇÃO PATERNA DURANTE A GESTAÇÃO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA <i>PATERNAL PARTICIPATION DURING PREGNANCY: AN INTEGRATIVE LITERATURE REVIEW.....</i>	53
FATORES DE RISCO E OS AGENTES ETIOLÓGICOS DAS INFECÇÕES DO TRATO URINÁRIO HOSPITALAR: UMA REVISÃO DE LITERATURA <i>RISK FACTORS AND AGENTS ETIOLOGIC URINARY TRACT INFECTIONS OF HOSPITAL: AN INTEGRATIVE REVIEW OF LITERATURE.....</i>	63
INSTRUÇÕES AOS AUTORES.....	73

**IMPACTO DOS FATORES SOCIOECONÔMICOS NO CONSUMO DE FRUTAS,
VERDURAS E LEGUMES**

Maryane Oliveira-Campos¹, Raquel da Silva Assunção², João Felício Rodrigues Neto³

RESUMO: Trata-se de um estudo transversal que verificou a prevalência do consumo inadequado de frutas, verduras e legumes na população da região urbana de Montes Claros-Minas Gerais e os fatores socioeconômicos associados. Foram entrevistados 648 indivíduos, e"18 anos, de ambos os sexos. A amostragem foi por conglomerados de setores censitários. Utilizou-se um questionário semiestruturado para a coleta de informações e foi aplicado o Questionário de Frequência Alimentar. Foi realizada uma análise estatística descritiva e regressão logística multivariada. A mediana da idade da amostra foi de 44 anos, com mínimo de 18 e máximo de 97 anos. O consumo adequado de frutas, verduras e legumes foi de 13% na população. A renda mostrou-se associada com o estado civil. Concluiu-se que há necessidade de políticas públicas efetivas para apoiar as famílias na sua capacidade de elaborar estratégias para o enfrentamento do impacto das adversidades econômicas sobre a qualidade de suas dietas.

PALAVRAS-CHAVE: Inquérito alimentar, Promoção da saúde, Fatores de risco, Doenças crônicas.

**IMPACT OF SOCIOECONOMIC FACTORS IN THE CONSUMPTION OF FRUIT AND
VEGETABLES**

ABSTRACT: It is a cross-sectional study found that the prevalence of inadequate intake of fruits and vegetables in the population of the urban area of Montes Claros, Minas Gerais and associated socioeconomic factors. We interviewed 648 individuals e" 18 years, of both sexes. Sampling was by clusters of census tracts. We used a semi-structure questionnaire for collecting information and applying the Food Frequency Questionnaire. We performed a descriptive statistical analysis and multivariate logistic regression. The median age of the sample was 44 years, minimum 18 and maximum of 97 years. Adequate consumption of fruits and vegetables was 13% in the population. The income was associated with marital status. We conclude that there is need for effective public policies to support families in their ability to develop strategies for addressing the impact of economic downturns on the quality of their diets.

KEYWORDS: Food survey, Health promotion, Risk factors, Chronic disease.

¹ Doutoranda em Saúde Pública-Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). E-mail: oliveiracampos.maryane@yahoo.com.br

² Mestranda em Saúde Pública- Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). E-mail: raquelac.ufmg@gmail.com

³ Doutor em Medicina- UNIFESP. Professor do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde –UNIMONTES. joao.felicio@yahoo.com

INTRODUÇÃO

O padrão de consumo alimentar da população brasileira vem sofrendo significativas modificações durante as últimas décadas, como consequência direta de mudanças estruturais que vêm ocorrendo no país. A elevação do consumo de alimentos com alto teor de carboidratos simples, sal ou lipídios tem gerado significativa elevação da densidade calórica do padrão alimentar populacional. Tal fato, associado ao consumo inadequado de frutas, vegetais e fibras alimentares, denota a ocorrência da denominada transição nutricional, primariamente derivada de variações na renda da população, preços relativos dos alimentos, grau de urbanização, estrutura de oferta alimentar, nível educacional da população e influências culturais diversas (AMADO; ARRUDA; FERREIRA, 2007; CYRILLO; SAES; BRAGA, 1997; MONDINI e MONTEIRO, 1994; MONTEIRO; MONDINI; COSTA, 2000).

A baixa ingestão de frutas, verduras e legumes (FLV) está entre os principais fatores de risco que contribuem para mortalidade mundial. Estima-se que até 2,7 milhões de vidas poderiam ser salvas anualmente, se o consumo fosse adequado (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2004). Uma alimentação inadequada, rica em gorduras, com alimentos altamente refinados e processados, e pobre em frutas, legumes e verduras está associada ao aparecimento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) (BRASIL, 2003; WORLD HEALTH ORGANIZATION 2002; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003a).

Em 2001, as doenças crônicas contribuíram com aproximadamente 60% do total de 56,5 milhões de mortes no mundo e aproximadamente 46% da carga global de doenças. No Brasil, nesse mesmo período, as DCNT foram responsáveis por cerca de 62% das mortes e 39% das internações do Sistema Único de Saúde (AMBROSONE *et al.*, 2004; MONTEIRO; MONDINI; COSTA, 2000).

O elo entre dieta e doenças crônicas tem despertado interesse em cientistas e entidades governamentais (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2004). Conhecer a ingestão alimentar populacional é uma tarefa complexa, pois as práticas alimentares possuem significados distintos permeados por dimensões da vida social (GANDINI *et al.*, 2000). O presente estudo teve por objetivo estimar os fatores socioeconômicos associados ao consumo de frutas, verduras e legumes na população da região urbana de Montes Claros- Minas Gerais.

METODOLOGIA

Trata-se de estudo transversal de base populacional. Os dados foram coletados no período de fevereiro a agosto de 2008. Foram incluídos indivíduos e¹⁸ anos, de ambos os sexos, residentes na região urbana de Montes Claros. O número total de pessoas e¹⁸ anos residentes na zona urbana de Montes Claros era de 224.451, segundo recenseamento em 2000 (O'BRIEN *et al.*, 2003). Para a determinação do tamanho da amostra (n), levou-se em consideração uma prevalência estimada do fator de risco excesso de peso de 30% ($p = 0.3$), um intervalo de confiança de 95% ($z=1,96$) e um erro fixado de 5%.

O modelo de amostragem foi por conglomerados. Diante disso, o tamanho da amostra foi corrigido para um efeito de delineamento ($deff = 1.3$). O tamanho da amostra total foi de 648 indivíduos.

A amostragem foi realizada em três etapas. O município de Montes Claros apresenta 216 setores censitários, sendo que, os setores não urbanos (rurais) e urbanos especiais (asilos, creches, orfanatos, hospitais, conventos) totalizam 35. Na primeira etapa, foram

excluídos esses 35 setores não urbanos e urbanos especiais restando 181 setores representativos dos domicílios urbanos do município. Destes 181 setores censitários, 163 são “urbanos não especiais” (96% da população urbana) e 18 “urbanos subnormais” (aglomerados, favelas) (4% da população urbana). Em uma segunda etapa, para a representatividade dos setores censitários urbanos, dentre os 181 setores censitários foram sorteados 17 setores censitários. Destes, 15 “urbanos não especiais” e 2 “urbanos subnormais”. Na terceira etapa, foi sorteado um quarteirão dentro de cada setor, iniciando a coleta na primeira rua do lado direito. Os domicílios residenciais foram amostrados em ordem de três, sendo o primeiro de cada três visitado. Quando não foi possível realizar a entrevista, o domicílio seguinte era visitado e a contagem reiniciada deste ponto. Após o término da rua, os entrevistadores viravam à direita seguindo o mapa de cada setor censitário. Em cada domicílio foi entrevistado um morador, sendo a escolha do entrevistado realizada por sorteio aleatório simples.

Foi utilizado um questionário semiestruturado para a coleta de informações e aplicado o Questionário de Frequência Alimentar (QFA) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1990), sendo adaptado para a população de Montes Claros, Minas Gerais.

No QFA existem nove categorias de resposta para a frequência de consumo de cada item alimentar da lista: nunca ou menos de uma vez por mês, uma a três vezes por mês, uma vez por semana, duas a quatro vezes por semana, cinco a seis vezes por semana, uma vez por dia, uma a três vezes por dia, quatro a cinco vezes por dia, e seis ou mais vezes por dia. As categorias de frequência de consumo do QFA são baseadas em porções padronizadas para cada alimento listado.

As características analisadas como variáveis explicativas foram categorizadas em sexo, faixa etária (18-44, 45-64, 65 anos de idade ou mais), cor (branca, não branca), estado civil (casado, separado/viúvo, solteiro), ocupação (sim, não), escolaridade (ensino fundamental, médio, superior) e renda mensal familiar (<480,00; 480,00-799,99; 800,00-1499,99; e” 1500,00).

Para contabilizar quantos indivíduos atingiam as recomendações da OMS para a ingestão de frutas, verduras e legumes; foram selecionadas as respostas de cada indivíduo que indicavam a ingestão diária de cada alimento, correspondendo às seguintes categorias de frequência: uma vez, duas a três, quatro a cinco e seis ou mais vezes ao dia. Realizou-se a somatória de todas as respostas do QFA referentes a cada item alimentar para cada indivíduo, sendo encontrado, desta forma, o número de porções diárias de frutas, verduras e legumes (combinadas) consumidas por indivíduo. Assim, a somatória do consumo total diário de frutas, verduras e legumes resultou em uma variável contínua. Essa variável contínua final foi categorizada em: “consumo adequado de frutas, verduras e legumes” (cinco ou mais porções/dia) em sim ou não.

Análise estatística

As análises estatísticas foram realizadas com o *software* R. Inicialmente foi realizada uma análise descritiva das características socioeconômicas, utilizando-se frequência e distribuições percentuais de cada variável explicativa categórica.

Em seguida, foram construídos modelos de regressão logística univariados para identificar as associações independentes. No modelo multivariado, foi realizado um primeiro modelo com todas as variáveis independentes, aquela que tivesse o maior valor p era retirada do modelo. Um novo modelo era estimado e a significância das variáveis reexaminada. O

efeito dos potenciais fatores de confusão foi examinado, excluindo-se cada variável sequencialmente nos modelos de regressão logística multivariada e observando-se se os *odds ratio* estimados. Esse processo iterativo continuava até que só as variáveis com um valor de $p < 0,05$ permanecessem no modelo. A medida geral do melhor ajuste do modelo final foi dada pelo valor da verossimilhança e pelo teste do qui-quadrado. A intensidade das associações entre características socioeconômicas e consumo de frutas, verduras e legumes foi estimada por *odds ratio* (OR), com intervalos com 95% de confiança (IC 95%).

Com base na resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Brasil, este estudo passou pela apreciação do Comitê de Ética em pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros, sendo aprovado no processo nº 677. Os voluntários receberam informações sobre a metodologia e apresentaram consentimento após a leitura e entendimento do consentimento livre e esclarecido.

RESULTADOS

A amostra foi composta de 648 adultos e idosos, sendo 168 homens (26%) e 480 mulheres (74%). A mediana da idade foi de 44 anos, com mínimo de 18 e máxima de 97 anos. O consumo adequado de frutas foi de 22,7% e 77,3% não apresentou adequação. Já o consumo de verduras e legumes foi de 44,9% e 55,1%, respectivamente. Quando combinou-se o consumo adequado de frutas com o consumo adequado de verduras e legumes, a variável resposta consumo adequado FVL apresentou adequação de consumo 13% e inadequação de 87% da população.

Os dados apresentados na tabela 1 demonstram que as variáveis sexo feminino, renda ≥ 1500 reais e estar em atividade profissional apresentaram valor $p < 0,20$ e foram levadas para o modelo multivariado.

Tabela 1 - Frequência das variáveis explicativas em relação à adequação do consumo de frutas, verduras e legumes. Montes Claros, Minas Gerais, 2008. (n=648)

Variável	Consumo adequado de FVL			X ²	Valor p
	Sim (%)	Não (%)	Total (%)		
Sexo					
Masculino	4,2	22,1	26,2	1,74	0,19*
Feminino	8,8	65,0	73,8		
Idade					
18-44	6,9	44,0	50,9	0,52	0,77
45-64	4,8	35,6	40,4		
≥ 65	1,2	7,4	8,6		
Cor					
Branca	2,8	21,9	24,7	0,42	0,52
Não Branca	10,0	65,3	75,3		
Estado Civil					
Casado	8,2	48,5	56,7	2,46	0,29
Separado/Viúvo	1,2	12,8	14,0		
Solteiro	3,4	25,9	29,3		
Atividade Profissional					
Não	3,4	29,2	32,6	1,78	0,18*
Sim	9,6	57,9	67,5		
Escolaridade					
Ens. Fundamental	6,6	39,4	46,0	1,62	0,44
Ens. Médio	4,3	35,3	39,6		
Ens. Superior	2,0	12,3	14,3		
Renda (Reais)					
<480,00	4,4	25,2	29,6	4,66	0,19*
480,00 – 799,99	1,6	20,0	21,6		
800,00 -1499,99	3,4	24,5	27,9		
≥ 1500,00	2,0	19,0	21,0		

Tabela 2 - "OddsRatio" Bruto e Ajustado e IC (95%) das variáveis explicativas em relação à adequação do consumo de Frutas, verduras e Legumes. Montes Claros, Minas Gerais, 2008. (n=648)

Variável	Consumo Adequado de Frutas Verduras e Legumes		
	"OddsRatio" Bruto IC (95%)	"OddsRatio" Ajustado IC (95%)	Valor p
Sexo			
Masculino	1,00		
Feminino	0,71 (0,44; 1,19)		
Idade			
18-44	1,00		
45-64	0,85 (0,52; 1,38)		
≥ 65	1,05 (0,43; 2,27)		
Cor			
Branca	1,00		
Não Branca	1,21 (0,69; 2,25)		
Estado Civil			
Casado	1,00	1,00	
Separado/Viúvo	0,57 (0,24; 1,18)	0,51 (0,18-1,16)	0,14
Solteiro	0,78 (0,45; 1,30)	0,73 (0,38-1,34)	0,33
Atividade Profissional			
Não	1,00		
Sim	1,42 (0,86; 2,43)		
Escolaridade			
Ens. Fundamental	1,00		
Ens. Médio	0,73 (0,43; 1,99)		
Ens. Superior	0,96 (0,48; 1,84)		
Renda (Reais)			
<480,00	1,00	1,00	
480,00 – 799,99	0,45 (0,19; 0,98)	0,40 (0,16-0,88)	0,03
800,00 -1499,99	0,78 (0,41; 1,48)	0,78 (0,40-1,48)	0,45
≥ 1500,00	0,58 (0,26; 1,21)	0,57 (0,25-1,19)	0,14

Os valores dos "odds ratio" bruto e do IC demonstraram que todas as variáveis não possuíam magnitude de associação devido aos valores dos IC passarem pelo valor 1,00. Porém pelo valor ajustado pelo estado civil, somente o valor da renda de 480 a 800 mostrou magnitude de associação negativa com a variável resposta, demonstrando que ter essa faixa de renda diminui a chance de ter o consumo adequado de FVL em 0,40 vezes menor do que ter a renda inferior a 480 reais (tabela 2).

DISCUSSÃO

O desenvolvimento agrícola nas últimas décadas levou ao aumento da disponibilidade de alimentos e ao incremento da produção de alimentos industrializados. Por outro lado, a crescente urbanização da população e o acesso a produtos processados acarretaram modificações na alimentação de grande parcela da população. No Brasil, a disponibilidade de alimentos cresce associada a mudanças na composição da dieta, principalmente no aumento da disponibilidade de produtos como carnes, leites e derivados, óleos e gorduras vegetais, biscoitos e refrigerantes e redução de cereais e leguminosas (LEVY-COSTA *et al.*, 2005).

Estima-se que o consumo de frutas e hortaliças no Brasil corresponda a menos da metade das recomendações nutricionais, sendo ainda mais deficiente entre as famílias de baixa renda (LEVY-COSTA *et al.*, 2005). Porém, estudo²² realizado em outro país em desenvolvimento destaca entre os limitantes do baixo consumo de frutas e hortaliças: preços elevados (diante dos demais alimentos e em comparação com a renda das famílias); sistemas

ineficientes de produção, distribuição e comercialização; e desconhecimento da população sobre a importância daqueles alimentos para a saúde, sobretudo com relação a hortaliças (MONTEIRO, 2003).

As estimativas do presente estudo são consistentes com estudos prévios que mostraram consumo insuficiente de frutas e hortaliças pela população brasileira. No presente estudo, o consumo adequado de frutas foi de 22,7% e 77,3% não apresentou adequação. Já o consumo de verduras e legumes foi de 44,9% e 55,1% respectivamente. A junção dessas duas variáveis resultou na variável resposta consumo adequado FVL que apresentou adequação de 13% e inadequação de 87%. Os valores do teste do X^2 mostraram as variáveis sexo feminino, renda e R\$1500 reais e estar em atividade profissional apresentaram associação com o consumo adequado de FVL. Devido a amostra ser desigual, em que 74% era constituída de mulheres, essa variável não apresentou valor significativo no modelo multivariado, sendo o consumo de FVL influente somente pela renda.

A minoria dos indivíduos no presente estudo seguiu as recomendações nutricionais estabelecidas pela OMS para o consumo de frutas, verduras e legumes, o que coloca o Brasil em situação bastante desfavorável quanto às comparações com estimativas para países desenvolvidos (CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2005; GISKES *et al.*, 2002; ROOS *et al.*, 2001). Dados do Behavior Risk Factor Surveillance System mostram que nos Estados Unidos o consumo adequado de frutas e hortaliças (verduras e legumes) atingiu aproximadamente 25% da população com idade e R\$18 anos em 2007, variando de 16,3% no estado de Oklahoma a 32,5% no Distrito de Columbia (CENTERS FOR DISEASE CONTROL, 2007). Dessa forma, se o incentivo ao consumo é uma das ações prioritárias na agenda temática de promoção da saúde, sua execução é um grande desafio diante da baixa frequência de consumo de frutas e hortaliças pela população brasileira.

Corroborando com nossos dados, o estudo de Panigassi *et al.* (2008) observou que mesmo as famílias em segurança alimentar, portanto, com garantia de acesso aos alimentos, apresentaram inadequações qualitativas na dieta, tomando o entrevistado como referência; 26,3% não comem pelo menos uma fruta diariamente, contrapondo-se à estratégia de dieta saudável adotada pela Organização Mundial de Saúde (2004). Cabe destacar o fato que 1 de cada 4 pessoas do estudo de Panigassi *et al.* (2008) não come pelo menos uma fruta por dia. De acordo com o Guia Alimentar para a População Brasileira, elaborado pelo Ministério da Saúde especificamente para essa população, e que visa contribuir para a melhoria dos perfis nutricional e epidemiológico por meio da alimentação saudável, a recomendação nutricional é de 3 porções diárias (BRASIL, 2006).

Barretto e Cyrillo (2001), examinando a estrutura do consumo alimentar entre os anos de 1990 e 1996, verificaram que houve uma tendência decrescente dos gastos com alimentos in natura em todas as classes de renda ao longo desses anos. Os legumes, as frutas e as verduras, por suas propriedades decorrentes do seu conteúdo em fibras, minerais e vitaminas, são agentes importantes na prevenção das doenças crônicas não transmissíveis (BRASIL, 2006; ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2004).

Por meio de estudo realizado em conjunto habitacional do subúrbio do Rio de Janeiro, Zaluar (1985) constatou que os alimentos classificados socialmente como comida eram feijão, arroz e carne. As verduras, os legumes e as frutas apareciam como alimentos secundários, que não tinham função de satisfazer as necessidades alimentares do grupo.

Garcia (2004), ao analisar a influência de determinadas representações relativas ao comer e à comida nas informações prestadas em inquéritos alimentares, argumenta que questões simbólicas podem afetar de maneira substancial o relato do consumo. A prevenção

das doenças derivadas do consumo alimentar excessivo e desbalanceado tem representado o ponto central das recomendações alimentares. Saliencia-se a importância do consumo de verduras, legumes e frutas para o adequado suprimento das necessidades de diversas vitaminas, minerais e fibras, em razão das atividades fisiológicas desses nutrientes na proteção contra doenças cardíacas, cânceres, diabetes e desordens gastrointestinais. A alimentação saudável é uma prática estimulada desde a década de 1980 por organismos internacionais, evocando sempre a importância da variedade de alimentos como fontes de nutrientes, o equilíbrio nas escolhas alimentares, baseado nas necessidades individuais, e a moderação pelo controle do consumo de alimentos energéticos, principalmente as gorduras (BRASIL, 2006; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003).

Comer é um fato social total, visto que, no sentido analisado pelo antropólogo Marcel Mauss, liga o social e o individual de um lado, o físico (ou fisiológico) e o psíquico de outro (LÉVI-STRAUSS, 1974). Essa perspectiva totalizante do fato alimentar considera a influência de determinantes históricos e socioantropológicos na alimentação o que configura esta prática como social (BRANDÃO, 1981; CÂNDIDO, 1987; POULAIN; PROENÇA, 2003). Entretanto, estudos sobre alimentação enquanto fato social concentram-se no campo da sociologia, com objetos de análise diferentes dos almejados pelo campo da saúde, que tem como propósito a utilização desses universos para propostas de intervenção.

CONCLUSÃO

O estado civil e nível socioeconômico influenciam o consumo de frutas, verduras e legumes na cidade de Montes Claros. Sugere-se, que há necessidade de políticas públicas efetivas para apoiar as famílias na sua capacidade de elaborar estratégias para o enfrentamento do impacto das adversidades econômicas sobre a qualidade de suas dietas.

REFERÊNCIAS

ACHUTTI, A.; AZAMBUJA, M.I.R. Doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil: repercussões do modelo de atenção à saúde sobre a seguridade social. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.9, n.4, p.833-840.

AMADO, T.C.F.; ARRUDA, I.K.G.; FERREIRA, R.A.R. Aspectos alimentares, nutricionais e de saúde de idosas atendidas no Núcleo de Atenção ao Idoso – NAI, Recife/ 2005. *Archivos Latino Americanos de Nutricion*, v.57, n.4, p.366-372, 2007.

AMBROSONE, C.B. *et al.* Breast cancer risk in premenopausal women is inversely associated with consumption of broccoli, a source of isothiocyanates, but is not modified by GST genotype. *The Journal of Nutrition*, v.134, n.5, p.1134-1138, 2004.

BARRETTO, S.A.J.; CYRILLO, D.C. Análise da composição dos gastos com alimentação no Município de São Paulo (Brasil) na década de 1990. *Revista de Saúde Pública*, v.35, n.1, p.52-59, 2001.

BRANDÃO, C.R. *Plantar, colher, comer*. um estudo sobre o campesinato goiano. Rio de Janeiro: Edições Graal; 1981.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. *Guia alimentar para a população brasileira*. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política nacional de alimentação e nutrição*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.

CÂNDIDO, A. *Os parceiros do Rio Bonito*. Estudo sobre o caipira paulista e a transformação dos seus meios de vida. 7. ed. São Paulo: Duas Cidades; 1987.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Fruit and vegetable consumption among adults – United States, 2005. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, v.56, n.10, p. 213-217, 2007.

CYRILLO, D.C.; SAES, M.S.M.; BRAGA, M.B. Tendências do consumo de alimentos e o Plano Real: uma avaliação para a Grande São Paulo. *Planejamento e Políticas Públicas*, v.16, n.1, p.163-195, 1997.

FREIRE, M.C.; CANNON, G.; SHEIHAM A. Análise das recomendações internacionais sobre o consumo de açúcares publicados em 1961 e 1991. *Revista de Saúde Pública*, v.28, n.3, 228-237, 1994.

FURLAN-VIEBIG, R.; PASTOR-VALERO, M. Desenvolvimento de um questionário de frequência alimentar para o estudo de dieta e doenças não transmissíveis. *Revista de Saúde Pública*, v.38, n.4, p.581-584, 2004.

GANDINI, S. *et al.* Meta-analysis of studies on breast cancer risk and diet: the role of fruit and vegetable consumption and intake of associated micronutrients. *European Journal of Cancer*, v.36, n.5, p.363-364, 2000.

GARCIA, R.W.D. Representações sobre consumo alimentar e suas implicações em inquéritos alimentares: estudo qualitativo em sujeitos submetidos à prescrição dietética. *Revista de Nutrição*, v.17, n.1, p.15-28, 2004.

GISKES, K. *et al.* Socio-economic differences in fruit and vegetable consumption among Australian adolescents and adults. *Public Health Nutrition*, v.5, n.5, p.663-669, 2002.

KRIS-ETHERTON, P. *et al.* AHA scientific statement: summary of the Scientific Conference on Dietary Fatty Acids and Cardiovascular Health. Conference summary from the Nutrition Committee of the American Heart Association. *Journal of Nutrition*, v.131, n.4, p.1322-1326.

LEVY-COSTA, R.B. Disponibilidade domiciliar de alimentos no Brasil: distribuição e evolução (1974-2003). *Revista de Saúde Pública*, v.39, n.4, p.530-540, 2005.

LÉVI-STRAUSS, C. Introdução à obra de Marcel Mauss. *In*: MAUSS, M. *Sociologia e antropologia*. São Paulo: Edusp; 1974. p.1-37.

MANN, J. I. Diet and risk of coronary heart disease and type II diabetes. *Lancet*, v.360, n.9335: 783-789, 2002.

MONDINI, L.; MONTEIRO, C.A. Mudanças no padrão de alimentação na população urbana brasileira (1962-1988). *Revista de Saúde Pública*, v.28, n.6, p.433-439, 1994.

MONTEIRO, C.A.; MONDINI, L.; COSTA, R.B.L. Mudanças na composição e adequação nutricional da dieta familiar nas áreas metropolitanas do Brasil (1988-1996). *Revista de Saúde Pública*, v.34, n.3, p.251-258, 2000.

MONTEIRO, C.A. Setting up a fruit and vegetable promotion initiative in a developing country. In: WHO. *Fruit and vegetable promotion initiative –report of the meeting*. Geneva; 2003.

O'BRIEN, M. *et al.* The importance of composite foods for estimates of vegetable and fruit intakes. *Public Health Nutrition*, v.6, n.7, p.711-726.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud*. Ginebra: OMS; 2004.

PANIGASSI, G. *et al.* Insegurança alimentar intrafamiliar e perfil de consumo de alimentos. *Revista de Nutrição*, v.21, n.esp., p.135-144, 2008.

POULAIN, J.P.; PROENÇA, R.P.C. O espaço social alimentar: um instrumento para o estudo dos modelos alimentares. *Revista de Nutrição*, v.16, n.3, p.245-56, 2003.

ROOS, G. Disparities in vegetables and fruit consumption: European cases from the north to the south. *Public Health Nutrition*, v.4, n.1, p.35-43, 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases*. Report of a joint WHO/FAO. Geneva: WHO; 2003. WHO Technical Report Series 916.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *The world report 2002: reduction risks, promotion healthy life*. Geneva: WHO; 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Chronic disease: key risk factors include high cholesterol, high blood pressure, low fruit and vegetable intake*. Geneva: WHO, 2009.

ZALUAR, A. *A máquina e a revolta*. São Paulo: Brasiliense; 1985.

AMAMENTANDO APÓS A ALTA DA UTI NEONATAL: UMA ABORDAGEM COMPREENSIVA DO FENÔMENO

Roberto Nascimento de Albuquerque¹, Maiko Lucas Pimentel Queiroz², Gabriela
Letícia Souza Silva³

RESUMO: A assistência ao recém-nascido (RN) em uma unidade de terapia intensiva deve incluir o aleitamento materno, pois torna-se um sinônimo de sobrevivência para ele. Vale destacar, também, que existem dificuldades neste processo, quando o neonato é prematuro e necessita de cuidados intensivos. Além de o leite participar da nutrição do RN, também atende às especificidades fisiológicas, imunológicas e psicológicas em seus primeiros anos de vida. Este estudo busca compreender o fenômeno da amamentação e a relação do binômio mãe/filho após a alta da UTI Neonatal. O presente estudo é fundamentado em uma pesquisa qualitativa com abordagem fenomenológica realizada com mães que tiveram os filhos internados em uma UTI Neonatal e que iniciaram o processo de amamentação em um hospital universitário de Montes Claros/MG. O processo de amamentação aumentou o vínculo mãe/filho durante a internação hospitalar; as dificuldades encontradas no início do processo de amamentação foram completamente sanadas após as orientações dadas pela equipe de enfermagem da instituição e as mães conseguiram distinguir os benefícios da amamentação e do leite materno. Esta pesquisa permitiu ter uma visão de como as mães vivenciam a amamentação após a alta dos filhos. Ficou evidente que uma equipe de enfermagem, em especial os enfermeiros, comprometidos com a educação em saúde no âmbito hospitalar, traz grandes benefícios aos clientes internados e seus acompanhantes, em especial mães e RN prematuros internados em UTI Neonatal/Berçário.

PALAVRAS-CHAVE: Amamentação, Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, Enfermagem

BREASTFEEDING AFTER A HIGH OF NEONATAL ICU: A COMPREHENSIVE APPROACH TO THE PHENOMENON

ABSTRACT: The care of the newborn (NB) in an intensive care unit should include breastfeeding, because it becomes a synonym of survival for the NB. Also there are difficulties in this process when the infant is premature and need intensive care. Besides milk participate in the nutrition of infants, it also meets the specific physiological, immunological and psychological in its first year of life. This present study seeks to understand the breastfeeding phenomenon and the relation between the mother and her child after discharge from the NICU. This study is based on a phenomenological approach and a qualitative research conducted with mothers

¹ Enfermeiro, Especialista em Docência para Enfermagem. Graduado pela Universidade de Brasília (UnB). E-mail: albuquerque.roberto@gmail.com

² Enfermeiro. Graduado pelas Faculdades Unidas do Norte de Minas (FUNORTE).E-mail: maikolukat@hotmail.com

³ Enfermeira. Graduada pelas Faculdades Unidas do Norte de Minas (FUNORTE).E-mail: gabrielaeadson@hotmail.com

Recebido em: 05/06/2012 . Aceito em: 01/07/2012

who had children hospitalized in a NICU and began the process of breastfeeding in a university hospital in Montes Claros/Minas Gerais/Brazil. The link between the mother and her child was increased during the breastfeeding process. Besides, the difficulties encountered early in the process of breastfeeding were completely resolved following the guidelines given by the nursing staff in that institution. The mothers were able to distinguish the benefits of breastfeeding and of breast milk. This research allowed us to have a vision of how mothers experience breastfeeding after their children were discharged. It was evident that a nursing staff, especially nurses, committed to health education in hospitals, brings great benefits to customers and their companions admitted, especially mothers and premature infants admitted to NICU/Nursery.

INTRODUÇÃO

Uma dos fatores mais importantes em uma assistência ao recém-nascido (RN), retido ou não em uma unidade de terapia intensiva, é o aleitamento materno, tornando-se sinônimo de sobrevivência, sendo, portanto, um direito de todo recém-nascido. Porém, há várias dificuldades no tocante à amamentação, quando esse neonato é prematuro e necessita de cuidados intensivos; as mães envolvidas neste processo também são motivos de preocupação. Esse leite, além de participar da nutrição dessas crianças, é visto por muitos como uma das maneiras mais eficientes de atender às suas especificidades fisiológicas, proteções imunológicas e psicológicas em seus primeiros anos de vida (ARAÚJO; ALMEIDA, 2007; SILVA, 2009).

De acordo com Venâncio (2003) *apud* Almeida *et al.* (2004), o aleitamento materno deve ser oferecido com exclusividade até o RN ter seis meses completos de vida, podendo ser mantido e associado a outros alimentos até o segundo ano de vida, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde (MS), Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). Essa prática tem-se mostrado como uma das maiores estratégias, a fim de reduzir a morbimortalidade infantil, mas ela ainda está longe de ser exercida na sua plenitude, pois muitas vezes, os sentimentos de uma mãe que amamenta uma criança pré-termo não são objetos de estudos (COUTINHO *et al.*, 2005).

Um grande fator que deve ser observado nas práticas de promoção ao aleitamento materno se refere às necessidades e dificuldades vivenciadas pela mãe. Os acontecimentos, rotinas e procedimentos que envolvem o nascimento de um bebê prematuro ou doente, resultando na sua internação na Unidade de Terapia Intensiva neonatal (UTI neonatal), levam muitas vezes os profissionais a não compreenderem os sentimentos e ações manifestadas por elas nesse evento. Diante disso, Vieira (2004, p.3) salienta que “a mãe necessita de atenção, educação e acompanhamento para que possa obter na alta hospitalar do RN uma lactação efetiva, possibilitando o aleitamento materno do RN também na pós-alta hospitalar”.

Segundo Serra e Schochi (2004), a UTI neonatal é um local onde os bebês necessitam de um cuidado mais especial em virtude de suas limitações gástricas, digestivas e nutricionais. As mães desses neonatos, portanto, vivenciam experiências muito duvidosas sobre todo esse processo de cuidado especial de que seu filho necessita.

Cunha (2000) afirma que a rotina tradicional da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) determina uma super-estimulação sensorial dos prematuros, principalmente da dor, do estresse e dos ritmos comportamentais, propiciando, escassamente, situações em que o corpo da mãe atua como o mediador dos estímulos externos. Sendo assim, o aleitamento

materno configura-se como elemento importantíssimo na proteção à saúde desses neonatos, não apenas pela sua adequação biológica e todos os seus benefícios, mas também pelo fortalecimento das relações entre a mãe e seu bebê (NASCIMENTO; ISSLER, 2004 *apud* DELMASCHIO *et al.*, 2009).

Colameo e Rea (2006) relatam que o tratamento na UTI neonatal está sendo implicado por uma aproximação mais superficial entre mães e filhos, em virtude de aparelhos de monitorização e sondas, que interferem diretamente na amamentação e formação do vínculo. O aleitamento para esses recém-nascidos nesse ambiente é importante para controlar o peso, impedindo a perda de massa, além de favorecer, em longo prazo, seu desenvolvimento intelectual e neurológico. Há alguns métodos que incentivam a participação da mãe na amamentação na UTI e após, entre eles, está o método canguru:

O Método Mãe Canguru é uma forma de atenção que incentiva e valoriza a presença e a participação da mãe e da família na unidade neonatal. Tem um papel importante para assegurar a saúde do bebê de baixo peso após a alta hospitalar, tanto pela oportunidade de fortalecimento do vínculo afetivo que oferece, como pelas altas taxas de amamentação que proporciona (COLAMEO; REA, 2006, p. 598).

Para Mancini e Meléndez (2004), além de todos os tratamentos pelos quais esses neonatos passam, o aleitamento materno deve ser profundamente incentivado na neonatologia, com o objetivo de garantir-lhes uma assistência adequada a partir do seu nascimento. Para isso, a Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) decretam que se deve mostrar à mãe a grande necessidade de continuar a amamentação mesmo nesses momentos em que elas estão separadas de seus filhos.

Serra e Scochi (2004), com muita propriedade, salientam em um dos seus estudos algumas dificuldades expressas pelas falas de mães que tiveram recém-nascidos retidos na UTI. Elas perceberam, através dessas mães, que a infraestrutura do local influenciava muito no processo da amamentação, além da grande necessidade dessas mães em realizar uma boa alimentação para poder continuar amamentando. De acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente, a UTI neonatal deve dispor de um ambiente aconchegante, visando sempre ao bem-estar do bebê, evitando-se o desconforto e as privações das mães no acompanhamento dos filhos.

Conforme Lamounier *et al.* (2004) *apud* Delmaschio *et al.* (2009, p.84), as “enfermidades relacionadas à mãe e ao filho recém-nascido também podem implicar limitações para o aleitamento”. Em virtude disso, muitas mães se sentem incapazes e culpadas por não poderem oferecer a seu filho o leite materno, devido, por exemplo, a algum medicamento de que ela faz uso em virtude de alguma doença.

Segundo Cunha (2000), além de possuírem toda uma rotina no seu lar, essas mães ainda devem passar longos períodos no hospital acompanhando seus bebês, o que leva a uma preocupação imensa, causando interferência no processo de amamentação. Sobre este momento:

Toda criança ao nascer, por ser totalmente dependente, exige de seus cuidadores uma grande dedicação. Geralmente é a mãe que assume esse papel, em virtude, principalmente, da amamentação, e, com isso, passa por um período de muito cansaço no qual suas necessidades são postas em segundo plano em favorecimento às necessidades de seu filho (GORGULHO; PACHECO, 2008, p. 22).

As unidades neonatais adotam o preceito de que a sucção do recém-nato na mamadeira causa um desgaste menor do que no seio materno, razão pela qual esse instrumento vem sendo utilizado fortemente. Esse fato interfere diretamente na efetivação da amamentação, segundo muitos autores, pois, o uso de bicos e mamadeiras prolongadamente dificultará o bebê prematuro a aceitar a amamentação no seio de sua mãe, o que conseqüentemente afetará o vínculo entre ambos. Outro aspecto ainda pode ser citado, enquanto o bebê ainda está retido na UTI, há dificuldade de muitas mães em visitarem constantemente o hospital, pois muitas não dispõem de recursos financeiros para tal. Enfim, pode-se considerar, de acordo com alguns estudos realizados, que essas dificuldades podem ser traduzidas em falta de infraestrutura para ordenhar e para amamentar, bem como recursos para transporte e o cuidado dos outros filhos, em se tratando de múltipara (SERRA; SCOCHI, 2004).

Todos estes transtornos causados no campo fisiológico do RN afetam diretamente a conexão afetiva entre mãe-filho, ou seja, o vínculo. Segundo Campos (2003) *apud* Cavalcante (2008), o vínculo ocorre quando há "uma interdependência, e por isso a construção de um vínculo depende de uma interação complementar". De origem latina, a palavra vínculo significa algo que une as pessoas. Outros autores corroboram que:

O vínculo mãe-filho, que consiste na relação de apego desenvolvida entre a figura materna com sua criança, é um evento inato passível de interferências positivas ou negativas. Tendo um vínculo adequado com o filho, a mulher estará mais suscetível a apresentar práticas de cuidado positivas, refletindo no desenvolvimento infantil (VIEIRA *et al.*, 2010, p. 200).

Caetano (2004), *apud* Mendes (2006), relatou que muitos eventos sensoriais, fisiológicos, comportamentais, que ocorrem logo após o parto, contribuem para o aumento da conexão entre a mãe e o seu filho, favorecendo o estabelecimento do vínculo e do apego entre eles. O contato que ocorre ao longo do tempo fortalece ainda mais esse vínculo, pois essa aproximação promove o aquecimento e conforto, proporcionando uma maior interação. (MENDES; GALDEANO, 2006).

Para Vieira (2004), não havendo o vínculo entre mãe-filho, ou seja, tendo estabelecida a separação entre mãe e RN, os processos da hospitalização e condições clínicas, tais como a imaturidade do seu bebê, inviabilizam a coordenação de sucção e deglutição, podendo, portanto, levar à não estimulação da sucção, e conseqüentemente diminuir a lactação.

Diante de todo esse contexto, traz-se a seguinte indagação: Como as mães percebem o fenômeno de amamentar após a alta da UTI neonatal?

A escolha deste tema deve-se ao fato de ele estar em consonância com a área de atuação do enfermeiro, o que irá contribuir para o enriquecimento e desempenho profissional dessa categoria. Outro fato a ser considerado é que as mães de recém-nascidos internados em UTI vivenciam situações bem diferentes daquelas que têm o seu bebê a termo. Essas mães enfrentam uma fase de estresse por terem tido uma criança de baixo peso ao nascer e também pelos fatores que levam a alterações no seu cotidiano, o que conseqüentemente abalará a sua vivência e dinâmica familiar. O processo de separação entre mãe e filho pode ser previsível, essas mães passam a conviver com vários sentimentos conflituosos e a amamentação pode configurar-se como um dos grandes pontos de dificuldade na adaptação a essa nova realidade. Portanto, este trabalho justifica-se como uma grande ferramenta na busca da compreensão do fenômeno da amamentação além de entender se a relação do binômio mãe/filho pode ser prejudicada após alta da UTI Neonatal.

Diante disso, este estudo teve como objetivo: compreender o fenômeno da amamentação e a relação do binômio mãe/filho após a alta da UTI Neonatal.

METODOLOGIA

A base teórico-metodológica deste estudo foi fundamentada nos princípios da pesquisa qualitativa com abordagem fenomenológica, pois esse método lida com questões muito particulares, trabalhando com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitude, correspondendo a um espaço mais aprofundado dos fenômenos que não podem ser quantificados ou reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2006).

Para o filósofo francês Merleau-Ponty (1966 *apud* Josgrilberg, 2006), a fenomenologia não se preocupa em explicar ou analisar um fenômeno, mas, sim descrevê-los, pois, tudo que é percebido pela consciência torna-se um fenômeno. A percepção configura-se como uma vivência do próprio corpo, que acontece em um campo fenomenal do ponto de vista de quem vivencia uma situação, por isso buscou-se essa abordagem, a fim de compreender a percepção das mulheres que tiveram a experiência de amamentar seus filhos após a alta da UTI neonatal.

A pesquisa foi realizada na Unidade de Pediatria do Hospital Universitário Clemente de Faria (HUCF) no setor da Neonatologia e/ou Berçário, onde existem dez leitos destinados à internação de neonatos. Este hospital conta com os títulos de “Maternidade Segura” e “Hospital Amigo da Criança”, conferidos pelo Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana de Saúde e Fundo das Nações Unidas para a Infância, por conta do atendimento humanizado. Este hospital é reconhecido, pois possui outras ações, como o incentivo ao parto normal, vários métodos para o estímulo ao aleitamento materno, contribuindo, portanto, para a redução dos índices de mortalidade infantil e materna. Foi escolhido o setor da Neonatologia e/ou Berçário devido ao protocolo instituído de estímulo ao aleitamento materno desses setores, conforme critérios descritos.

Como critérios de inclusão tem-se: as mães, cujas crianças receberam alta da UTI Neonatal para o Berçário e/ou Neonatologia; possuem 35 semanas de vida; estão acima de 1,5 kg; que não estejam em oxigenoterapia; e que já passaram pela avaliação da Fonoaudióloga. Esses critérios foram selecionados, conforme protocolo de incentivo à amamentação do HUCF.

Já como critérios de exclusão, tem-se: mães, cujas crianças não se enquadram nesses critérios, pois não são estimuladas à amamentação; mães que não estão em processo de amamentação (apenas retiram leite para alimentação do filho); mães que não aceitaram participar da pesquisa.

O instrumento de coleta de dados utilizado foi uma entrevista semiestruturada que, na perspectiva de Minayo (2006), é o método utilizado para coletar dados, obedecendo-se a um roteiro, em que o pesquisador visa apropriá-la fisicamente para melhor ser utilizada. A fim de atender aos objetivos desta pesquisa, este instrumento utilizou as seguintes questões norteadoras: O que mudou na sua relação com seu filho depois que começou a amamentar? Você se sente mais próxima do seu filho ao amamentar? Por quê? Você se sente incapaz de amamentar corretamente seu filho? Por quê? Você tem encontrado dificuldades para amamentar seu filho aqui no hospital? Quais? O que você acha que a amamentação traz de benefícios para você e para seu filho? Que tipo de orientação você recebeu do enfermeiro em relação à amamentação?

A coleta de dados ocorreu com as mães internadas no Berçário do hospital no mês de outubro de 2011. Tal entrevista iniciou-se após a aceitação das mulheres, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Estas, por sua vez, foram gravadas em um mp4 após autorização dos participantes e, em seguida, transcritas e digitadas na íntegra, a fim de possibilitar a análise e interpretação dos dados, para que seja assegurada a fidedignidade de todas as informações fornecidas. Vale ressaltar que a identificação dos dados pessoais foi mantida em sigilo, acessada somente pelos pesquisadores.

Os pesquisadores entraram em contato com a supervisão de enfermagem do setor da Neonatologia e/ou Berçário para a confirmação da pesquisa. Conforme orientação da supervisora de enfermagem, as entrevistas foram conduzidas durante o período de alimentação/amamentação/visita das mães às crianças internadas. Essas atividades ocorrem de três em três horas, conforme horário pré-estabelecido pela Instituição. Sendo assim, as entrevistas foram aplicadas na sala da coordenação de enfermagem do setor, ocorrendo durante os seguintes horários: 9h e 12h, conforme presença das mães. Vale ressaltar que o horário das 9h foi o mais viável, pois todas as atividades inerentes da instituição (visita médica, procedimentos de enfermagem, visitas de outros profissionais) já tinham ocorrido.

A obtenção de resultados foi feita por saturação ou quando o ponto de saturação foi alcançado, conforme a repetição das respostas. Nas pesquisas qualitativas em saúde:

O fechamento amostral por saturação teórica é operacionalmente definido como a suspensão de inclusão de novos participantes quando os dados obtidos passam a apresentar, na avaliação do pesquisador, uma certa redundância ou repetição, não sendo considerado relevante persistir na coleta de dados (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008, p. 17).

A perspectiva metodológica para o processo de tratamento de dados foi a análise do discurso (AD) das respostas encontradas. Utilizou-se esse método, pois se trata de:

Um processo interpretativo em que o analista desvenda os sentidos estabelecidos em diversas formas de produção: verbais, não verbais, fotográficas ou sonoras. A AD persegue o esgotamento vertical do conjunto discursivo partindo do princípio que o discurso é a construção do sujeito pela sociedade, pelo silêncio ou pelas formas de interpretação da realidade (FRANÇA; PAGLIUCA, 2009, p. 180).

As entrevistas passaram pelas seguintes etapas: a 1ª etapa consistiu em uma releitura dos textos transcritos após a gravação, a fim de observar não apenas as palavras mas os significados do discurso. Já na segunda etapa, houve o recorte do discurso, em seguida, este foi agrupado, a fim de atender aos objetivos deste artigo nas seguintes categorias: “Relação binômio mãe-filho”; “dificuldades da amamentação no hospital”; “benefícios da amamentação” e “o papel do enfermeiro na amamentação”.

O presente estudo foi encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa das Faculdades Unidas do Norte de Minas (CEP – FUNORTE), onde esteve sujeito à aprovação prévia para a realização do estudo. Uma vez aprovado, adotou os preceitos éticos de acordo com a Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde, garantindo aos sujeitos envolvidos na amostra preservação dos dados e confidencialidade pela participação na pesquisa. Para tal, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, para que estivessem informados sobre a investigação do estudo e assegurados do resguardo de qualquer constrangimento e/ou risco de acidentes envolvidos no estudo.

Para respeitar o direito ao anonimato, as mães pesquisadas foram identificadas pelo uso de pseudônimos relacionados a nome de flores.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram do presente estudo sete mães que estavam em processo de amamentação, as quais apresentaram idades entre 18 e 34 anos, a maioria casada, todas alfabetizadas, sendo que algumas ainda estavam cursando o Ensino Médio.

Relação binômio mãe-filho

De acordo com a pesquisa realizada, houve uma aproximação maior das mães em relação aos seus filhos após a introdução do fenômeno da amamentação. Muitas passaram a compreender melhor esse processo e configuraram o ato de amamentar como um fator de afeto profundo entre mãe e filho.

Primeiro, cria-se um vínculo muito maior [emocionada] porque a gente sente o nosso filho sugar e através disso a gente compreende melhor esse ato de amamentar. Como é minha primeira experiência, estou muito maravilhada (Copo-de-leite).

Ah! Pra mim é muito bom porque a hora que você transmite mais carinho pro seu filho é na hora que está amamentando [...] Eu ainda não tinha tido a oportunidade, e agora já surgiu. Eu comecei a amamentar anteontem É um carinho muito grande, um momento muito emocionante. (Margarida)

[pausa] Eu [...] passei a gostar mais dele, assim [...] não tem como não falar do amor que estou sentindo por ele agora [emocionada]. (Hortênciã)

Esse resultado está em consonância com a pesquisa de Delmaschio *et al.* (2009) pois, ao realizar um estudo qualitativo, os autores perceberam que, no tocante à importância da amamentação, a maioria das mulheres entrevistadas colocaram o aleitamento como algo muito importante e essencial, além de ser um ato que aumenta o vínculo entre elas e os filhos.

Em outro estudo de Silva e Silva (2009), as autoras constataram que as mães estavam valorizando cada vez mais o contato físico com o seu bebê prematuro frágil. Tal aproximação torna-se um elemento primordial para interação com o filho e ajuda na progressão da saúde deste.

Além do aspecto supracitado, é nítido perceber que, em se tratando de amamentação após a alta da UTI neonatal, além de fortalecer o vínculo, esse fenômeno configura-se como alívio de dores e frustrações maternas causadas pela ausência ao longo da separação de seus filhos. Isso foi observado no relato das mães aos serem questionadas sobre o porquê de se sentirem mais próximas de seus bebês.

[...] Quando você começa amamentar, você fica mais presente na vida dele e ele na sua. (Carmélia)

[...] Porque é um momento assim [emocionada] que você sente o contato de mãe e filho. Antes eu não tinha sentido ainda, então é muito dolorido pra uma mãe sabe! [...] (Margarida)

De acordo com Braga; Bosi; Machado (2008), em toda mulher grávida prepondera o sonho de contemplar o nascimento perfeito de seu filho, com bons sinais vitais, ativo, forte. Na passagem do sonho para a realidade, que é garantida através do parto, ocorre inesperadamente o nascimento de um bebê prematuro e este, por sua vez, deve receber uma assistência diferenciada daqueles que nasceram a termo, ocasionando, então, a separação mãe/filho. Para os pesquisadores, a separação ocorrida entre mãe e filho prematuro internado em uma UTI Neonatal causou um forte impacto negativo na família, principalmente nas mães que começaram a desenvolver sentimentos de culpa, frustração, medo e ansiedade.

As respostas deste estudo estão em consonância com o discurso apresentado por Lemos; Neves e Ravelli (2010), pois perceberam, através de uma entrevista, o mesmo resultado descrito, ou seja, como o contato pele a pele entre mãe-filho mostra-se importante para o conhecimento dos dois, ajudando o RN a se sentir mais acalentado com a presença materna.

Dificuldades da amamentação no hospital

Um dos pontos desta pesquisa diz respeito às dificuldades encontradas no momento da amamentação. As mães entrevistadas relataram que, atualmente, não encontram dificuldade alguma para amamentar seus filhos. É importante salientar que, através dos discursos expressos, muitas delas, principalmente as primíparas, tiveram algum desconforto no início da lactação, pelo fato da pequenez do prematuro e da dificuldade de manipulá-lo. Pode-se destacar, também, problemas com a questão da descida do leite.

No início, a primeira vez sim, pois como eu não tinha muita experiência, eu tive dificuldades por ela ser muito pequenininha, dificuldade de segurar, mas hoje é o terceiro dia, então eu to me sentindo mais fortalecida, mais vamos dizer assim [pensativa] mais segurança pra amamentar. (Copo-de-leite)

[...] Me sinto insegura por causa do meu peito que tem pouco leite [...] e estão complementando a alimentação do meu filh [...]. Pode ser que meu leite não desça totalmente mas eu to esperando que desça, pra eu amamenta-lo e abençoar o crescimento dele. (Lavanda)

Se eu sinto dificuldade? Não! Só no início senti onde minha filha não estava conseguindo sugar direitinho. Meu peito não tinha quase bico, aí ficava um pouco difícil, mas agora está pegando bem já. (Girassol)

Serra e Scochi (2004) salientam, em um dos seus estudos realizados em um hospital universitário de Cuiabá/MT, algumas dificuldades expressas pelas mães que tiveram recém-nascidos retidos na UTI. Eles apresentaram dificuldades, como: limitações fisiológicas dos prematuros (pega e força de sucção) e das mães (ordemha do leite, produção do leite e questões anatômicas do seio), questões relacionadas à estrutura hospitalar e as autoras também perceberam, através dessas mães, que, ao iniciarem a amamentação, elas tiveram dificuldade com as limitações fisiológicas de seus filhos.

Benefícios da amamentação

Um dos aspectos tratados com as mães durante esta pesquisa foi verificar se conheciam os benefícios da amamentação tanto para ela quanto para o filho. Constatou-se que o

sentimento de ser mãe é instigado pelo fenômeno da amamentação, sendo algo difícil de ser medido ou explicado.

Observou-se, também, que a prevenção de doenças tornou-se um benefício encontrado na maioria das falas, seguido do vínculo entre mãe e filho proporcionado pelo aleitamento materno. Tais benefícios foram enfatizados pela importância de o leite possuir nutrientes necessários para o desenvolvimento de seus filhos e favorecer o contato entre mãe e filho. Isso demonstra um sentimento de carinho e amor entre ambos. Esses benefícios podem ser vistos em algumas falas a seguir:

Pra mim, acredito que amamentar me torna mais mãe. Não comparando as que não conseguem, mas eu acho que se Deus me deu esse benefício, Ele vai me ajudar [emocionada] de várias formas porque se eu fosse comprar leite talvez a minha filha não teria [pausa] as vitaminas, os nutrientes necessários pra formação dela, ainda mais ela sendo prematura. Mamando, o meu bebê vai criando imunidade, vai fortalecendo, tendo mais facilidade de desenvolver os seus órgãos, fora o vínculo de afetos que fica bem mais fácil. (Copo-de-leite)

Pra mim, evita o câncer de mama e para o filho evita [pensativa] muitas doenças. Pelo que eu sei o menino não adoece tão fácil e é muito importante para todas as crianças, principalmente para o prematuro. (Girassol)

Essas afirmações das mães estão de acordo com o que Passanha, Cervato-Mancuso e Silva (2010) consideram sobre os benefícios do aleitamento materno. Esse ato é uma ferramenta privilegiada para assegurar às crianças um melhor desempenho nas etapas de desenvolvimento, auxiliando, também, na prevenção de doenças na infância e na idade adulta.

A amamentação é a melhor maneira capaz de promover o desenvolvimento integral, pois o leite materno fornece os nutrientes necessários para a criança iniciar uma vida saudável e durante o primeiro ano da criança é um dos meios mais eficientes de atender seus aspectos nutricionais e imunológicos (SALIBA, 2008; VIEIRA, 2004).

O papel do enfermeiro na amamentação

Nessa categoria, algumas entrevistas destacaram que a maioria de suas dificuldades foi solucionada, graças à presença do profissional enfermeiro e outros profissionais atuantes em suas orientações:

Não posso reclamar da assistência dos médicos e dos enfermeiros [...] as vezes a gente tem uma desavença mas é normal. Os alunos foram muito bons também [...] São muitos, mas tudo bem. Fui muito bem atendida aqui. (Rosa)

[...] Os enfermeiros que ficam presentes no momento da amamentação me deram muita assistência. (Camélia)

A fala de Rosa demonstra a importância de um profissional que dê apoio nesse momento tão complexo. Por outro lado, analisando o seu discurso, essa genitora mostra certo desconforto em relação à presença de muitos acadêmicos. Esse mesmo resultado está em consonância com outro estudo, em que as mães se sentiam excessivamente orientadas.

Isso se deu por se tratar de um hospital universitário, onde há muitos acadêmicos circulantes, o que pode gerar inúmeras ações educativas e, também, orientações repetitivas (GORGULHO; PACHECO, 2008).

Por outro lado, o papel dos enfermeiros foi muito significativo, a partir do relato de cada mãe, pois elas se sentiram apoiadas quanto às orientações dadas por eles em relação à importância desse leite para o crescimento e desenvolvimento da criança e para evitar diarreia e mastite. A presença do pessoal de enfermagem ainda demonstrou uma base de informações, que, muitas vezes, além de acrescentar conhecimento, também transmitia calma.

As enfermeiras me disseram pra esta fazendo exercícios no peito para amamentar a criança pelo fato de ele ser prematuro e necessitar muito desse leite, então, é assim uma forma dele sentir mais a presença e o calor da mãe, o que mais recebi foi esse apoio e força, por isso não desisti, me disseram pra ter mais paciência, porque às vezes a gente fica estressada um pouquinho e com um pouco de dificuldade mesmo. (Lavanda)

Bem [...] Eu recebi o seguinte orientação: que tem que colocar ele certinho na barriga, com a cabecinha certinha pra ele mamar direitinho e evitar dele engasgar também. (Margarida)

Esses dados são corroborados com outro estudo em que Silva e Silva (2009) perceberam que a convivência das mães com os profissionais de saúde ajudou-as a superar seus medos. A atenção individual dedicada a cada genitora fez com que elas se sentissem também cuidadas pelos profissionais.

Diante disso, Adams e Rodrigues (2010) entenderam que a orientação quanto ao processo de amamentar torna-se um grande desafio para a enfermagem e outros profissionais de saúde, pois não basta apenas o conhecimento, mas é preciso ter habilidade e sensibilidade para agir, sabendo compreender os anseios maternos em toda sua totalidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa permitiu visualizar como as mães vivenciam a amamentação após seus filhos receberem alta da UTI neonatal para o berçário. Foram unânimes os relatos das genitoras sobre a sensação de alívio após a alta dos RNs da UTI Neonatal e a transferência deles para o novo setor, pois muitas narraram como o ambiente da UTI aumentava ainda mais as dificuldades relacionadas ao afeto delas com o filho.

A amamentação no ambiente hospitalar, analisando-se os relatos maternos, não foi um empecilho. Muitas delas, no momento da pesquisa, relataram que algumas dificuldades já foram sanadas, graças à presença de enfermeiros e outras profissionais que, além de oferecerem toda a parte científica dos cuidados e orientações, ainda apoiavam e forneciam tranquilidade e paciência a todas as mães.

É importante salientar o conhecimento que as mães tinham em relação às vantagens do leite materno tanto para o bebê quanto para elas: todas sabiam distinguir os benefícios para ambos. Essa análise torna-se interessante, pois, foram feitos estudos em outros hospitais universitários, em que foi possível perceber que a circulação de vários acadêmicos, que constantemente apresentavam sugestões, ajudas e informações, auxiliava as mães a enfrentarem esse novo caminho, principalmente aquelas que não haviam vivenciado a experiência materna.

Portanto, percebe-se a grande importância do papel do enfermeiro nesse contexto como mediador do vínculo entre mãe-filho e como os anseios e barreiras encontradas pelas mães podem ser diminuídos com a presença de um profissional competente.

Ficou evidente que uma equipe de enfermagem, em especial os enfermeiros, comprometida com a educação em saúde no âmbito hospitalar, traz grandes benefícios aos clientes internados e seus acompanhantes, principalmente para mães e RN prematuros internados em UTI Neonatal/Berçário. Diante disso, este trabalho acrescentará informações a outros trabalhos já publicados, servirá como base de pesquisas e contribuirá como fonte de informações para estudantes, além de promover uma reflexão para os profissionais desta área.

REFERÊNCIAS

ADAMS, F.; RODRIGUES, F.C.P. Promoção e apoio ao aleitamento materno: um desafio para enfermagem. *Vivências: Revista Eletrônica de Extensão da URI*, v.6, n.9, p.162-166, 2010.

ARAUJO, R. M. A.; ALMEIDA, J. A. G. Aleitamento materno: o desafio de compreender a vivência. *Revista de Nutrição*, v. 20, n.4, p. 431-438, 2007.

BRAGA, D. F.; MACHADO, M. M. T.; BOSI, M. L. M. Amamentação exclusiva de recém-nascidos prematuros: percepções e experiências de lactantes usuárias de um serviço público especializado. *Revista de Nutrição*, v.21, n.3, p. 293-302.

CAVALCANTE, C. M; JORGE, M. S. B. Mãe é a que cria: o significado de uma maternidade substituta. *Estudos de Psicologia*, v.25, n. 2, p. 265-275, 2008.

COLAMEO, A. J.; REA, M. F. O método mãe canguru em hospitais públicos do Estado de São Paulo, Brasil: uma análise do processo de implantação. *Cadernos de Saúde Pública*, v.22, n.3, p. 597-607, 2006.

COUTINHO, S.B. *et al.* Impacto de treinamento baseado na Iniciativa Hospital Amigo da Criança sobre práticas relacionadas à amamentação no interior do Nordeste. *Jornal de Pediatria*, v.81, n.6, p. 471-477, 2005.

CUNHA, M. L. C. Recém-nascidos hospitalizados: a vivência de pais e mães. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 21, n. esp, p.70-83, 2000.

DELMASCHIO, K. L. *et al.* Amamentação: percepções de mães com filhos internados em unidade de terapia intensiva neonatal de uma maternidade do município do Rio de Janeiro. *Revista Nutrição e Saúde*, v.4, n.2, p.79-86, 2009.

FONTANELLA, B.J.B.; RICAS, J; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cadernos de Saúde Pública*, v.24, n.1, p. 17-27, 2008.

FRANCA, I.S.X.; PAGLIUCA, L.M.F. Inclusão social da pessoa com deficiência: conquistas, desafios e implicações para a enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v.43, n.1, p. 178-185, 2009.

GORGULHO, F. R.; PACHECO, S. T. de A. Amamentação de prematuros em uma unidade neonatal: a vivência materna. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, v.12, n.1, p. 19 – 24, 2008.

JOSGRILBERG, F. B. A fenomenologia de Maurice Merleau-Ponty e a pesquisa em comunicação. *Revista Fronteiras*, v.08, n.3, p. 223-232, 2006.

MANCINI, P. G. B; MELÉNDEZ, G. V. Aleitamento materno exclusivo na alta de recém-nascidos internados em berçário de alto risco e os fatores associados a essa prática. *Jornal de Pediatria*, v. 80, n.3, p.241-248, 2004.

MENDES, A. P. D; GALDEANO, L. E. Percepção dos enfermeiros quanto aos fatores de risco para vínculo mãe-bebê prejudicado. *Revista Ciência, Cuidado e Saúde*, v. 5, n.3, p. 363-371, 2006.

MINAYO, M. C. de S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2006.

NEVES, P.N.; RAVELLI, A.P.X; LEMOS, J.R.D. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo-peso (método mãe canguru): percepções de puérperas. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v.31, n.1, p.48-54, 2010.

SALIBA, N.A, *et al*. Frequência e variáveis associadas ao aleitamento materno em crianças com até 12 meses de idade no município de Araçatuba. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, São Paulo, vol.08, p. 481-490, 2008. Disponível em: < <http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?>>. Acesso: 02 nov.2011.

SERRA, S. O. A; SCOCHI, C. G. S. Dificuldades maternas no processo de aleitamento materno de prematuros em uma UTI neonatal. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, v.12, n.4, p.597-605, 2004.

SILVA, R. V. da; SILVA, I. A. A vivência de mães de recém-nascidos prematuros no processo de lactação e amamentação. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, v.13, n.1, p.108-115, 2009.

VIEIRA, C. S. Risco para amamentação ineficaz: um diagnóstico de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v.57, n.6, p.712-714, 2004.

PREVENÇÃO DE OCORRÊNCIAS DE IATROGENIA NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Amandha Pâmella Dias Moreira¹

RESUMO: Iatrogenia é a ocorrência de uma alteração indesejável, de natureza prejudicial ou danosa ao paciente, desencadeada por omissão ou intervenção inadvertida ou falha, voluntária ou involuntariamente exercida por quem assiste o paciente. Considerando as ocorrências iatrogênicas na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) como eventos que interferem na qualidade da assistência ao doente crítico, este artigo foi elaborado a fim de diminuir quaisquer ocorrência desses eventos enfatizando a prevenção das iatrogenias. O objetivo desse estudo é analisar a assistência prestada pelo enfermeiro na UTI minimizando os riscos e prejuízos que possam ser causados ao paciente crítico, através da identificação e prevenção das ocorrências iatrogênicas. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica com base em material já elaborado, principalmente livros e artigos científicos. Entende-se que é preciso, então, promover a qualidade da assistência de enfermagem, minimizando assim ocorrências iatrogênicas que podem ser diminuídas através de uma assistência específica e não generalizada para cada cliente crítico, pensando o ser humano em sua essência, em seu ser como pessoa que esta desabrochando naquilo que lhe é próprio.

PALAVRAS-CHAVE: Iatrogenia, Prevenção, Unidade de Terapia Intensiva, Assistência de enfermagem.

PREVENTING THE OCCURRENCE OF IATROGENIC IN NURSING CARE IN INTENSIVE CARE UNIT

ABSTRACT: Iatrogeny is the occurrence of an undesirable change, whether harmful or detrimental to the patient, or intervention triggered by inadvertent omission or failure, voluntarily or involuntarily exercised by those treating the patient. Considering the iatrogenic occurrences in the Intensive Care Unit (ICU) as events that affect the quality of care in critically ill patients, this article was prepared in order to reduce any occurrence of these events emphasizing the prevention of iatrogenic complications. The aim of this study is to analyze the care provided by nurses in the ICU minimizing risks and losses that may be caused to the critical patient, through the identification and prevention of iatrogenic occurrences. It is a literature search as being developed based on material already produced, mainly books and papers. It is understood that you need, then, to promote the quality of nursing care, thus minimizing iatrogenic occurrences that can be reduced through a general and not specific assistance for each client critical thinking human being in its essence, in its being as person who is blossoming into what it is proper.

KEYWORDS: Iatrogenic, Prevention, Intensive Care Unit, Nursing care

¹ Enfermeira Pós Graduada em Terapia Intensiva para Enfermeiros pelo Centro de Pós-Graduação (*lato sensu*) da FUNORTE/SOEBRAS. E-mail: aamandha@hotmail.com

Recebido em: 20/10/2012 . Aceito em: 01/11/2012

INTRODUÇÃO

De acordo Padilha (2000), a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é subdividida em sistemas que se relacionam entre si, e suas interações são dependentes dos resultados nela obtidos. É o local onde os pacientes se encontram em um nível crítico onde quaisquer alterações orgânicas tendem a levar um agravo na função corporal. Seu objetivo é o restabelecimento das funções vitais do paciente, buscando minimizar a ocorrência de falhas humanas. Essas falhas humanas dos profissionais da área de saúde são consideradas iatrogenias, sendo esta uma palavra de origem grega, no qual resulta de uma intervenção prejudicial não intencional desses profissionais. Quando relacionada à assistência de enfermagem remete-se em negligência e ou cuidado insatisfatório, o que pode determinar transtorno ou mal-estar do paciente, envolvendo na maioria dos casos a humanização e bioética (MADALOSSO, 1998).

Para Lynch (1991), as ocorrências iatrogênicas, ocorrências adversas ou fatores iatrogênicos, são sinônimos de cuidados prejudiciais a pacientes, já Beckman *et al* (1996), conceitua incidente crítico como um ato sem intenção que pode diminuir a segurança do paciente.

Elas provocam aumento do sofrimento do paciente, resultando em agravos psíquicos, farmacológicos e instrumentais, podendo ocorrer seqüelas e induzir os pacientes a morte, além do aumento da assistência prestada ocorre também nos custos do tratamento hospitalar (GALDINO, 2000).

Padilha (1994) ressalta a importância de conhecer a incidência, as características e seus efeitos a fim de diminuir qualquer interferência maléfica causada ao paciente, dando assim uma maior ênfase na prevenção das iatrogenias.

Nessa perspectiva pretende-se fomentar a discussão referente a essa temática com o intuito de levantar possíveis problemas em relação ao assunto, para que se possa propor soluções.

O objetivo geral deste artigo consiste em analisar se a assistência prestada pelo enfermeiro na Unidade de Terapia Intensiva visa minimizar os riscos e prejuízos que possam ser causados ao paciente crítico, através da identificação e prevenção das ocorrências iatrogênicas.

Apresentando os seguintes objetivos específicos:

- Averiguar o conhecimento técnico-científico do enfermeiro da Unidade de Terapia Intensiva em relação à iatrogenia;
- Identificar os fatores que desencadeiam as ocorrências iatrogênicas na Unidade de Terapia Intensiva através da assistência de enfermagem;
- Investigar a prática profissional dos enfermeiros da Unidade de Terapia Intensiva a fim de alcançar as ações corretivas e/ou preventivas das ocorrências iatrogênicas;

O interesse por pesquisar este tema justifica-se pela percepção do aumento da ocorrência de iatrogenia no cotidiano do trabalho e pelas exposições na mídia. Sendo que não observei nenhuma intenção de modificação na assistência prestada nos serviços de saúde a fim de estarem evitando/prevenindo estas ocorrências, causando então uma inquietação e o desejo de descobrir se os profissionais enfermeiros conhecem a gravidade que podem originar ao paciente crítico submetidos à iatrogenias, e se o mesmo atua diretamente na tentativa de prevenir as ocorrências iatrogênicas.

Segundo Knobel (2006), a enfermagem desempenha importante papel na assistência a pacientes críticos. Sendo expresso no do Código de Ética de Enfermagem; Capítulo I, Art.

5º, diz: “Exercer a profissão com justiça, compromisso, equidade, resolutividade, dignidade, competência, responsabilidade, honestidade e lealdade.” (COFEN, 2007).

Espera-se que esta pesquisa provoque uma reflexão nos profissionais acerca do papel de cuidador do enfermeiro ao paciente crítico que está exposto a uma ocorrência iatrogênica afim de que possam realizar um trabalho pautado nos princípios que regem o Código de Ética da profissão e prestem uma assistência sistematizada/humanizada ao mesmo.

MATERIAIS E MÉTODOS

Esse artigo foi desenvolvido a partir de uma pesquisa bibliográfica que, segundo Gil (2002), é realizada com base em material já elaborado, principalmente livros e artigos científicos. E que de acordo com Brevidel (2006), um estudo exploratório ou descritivo, tem como objetivo a busca de informações apuradas a respeito de sujeitos, grupos, instituições ou situações, a fim de caracterizá-lo e evidenciar um perfil.

A busca das referências bibliográficas nesta pesquisa foi feita por meio de palavras chaves que apresentaram relação com o tema. Foram identificados vários artigos na base de dados LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) com os unitermos: Iatrogenia; Assistência de Enfermagem; Unidade de Terapia Intensiva. Na busca por estes mesmos unitermos no portal Google acadêmico e SCIELO (scientific electronic library on-line) foram encontrados vários artigos viáveis.

Foi realizado um recorte temporal de 18 anos (1991 há 2009), uma vez que foram encontradas poucas bases e que estas eram relativamente atuais enquadrando-se neste período. Buscou-se ainda dados estatísticos oficiais utilizou-se livros de autores científicos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O papel do enfermeiro na Unidade de Terapia Intensiva

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é um local onde a gravidade dos clientes ali instalados é crítica e complexa, muitas vezes inconscientes, apresentando uma oscilação que necessita da atenção dos profissionais e onde estão reunidos os recursos materiais para atendimento eficaz (FIGUEIREDO; PAULA 2009).

Dessa forma, a UTI é colocada como um setor importante, pois, proporciona ao cliente crítico o suporte necessário para manter suas funções vitais através de equipamentos e profissionais especializados garantindo ao paciente assistência contínua.

De acordo com Nishide; Cintra; Nunes (2003), o enfermeiro de uma unidade de terapia intensiva (UTI) assume a responsabilidade de cuidar do paciente, atuando nos casos de emergência e no apoio à vida. Necessitando estar apto independente do diagnóstico ou do quadro clínico, a cuidar de todos os doentes, utilizando-se de uma abordagem ampla que lhes garanta sua estima e integridade, sendo que as exigências da UTI, quando a uma extensa base de conhecimentos científicos e de especializações, significam que os enfermeiros precisam unir suas habilidades técnicas e intelectuais à prática diária.

Knobel (2006), considera a assistência de enfermagem na UTI um aspecto essencial para o processo de tratamento e reabilitação do cliente. Explicitando a importância de que os cuidados prestados devem ser individualizados, buscando proporcionar o máximo de benefícios e fundamentando-se na melhor evidencia científica disponível, pois, cada paciente é único e responde de maneira diferente às intervenções diagnósticas e terapêuticas.

Segundo Amorim e Silverio (2003), o papel do enfermeiro em uma UTI, quando ele opta pelo cuidado e não pela cura, ou seja, quando ele, não se torna “escravo” da tecnologia, mas aprende a usar a tecnologia a favor da harmonização do paciente, do seu bem-estar fica mais claro sob alguns aspectos. Ele passa a valorizar a técnica por ela ser uma “aliada” na tentativa de preservar a vida e o bem-estar, o conforto do paciente.

Considerando o potencial de instabilidade clínica do paciente de terapia intensiva, o conhecimento científico da equipe de enfermagem para a aplicação de cuidados básicos e de vigilância contínua são fundamentais para a assistência de enfermagem com qualidade (KNOBEL, 2006, p.2392).

Pôde-se perceber que a assistência do profissional enfermeiro em uma UTI ocorre de forma fundamental, e engloba todas as necessidades apresentadas pelo cliente em estado crítico, devendo este manter-se em constante atualização dos conhecimentos científicos, proporcionando uma assistência efetiva e de qualidade, evitando assim a ocorrência de riscos ao cliente.

O enfermeiro configura-se num importante ponto de apoio para a equipe quer seja no que se refere à educação e preparo quer seja, na coordenação do serviço de enfermagem, atua no limite entre o humano e o tecnológico, frente a isso se conclui que o enfermeiro de uma UTI necessita dispor de habilidades e competências que o proporcionam desenvolver suas funções eficientemente aliando o conhecimento técnico científico e o domínio da tecnologia, a humanização e individualização do cuidado.

Quando o enfermeiro tem noção da importância do seu papel dentro de um setor, principalmente na UTI, seu desempenho se torna mais ágil e também mais humanizado, sendo capaz de suprir ao máximo as necessidades fisiológicas dos pacientes.

Fatores relacionados às ocorrências iatrogênicas na Unidade de Terapia Intensiva

A principal característica dos clientes da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é a fragilidade, pois, eles se encontram em uma situação clínica desfavorável para suprirem suas necessidades orgânicas. Aí se justifica toda a problemática, pois, qualquer circunstância que ocasione em iatrogenia, seja qual for à causa, torna-se indesejável e maléfica, resultando em conseqüências que, muitas vezes, não apresentam chances de serem revertidas.

O paciente na UTI tem maiores barreiras de comunicação, o que aumenta o risco de eventos adversos e reduz a possibilidade do paciente se defender. (KNOBEL, 2006).

Quanto ao tipo de ação, as iatrogenias podem ser causadas por excesso, omissão, erro e acidente. Destes, a omissão parece ser o mais comum. O excesso de intervenções, de medicamentos e de realizações de exames, muitos dos quais desnecessários determinam frequentemente, danos físicos e psíquicos aos pacientes (VEIGA, 1995).

Knobel (2006, p. 59), afirma que “os riscos de ocorrência de iatrogenias tem aumentado de forma significativa devido principalmente ao maior número de opções terapêuticas e diagnósticas”.

A falta de conhecimento, habilidade e competência individual, especialização, capacidade em seguir um protocolo, motivação e atitude, saúde física e mental são fatores importantes que podem predispor a eventos adversos. Os fatores pessoais que levam a erros são desatenção, distração, preocupação, esquecimento, fadiga e estresse (KNOBEL, 2006, p. 61).

Os enfermeiros no seu dia-a-dia podem gerar muitas oportunidades que acarretem no acontecimento das ocorrências iatrogênicas na UTI, pode-se citar: a ausência de interesse pelas atividades que lhe competem; a preocupação somente em gerenciar a equipe, não se preocupando em manter o contato com o paciente; ausência de motivação e falta de conhecimento; a ausência de supervisão adequada sobre o trabalho de técnicos de enfermagem; a realização incorreta dos procedimentos estudados durante a vida acadêmica; pouco interesse sobre educação continuada para o próprio enfermeiro e também para sua equipe; carga horária extensa; o não cumprimento das leis que regem o exercício profissional e pouca auto-estima com a vida profissional.

Figueiredo; Paula (2009), ressaltam alguns exemplos de condutas que podem ocasionar em iatrogenia:

- Desobstrução ineficaz de vias áreas:

Esta relacionado com a quantidade de secreções acumuladas nas vias áreas. Isso pode ser gerado através da intubação incorreta ou quando a aspiração das secreções não é realizada nos horários necessários.

- Termorregulação ineficaz:

Esse sintoma pode se relacionar à falta de atenção do enfermeiro por algumas causas, como por exemplo: pela exposição excessiva a baixa temperatura, desidratação e desnutrição. Esses são fatores que o enfermeiro em um erro de conduta pode acabar não ofertando a importância necessária e com isso agravando o quadro do cliente. Os enfermeiros também devem dar atenção a monitorização dos sinais vitais, não só pela temperatura, mas também pelos outros sinais que devem ser mantidos em níveis ideais para a estabilização do cliente.

- Broncoaspiração por sonda nasointestinal:

A broncoaspiração pode ocorrer por uma cabeceira de leito não elevada corretamente, não verificação da localização da sonda no momento da instalação e após, diariamente, antes da administração da dieta ou medicamento.

- Queda dos pacientes:

Grades dos leitos não levantadas associadas ao nível de consciência alterado dos pacientes (comum em pacientes de UTI) podem levar a queda dos leitos, o que gera por consequência extubações forçadas, perda de acessos venosos, e dependendo, piora do estado do doente.

- Farmacoiatrogenia:

Como o enfermeiro é limitado na prescrição dos medicamentos, esse tipo de iatrogenia pode acontecer pela responsabilidade do mesmo no momento do preparo por doses ou tempo de infusão incorretos, paciente indevido, vias inadequadas, droga incorreta e horário incorreto.

- Úlceras de pressão por cisalhamento ou pela não mudança de decúbito:

Um cliente acamado, principalmente na UTI onde o tempo de internação é prolongado, deve ser mudado de decúbito pelo menos a cada duas horas. Mas a utilização desse método é insuficiente, o que gera lesões, prejudicando a integridade da pele do paciente, ocasionando em complicações graves se não tratado da maneira correta.

Essas questões nos chama a atenção para a qualidade da assistência prestada, e, por conseguinte para a avaliação dos serviços oferecidos ao paciente crítico, onde devemos identificar as ocorrências iatrogênicas na UTI que é de suma importância, descobrindo o que está falhando no momento que se presta a assistência e não apenas após a prestação da mesma, utilizando esses fatores como arma para a prevenção dos erros.

Os erros passam a ser considerados oportunidades para a melhoria da qualidade, por meio da análise das não conformidades e de suas causas, e pelo estabelecimento de ações corretivas e preventivas, visando à qualidade do bem ou do serviço com redução de custo, um processo que permite ganhos progressivos de qualidade (KNOBEL, 2006).

Outro fator a ser considerado é a desproporção quantitativa entre o enfermeiro e demais categorias dentro da própria equipe, desviando o do cuidado direto ao paciente, apesar do aumento da complexidade da tecnologia atualmente utilizada, ficando assim condicionado às tarefas gerenciais e de supervisão de pessoal (GUEDES; MARRA, 2002).

A assistência de enfermagem na tentativa de promover ações preventivas das ocorrências iatrogênicas

A atitude do profissional enfermeiro diante das ocorrências iatrogênicas deve ser adotada com muito discernimento, pois seu comportamento em relação ao profissional que a comete, servirá de exemplo para os demais, e o que existe na maioria das vezes é uma omissão do ocorrido por parte dos profissionais por medo da punição que o mesmo sofrerá ao expor a sua falha, tornando impossível amenizar os danos ao paciente (CAMPOS *et al.*, 2008).

Segundo Knobel (2006), o comportamento dos profissionais da saúde frente ao erro está freqüentemente relacionado a sentimentos de culpa ou vergonha, e por isso, grande parte das investigações ocorre em segredo. Esse é um dos grandes impedimentos para a implementação de melhorias na segurança ao cuidado do paciente.

Eliminar por completo as ocorrências iatrogênicas na intervenção à saúde do paciente crítico parece improvável. Todavia, o foco do cuidado à saúde deve proporcionar a otimização de princípios com o intuito de reduzir o erro. A grande oportunidade para o incremento de maior segurança no cuidado ao paciente está certamente mais focada nas características organizacionais do sistema de saúde do que na equipe multidisciplinar (KNOBEL, 2006).

Para aprender com um erro, deve-se sempre considerar que um evento adverso poderia ser evitado, ou seja, não se deve atribuí-lo imediatamente à condição do paciente. Para isso a equipe deve ser treinada a confirmar a orientação ou ordem do que fazer. A participação de pessoal treinado nos princípios de aviação ajuda a prevenir erros (KNOBEL, 2006).

Para Knobel (2006), trabalhar pró-ativamente para diminuição de eventos adversos significa identificar, classificar e monitorar os mesmos em uma UTI e mudar o foco do indivíduo para o processo

Guedes e Marra (2002), salientam que é preciso que o enfermeiro saiba realmente intervir e questionar a quantidade de intervenções médicas e de enfermagem para que não reincida no mesmo erro, pois a ausência de intervenções também pode originar ou até promover iatrogenias ao cliente pela escassez de procedimentos.

Compete ainda a este profissional avaliar, sistematizar e decidir sobre o uso apropriado de recursos humanos, físicos, materiais e de informação no cuidado ao paciente de terapia intensiva, visando o trabalho em equipe, a eficácia e custo-efetividade (VARGAS e BRAGA, 2004).

Para Guedes e Marra (2002) existem algumas medidas que podem ser prontamente adotadas a fim de evitar a ocorrência de iatrogenias. Uma delas será o investimento mesmo que individual no próprio desenvolvimento técnico científico.

Outro item a ser enfatizado praticamente é a atuação em equipe, a concretização de um trabalho conjunto onde a identidade do grupo, a sua confiabilidade sirvam não só para uma melhoria da qualidade da assistência, como também de força e poder político para se

obter das instâncias decisórias da instituição, modificações e recursos necessário que são indispensáveis, segundo Padilha (1994).

Portanto Galdino e Nunes (2000) ressaltam que é preciso estar atento a ocorrências iatrogênicas e na medida do possível a valorização das ocorrências no sentido de identificar as causas que as desencadearam na tentativa de saná-las ou preveni-las.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Percebe-se que as ocorrências iatrogênicas estão presentes no cotidiano da enfermagem, acontecendo durante a execução das atividades, sendo assim fundamental que a categoria saiba não apenas o conceito, mas também onde estão ocorrendo os erros e buscar estratégias para promover a prevenção desses atos falhos.

Deste modo a identificação precoce das ocorrências iatrogênicas na UTI é de grande importância, já que quando se identifica o que está falhando no momento que se presta a assistência e não apenas após a prestação da mesma, usam-se esses fatores como arma para a prevenção dos erros.

Por conseguinte, não podemos esquecer que a iatrogenia ocorre frequentemente e também é muito perigosa, e o enfermeiro como o profissional que tem maior contato com o cliente, acaba sendo o foco primordial para sua prevenção, sendo necessário que ele sempre tenha em mente sua importância dentro do setor, o doente precisa do cuidado e da avaliação holisticamente, e que a atualização de seus conhecimentos técnico-científicos é fundamental na tentativa de minimizar ao máximo as ocorrências de iatrogenias.

REFERÊNCIAS

AMORIN, R.C; SLVÉRIO, I.P.S. Perspectiva do paciente na UTI na admissão e alta. *Revista Paulista de Enfermagem*, v 22, n.2, p. 209-212, 2003.

BECKMANN, U. *et al.* The Australian Incident Monitoring Study in Intensive Care: AIMS-ICU. The development and evaluation of na incident reporting system in intensive care. *Anaesthesia and Intensive Care Journal*, v.24, n.3, p.314-319, 1996.

BREVIDEL, M.M; DOMENICO, E.B.L. *Trabalho de conclusão de cursos: guia prático para docentes e alunos da área da saúde*. 1.ed. São Paulo: Latina, 2006.

CAMPOS, G. de F. *et al.* *Cuidados de enfermagem e ocorrências iatrogênicas na UTI*. Disponível em: <<http://www.webartigos.com/articles/16952/1/CUIDADOS-DE-ENFERMAGEM-E-OCORRENCIAS-IATROGENICAS-NA-UTI/pagina1.html>>. Acesso em: 22 mar. 2011.

COFEN. Resolução 311/2007. *Código de ética dos profissionais de enfermagem*. Brasília: Confen. 2007.

FIGUEIREDO, B. de O.; PAULA, L. B. Ocorrências de iatrogenia pela enfermagem na unidade de terapia intensiva. *Revista Eletrônica de*

Enfermagem do Centro de Estudos de Enfermagem e Nutrição, v.1, n.1, p.1-15, 2010.

GALDINO, R. C. V.; NUNES, B. Iatrogenia: um risco desnecessário na assistência de enfermagem ao paciente crítico. *Revista de Enfermagem UNISA*, v.1, n.1, p.47-50, 2007.

GIL, A.C.. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GUEDES, E.P.; MARRA, C. C. Prevenção de iatrogenias em idosos em unidade de terapia intensiva. *Revista de Enfermagem UNISA*, v3, p.57-62, 2002.

KNOBEL, E. *Condutas no paciente grave*. 3. ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2006.

KNOBEL, E. *Terapia intensiva: enfermagem*. São Paulo: Editora Atheneu, 2006.

LYNCH, M. E. Iatrogenic hazards, adverse occurrences and complications involving NICU nursing practice. *Journal of Perinatal and Neonatal Nursing*, v.5, n.3, p.78-86, 1991.

MADALOSSO, A. R. M. *Construindo um referencial teórico sobre a iatrogenia na prática de enfermagem*. Passo Fundo/RS: 1998. Dissertação. Mestrado Interinstitucional em Assistência de enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina/Pólo Universidade de Passo Fundo, 1998.

MARCONI, M.A; LAKATOS, E.M. *Técnicas de pesquisa*. 6.ed. São Paulo: Atlas, 2006.

NISHIDE, V. M.; CINTRA, E. A.; NUNES, W. M. *Assistência de enfermagem ao paciente gravemente enfermo*. 2. ed. São Paulo: EPU, 2003.

PADILHA, K. G. *Descuidar: as representações sociais dos enfermeiros de UTI sobre as ocorrências iatrogênicas de enfermagem*. São Paulo, 1994. Tese (Doutorado)-Escola de Enfermagem Universidade de São Paulo, 1994.

PADILHA, K. G. A prática de enfermagem em UTI e as ocorrências iatrogênicas: considerações sobre o contexto atual. *Revista Paulista de Enfermagem*, v. 19, n.3, p.49-56, 2000.

VARGAS, D.; BRAGA, A.L. *O enfermeiro de unidade de tratamento intensivo: refletindo sobre seu papel*.

VEIGA, K. C. G. Iatrogenias de enfermagem em unidade de emergência. *Revista Baiana de Enfermagem*, v.8, n. 1/2, p.68 101, 1995.

HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM ONCOLOGIA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA¹

Dilson José dos Santos², Thalita Alves de Souza³, Renata Cristina Ribeiro Gonçalves⁴

RESUMO: Este estudo teve como objetivo identificar o conhecimento produzido sobre a humanização da assistência da enfermagem em oncologia. Trata-se de uma revisão integrativa voltada à análise de artigos indexados na base de dados da Literatura Latino - americana de Ciências da Saúde (LILACS), no período de janeiro de 2000 a dezembro de 2011. Para a realização da busca, utilizou-se a combinação dos descritores humanização e oncologia. Mediante a pesquisa realizada, foram selecionados quinze artigos, sendo somente cinco constituintes da amostra do estudo por atenderem aos critérios estabelecidos. Em relação ao método da pesquisa, 75% eram de natureza qualitativa. Os resultados ressaltam a importância dos meios utilizados pela equipe de enfermagem para prestar a assistência humanizada; os fatores e dificuldades encontradas pelos pacientes, família e profissionais envolvidos no tratamento do câncer infantil e os aspectos institucionais e estruturais que influenciam no tratamento humanizado realizado pela equipe. Além disso, foi observada a importância do profissional de enfermagem em Oncologia no sentido de garantir uma assistência mais humana e efetiva aos pacientes com relação ao momento de carência e fragilidade, melhorando as relações interpessoais, refletindo assim diretamente na qualidade do atendimento. Conclui-se que diversos são os fatores que podem influenciar de forma significativa na assistência humanizada ao paciente oncológico, e que é necessário que as instituições implantem efetivamente Programas de Humanização e dê aos funcionários condições para conduzirem uma assistência à saúde de forma humanizada.

PALAVRAS-CHAVE: Assistência de Enfermagem, Humanização, Oncologia.

HUMANIZATION NURSING CARE IN ONCOLOGY: AN INTEGRATIVE REVIEW

ABSTRACT: This study aimed to identify the knowledge produced about the humanization of nursing care in oncology. It is an integrative review focused on the analysis of articles indexed in the database of Latin American Literature of Health Sciences (LILACS), from January 2000 to December 2011. To perform the search, we used the combination of descriptors humanization and oncology. Through the survey were selected fifteen articles, and only five constituents of the sample because they meet the criteria. Regarding the method of the survey, 75% were qualitative in nature. The results underscore the importance of the means used by the nursing staff to provide the humanized, the factors and difficulties encountered by patients, families and professionals involved in the treatment of childhood cancer and the

¹ Artigo formatado nas normas da Revista Cadernos de Ciência e Saúde.

² Enfermeiro graduado pelas Faculdades Santo Agostinho de Montes Claros, MG, Brasil. E-mail: dilsonfasa@yahoo.com.br

³ Enfermeira graduada pelas Faculdades Santo Agostinho de Montes Claros, MG, Brasil. E-mail: thalita.souza@hotmail.com

⁴ Enfermeira especialista em enfermagem Oncológica pela SBEO, Docente do curso de Enfermagem das Faculdades Santo Agostinho de Montes Claros, MG, Brasil. E-mail: recriri@gmail.com

Recebido em: 20/09/2012 . Aceito em: 13/10/2012

institutional and structural aspects that influence the humane treatment performed by the team. Furthermore, we observed the importance of professional nursing in oncology in order to ensure a more humane and effective care to patients with the very grace and fragility, improving interpersonal relationships, reflecting directly on the quality of care. It is concluded that several factors are that can significantly influence the humanized assistance to cancer patients, and it is necessary that institutions effectively deploy programs Humanization and give employees a position to conduct health care in a humane way.

KEYWORDS: Nursing Care, Humanization, Oncology.

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, podemos observar que diversas pessoas são portadoras de algum tipo de câncer, tornando assim uma das maiores causas de mortalidade e morbidade em todo mundo.

O interesse em desenvolver este tema surgiu no decorrer dos estágios, quando convivemos com a rotina e a complexidade do ambiente hospitalar, especificamente no setor de oncologia, onde grande parte dos pacientes que ali se encontravam, apresentavam fragilidades emocionais, isto requer uma assistência humanizada pela equipe multiprofissional, incluindo a enfermagem.

O câncer pode causar dor intensa além de outros sintomas físicos, sofrimento emocional e espiritual profundo que podem tornar a vida insuportável. Além disso, existem tratamentos e abordagens para cuidar e apoiar esses pacientes, que podem, significativamente, melhorar a qualidade de vida utilizando técnicas simples e não onerosas. Entretanto, no mundo todo, pessoas vivem e morrem com sofrimento e não recebem os cuidados necessários (PESSINE, 2004).

Para Duarde (2010), a humanização deve fazer parte da filosofia de enfermagem, o ambiente físico, recursos materiais e tecnológicos são muito importantes, mas a essência humana impõe grandes significados, esta sim irá conduzir o pensamento e as ações da equipe de enfermagem, tornando as capaz de criticar, construindo uma realidade mais humana, menos agressiva e hostil para aqueles que diariamente vivenciam as instituições de saúde. A humanização do atendimento em saúde subsidia o atendimento a partir do amparo dos princípios predeterminados que são a integralidade da assistência, a equidade e o envolvimento do usuário, além de favorecer a criação de espaços que valorizem a dignidade do profissional da saúde e do paciente.

Segundo Barbosa e Silva (2007), humanizar os cuidados envolve respeitar a individualidade do ser, construindo um espaço concreto nas instituições de saúde, que legitime o humano das pessoas envolvidas. Para tanto, visando ao cuidado de forma humanizada, o profissional de saúde, principalmente o enfermeiro, que prestam os principais cuidados ao paciente, devem ser capacitados ao entendimento de si mesmos e então ao próximo, ampliando esse conhecimento na forma de ação, tomando consciência de valores e dos princípios que a norteiam. Dessa forma, respeitar o paciente é um componente primordial no tocante aos cuidados humanizados.

Considerando a importância do contexto acima, este estudo teve como objetivo identificar qual conhecimento tem sido produzido sobre a humanização da assistência de enfermagem em oncologia.

Este estudo justifica-se, pois Beck (2009) acreditam que a enfermagem possua um importante papel na implantação da humanização nos serviços de saúde, seja na assistência direta aos usuários, na educação em serviço com os membros da equipe ou na gestão do serviço de saúde. Em geral, um importante percentual desta equipe é composto por trabalhadores da enfermagem que permanecem mais tempo em contato com os usuários.

Para Cheregatti e Amorim (2009), a capacidade de entendimento dos profissionais com relação à carência dos pacientes associada a sua gravidade pode gerar melhoria nas relações interpessoais, refletindo diretamente na qualidade do atendimento. Acolher significa aceitar, receber, atender, hospedar, proteger, oferecer conforto físico e emocional, o acolhimento está mais no ouvir e menos no falar, mais no receber e menos no fazer, é uma ação de aproximação e respeito ao outro. É uma necessidade básica do ser humano que está evidenciada principalmente quando se encontra enfermo e dependente de cuidados, permitir ir ao encontro, presenciar, criar vínculo e permitir acessibilidade ao paciente e à família. Na prática, os profissionais devem estabelecer esse vínculo com os usuários; assim tornarão a assistência mais humanizada. Devido a enfermagem ter contato mais estreito com o paciente, deve-se valorizar cada momento da assistência.

Bedin (2004) afirma que tecnologia é essencial, desejável e necessária à modernização do atendimento aos pacientes tornando-se útil para prolongar a vida e diminuir o sofrimento de muitas pessoas, no entanto, não se deve deixar o paciente de lado, dando prioridade aos aparelhos. Ainda descreve que de nada adianta ser humano e observar o homem que morre por falta de tecnologia; nem rico em tecnologia apenas para observar os homens que vivem e morrem indignamente. Deve-se buscar o uso da tecnologia humanizada por parte dos profissionais que assistem o paciente de forma holística.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de revisão integrativa com base em publicações de bancos de dados acerca da humanização da assistência de enfermagem em oncologia. Esta revisão inclui a análise de pesquisas relevantes que vão servir de suporte para a tomada de decisão e a melhoria da prática clínica, possibilitando a síntese do estado do conhecimento de um determinado assunto, além de apontar lacunas do conhecimento que precisam ser preenchidas com a realização de novos estudos. Além disso, este método de pesquisa permite observar vários estudos publicados, possibilitando conclusões gerais a respeito de uma particular área de estudo, tornando-se, assim, um método valioso para a enfermagem, pois muitas vezes os profissionais não têm tempo para realizar a leitura de todo conhecimento científico disponível (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

O levantamento bibliográfico foi realizado durante o mês de março de 2012 no banco de dados da Literatura Latino-americana em Ciência da Saúde (LILACS). O eixo norteador da revisão integrativa correspondeu à seguinte indagação: “Qual o conhecimento que tem sido produzido sobre a humanização da assistência de enfermagem em oncologia?”.

Para a seleção dos artigos, adotaram-se os seguintes critérios de inclusão: artigos publicados na língua portuguesa, com resumos disponíveis na íntegra e publicados entre o período de janeiro de 2000 a dezembro de 2011. Durante a pesquisa dos artigos, foi feita uma análise antecedente, com levantamento das ideias principais, permitindo melhor assimilação do conteúdo abordado, garantindo resultados completo e satisfatório.

Foram selecionadas quinze publicações, tendo como combinações os seguintes termos: “humanização” e “oncologia”. Dos artigos publicados, foram excluídos: dois artigos por estarem

publicados em inglês, um artigo que foi descartado pelo título, seis por não apresentarem texto completo e um por não corresponder ao tempo proposto, constituindo cinco artigos para a amostra deste estudo.

A análise dos dados obtidos foi feita através de uma pré-análise que permitisse obter evidências seguras, de forma a permitir uma sistematização dos conteúdos tratados, garantido assim, uma condução satisfatória para esse processo. Foi utilizado um roteiro para a coleta dos dados em que informações contidas nos artigos da amostra foram catalogadas de forma sistemática, o que possibilitou conclusões a respeito do tema proposto.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram levantados, durante o mês de março de 2012, no banco de dados da Literatura Latino-Americana em Ciência da Saúde (LILACS), artigos que demonstravam conhecimento tem sido produzido sobre a humanização da assistência em oncologia.

Alguns critérios de inclusão e exclusão foram estabelecidos e logo em seguida foi realizada uma pré-análise com ideias principais dos artigos, buscando uma melhor assimilação do conteúdo, garantindo resultados satisfatórios.

Caracterização da amostra

Dos 15 artigos pesquisados, somente 5 fizeram parte da amostra para este estudo. A maior parte dessas publicações de artigos científicos foi procedente da região Sudeste (40%).

Tabela 1
Distribuição das publicações, de acordo com o local, estado e região

LOCALIDADE	REGIÃO	N	%
Brasília – DF	Centro Oeste	1	20
Belo Horizonte – MG	Sudeste		
São Paulo – SP		2	40
Porto Alegre – RS	Sul	1	20
Teresina – PI	Nordeste	1	20
Total		5	100%

As metodologias utilizadas pelas publicações encontradas incluíam pesquisas qualitativas (75%) e quanti-qualitativa (25%). A pesquisa qualitativa é a modalidade de investigação que não se baseia no critério numérico, a fim de garantir sua representatividade, mas que privilegia os sujeitos sociais que detêm os atributos que o pesquisador deseja conhecer (MINAYO, 2007) (tabela 2).

Tabela 2
Distribuição dos artigos, segundo a quantidade e tipo de estudo

TIPO DE ESTUDO	N	%
Pesquisa Qualitativa	04	75
Pesquisa Qualitativa/ Quantitativa	01	25
Total	05	100%

A Tabela 3 evidencia a quantidade de publicações que foram realizadas sobre o tema durante o período em estudo (2000 a 2011). Observa-se uma descontinuidade das publicações no decorrer dos anos.

Tabela 3
Distribuição do percentual das publicações, segundo o ano de publicação

ANO DE PUBLICAÇÃO	N	%
2003	01	20
2007	01	20
2008	01	20
2010	01	20
2011	01	20
Total	05	100%

Durante a análise dos estudos, percebeu-se o desenvolvimento das seguintes temáticas:

- . Meios utilizados pela equipe de enfermagem para prestar assistência humanizada;
- . Fatores e dificuldades encontrados pelos pacientes, família e profissionais envolvidos no tratamento do câncer infantil;
- . Aspectos institucionais e estruturais que influenciam no tratamento humanizado realizado pela equipe.

Meios utilizados pela equipe de enfermagem para prestar assistência humanizada

A humanização na assistência é uma preocupação da enfermagem desde os tempos de Florence Nightingale. Na década de 1970, no Brasil, Wanda Horta a descreve a partir de suas experiências cotidianas com seres humanos. Difundiu um modelo de atendimento que disponibilizou para os pacientes um tratamento que permite o autocuidado sem ser desligado da assistência de enfermagem, levando os profissionais a reconhecerem e compreenderem o homem como um todo (BRITO; CARVALHO, 2010).

Sendo assim, não existe mais lugar para a assistência meramente técnico-científica, desvinculada do saber ético e humano, daí a importância das discussões relacionadas à humanização da assistência de enfermagem, pois, tornar uma assistência humanizada é mostrar os valores que constituem o ser humano como pessoa, de forma abrangente e completa. A humanização torna-se um processo reflexivo acerca dos valores e dos princípios que dirigem a prática profissional, além do tratamento e do cuidado solidário e acolhedor

como seu principal objetivo que é o doente que se encontra fragilizado (PESSINE, 2004).

A enfermagem atual deve ser pautada na noção de cuidado humanizado, como uma ação complexa e integral, respeitando, acolhendo as necessidades de cada sujeito. Assim, o cuidado pressupõe capacidade para a escuta e o diálogo, além de disponibilidade para perceber o outro, como um sujeito com potencialidades, resgatando a autonomia e estimulando a cidadania. No processo de humanização não há regras nem fórmulas que o tornem viável, porque ele depende fundamentalmente do profissional de saúde e de suas concepções em relação ao processo de humanização (DUARTE; NORO, 2010).

A humanização da assistência possibilita levantar questões fundamentais que podem auxiliar na construção das políticas em saúde. Humanizar é, de fato, ofertar atendimento de qualidade, articulando os avanços tecnológicos com o acolhimento, com melhorias dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais. Mesmo quando a cura não é mais possível, quando a ciência se acha incapaz de resolver o problema trazido pela doença, a equipe de saúde continua prestando um cuidado humanizado diante do doente, na sua dignidade, na sua fragilidade e na sua necessidade de ser amparado, cuidado e amado. Nesse contexto, prestar o cuidado humanizado não se importando com o desfecho do tratamento, proporcionando tudo o que estiver ao seu alcance enquanto profissional de saúde. (DUARTE; NORO, 2010).

Os estudos destacaram que os entrevistados trazem a noção da importância de um trabalho multidisciplinar para um cuidado humanizado e complexo, ainda assim fica evidente a dificuldade desse trabalho em equipe no cotidiano do local do estudo. No trabalho multidisciplinar, há uma associação de disciplinas com um objetivo comum, sem que cada um tenha que modificar de forma significativa sua maneira de compreender as coisas. A comunicação é fundamental no trabalho em equipe para a interação dos profissionais e na integração dos saberes e também para troca de informações, visando à construção de um projeto comum que é o atendimento humanizado e, nesse contexto, a integração de diferentes saberes só vem enriquecer o trabalho, proporcionando um cuidado mais completo e repleto de possibilidades para o sujeito que buscou o serviço de saúde (DUARTE; NORO, 2010).

As verbalizações permitem constatar que os profissionais são comprometidos com seus afazeres diários e mesmo com as dificuldades impostas pela área física ou impossibilidades financeiras, ainda criam condições que podem amenizar o sofrimento dos pacientes. O brincar também é muito importante para a criança, pois por meio dele a aprendizagem se torna mais significativa; pelo brincar a criança pode manifestar as suas decisões, seus medos, seus gostos, dúvidas, curiosidades e seu desejo de criar, enfim, quando a criança brinca, defronta-se com os desafios e problemas, devendo constantemente buscar soluções para as situações a elas apresentadas (DUARTE; NORO, 2010).

Dessa forma, o paciente com câncer não deve ser considerado apenas como mais um caso, nessa perspectiva, é importante ser empreendida uma visão holística e multidisciplinar buscando compreendê-lo nas suas múltiplas relações para proporcionar uma abordagem profissional humanizada e profundamente solidária, geradora não só de saúde, mas principalmente de vida (COSTA; FILHO; SOARES, 2003).

Fatores e dificuldades encontrados pelos pacientes, família e profissionais envolvidos no tratamento do câncer infantil

Os profissionais que trabalham em oncologia estão expostos, no seu dia a dia de trabalho, a situações geradoras de conflitos. Os fatores que predisõem aos conflitos são,

além de outros, as frequentes perdas por morte, as pressões que expõem o modelo médico profissional de responsabilidade em relação à cura e longevidade, o trabalho constante com doenças graves e com a tristeza dos familiares e o contato frequente com os familiares e os pacientes, levando à criação de um vínculo de maior envolvimento com o problema vivido (COSTA; FILHO; SOARES, 2003).

Não muito raro, surge o sentimento de impotência do profissional diante da doença, principalmente em sua fase terminal que pode ser traduzida em revolta ou em abatimento. A comunicação é de suma importância e provavelmente a mola mestra que vai mobilizar toda assistência emocional que será prestada ao paciente com câncer e sua família. Não deve ser vista apenas como mais um processo de transmissão de informações, mas compreendida como uma possibilidade de entendimento entre as pessoas, sendo considerada um dos elementos fundamentais no processo de autonomia do ser humano (COSTA; FILHO; SOARES, 2003).

Uma questão vivenciada com frequência em oncologia é a possibilidade da ocorrência e do pressentimento constante de morte a que estão submetidos os clientes e familiares. Nesse sentido, surgiu consenso de que se deve levar em conta não somente suas necessidades biológicas, mas principalmente suas necessidades espirituais decorrentes dessa situação (COSTA; FILHO; SOARES, 2003).

Os pacientes vivenciam a possibilidade de ocorrência de morte e muitas vezes imaginam-se com a iminência de perder tudo e todos que amam e, frente a essa possibilidade, os pacientes com familiares recorrem à religiosidade para superarem esse difícil momento de sua vida. É necessário então que a equipe reconheça a importância de fazer-se presente e atender também às necessidades religiosas dos pacientes, conforme as especificidades de sua religião em qualquer momento, pois não é só uma necessidade e sim um direito deles (COSTA; FILHO; SOARES, 2003).

A assistência e a ação da enfermagem devem constituir-se em um cuidado que vise à totalidade do indivíduo, ou seja, uma pessoa com sentimentos e com família, inserida em um contexto social que não pode ser descartado e, sim, utilizado em prol do seu cuidado. Nesse cenário, o processo de humanização consiste na possibilidade de vislumbrar o paciente como um ser complexo, repleto de subjetividades. A equipe de enfermagem deve estar pautada no acolhimento e na integralidade do usuário possibilitando um cuidado humanizado (DUARTE; NORO, 2010).

A internação hospitalar de uma criança portadora de câncer consiste em uma complicada experiência para ela, uma vez que gera ansiedade devido à exposição a ambientes estressantes e com fontes limitadas de apoio. Foi observado que a doença causa ansiedade e angústia aos pais, que é ainda mais intensificada quando se trata de uma doença que significa morte para grande parte dos indivíduos, dificultando o relacionamento destes com a enfermagem. O temperamento difícil de alguns familiares pode ser consequência de grande parte dos problemas enfrentados durante o tratamento, como, por exemplo, os longos períodos de hospitalização, múltiplas internações, frequente terapêutica agressiva trazendo sérios efeitos colaterais, separação dos membros da família durante as internações, interrompendo as atividades diárias e trazendo angústia, dor e sofrimento (MARANHÃO *et al.*, 2011).

A criança possui formas limitadas de enfrentar situações adversas e, no caso da hospitalização, as instituições precisam atuar no sentido de promover ambientes mais familiares e humanizados e menos ameaçadores. O oferecimento de meios para que as crianças possam brincar possibilita o enfrentamento dos efeitos adversos do câncer. É fundamental, então, que haja o apoio institucional por meio da viabilização de recursos

humanos e materiais para este fim. Logo, se as instalações do hospital permitirem, é possível oferecer ainda às crianças a visão externa do hospital, banhos de sol, jogos, folhas para pintar, entre outras atividades que ajudem a quebrar a difícil rotina da hospitalização (MARANHÃO *et al.*, 2011).

Um dos meios utilizados pela enfermagem é a valorização do vínculo de confiança e amizade com o profissional de enfermagem. Para a criança em tratamento oncológico e seus familiares, em especial a mãe, esse vínculo contribui para humanizar a assistência prestada, pois permite que o profissional transcenda o aspecto físico do câncer, prestando cuidados que entendam o paciente como ser humano. Com isso, há uma facilitação e conseqüentemente uma melhor realização dos cuidados prestados. (MARANHÃO *et al.*, 2011).

Aspectos institucionais e estruturais que influenciam no tratamento humanizado realizado pela equipe

O processo de humanização nas instituições de saúde surge na atualidade para que se possa repensar as práticas cotidianas de trabalho, reformulando o atendimento que se vem prestando aos usuários desses serviços. Não é suficiente o hospital adquirir modernos equipamentos, dispor de estrutura moderna apropriada aos cuidados de saúde, se não estiver voltado para a satisfação das necessidades dos usuários e os trabalhadores que os atendem. Atualmente, a preocupação é tamanha com a Humanização que o Ministério da Saúde implantou, em 2000, o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar e, logo em seguida a Política Nacional de Humanização (PNH), visando atender às demandas subjetivas manifestadas pelos usuários e trabalhadores dos serviços de saúde. PNH é um pacto, uma construção coletiva, que só pode acontecer a partir da construção e troca de saberes, através do trabalho em rede, com equipes multiprofissionais, da identificação das necessidades, desejos e interesses dos envolvidos, do reconhecimento de gestores, trabalhadores e usuários como sujeitos ativos e protagonistas das ações de saúde, e da criação de redes solidárias e interativas, participativas e protagonistas do Sistema Único de Saúde (SUS) (DUARTE; NORO, 2010).

Na enfermagem, o aspecto humano do cuidado, certamente é um dos mais difíceis de ser implementado. A rotina diária e complexa que envolve os mais variados ambientes em que a enfermagem atua faz com que os membros de sua equipe, na maioria das vezes, esqueçam de tocar, conversar e ouvir o ser humano que está à sua frente. Certamente, um profissional deve ser munido de condições para exercer uma boa técnica, porém ela não é tudo, quando esses profissionais se deparam com situações que envolvem caridade, solidariedade, fraternidade, ao efetivá-las na prática, serão eles lembrados ao longo da vida dos pacientes, a humanização deve então fazer parte da filosofia de enfermagem. O ambiente físico, os recursos materiais e tecnológicos são importantes, porém não mais significativos do que a essência humana, esta, sim, irá conduzir o pensamento e as ações da equipe de enfermagem, tornando-a capaz de criticar e construir uma realidade mais humana, menos agressiva e hostil para as pessoas que diariamente vivenciam as instituições de saúde. A humanização do atendimento em saúde subsidia o atendimento, a partir do amparo dos princípios predeterminados, como: a integralidade da assistência, a equidade e o envolvimento do usuário, além de favorecer a criação de espaços que valorizem a dignidade do profissional e do paciente (DUARTE; NORO, 2010).

Foi destacada ainda entre os artigos a importância das casas de apoio que recebem

as crianças com câncer e seus cuidadores vindos de outras cidades para o tratamento e estão enquadradas dentro das perspectivas do Humaniza SUS. Essas casas auxiliam no tratamento, oferecendo acomodações para os pacientes que não necessitam de internação proporcionando a liberação dos leitos hospitalares que ficam disponíveis para aquelas crianças que realmente precisam ficar internadas. Isso pode influenciar na melhoria das condições psicológicas e sociais das crianças que recebem o suporte para a saúde em um ambiente mais tranquilo e familiar do que no hospital (MALTA; SCHALL; MODENA, 2008).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo deste estudo, pudemos observar que existem diversos fatores que podem influenciar de forma significativa na Assistência Humanizada ao paciente oncológico.

Não basta apenas ter uma equipe multiprofissional perfeita, equipamentos modernos, se não houver uma estrutura adequada e programas de saúde que auxiliem na continuidade do tratamento do paciente que ali se encontra em uma situação difícil.

Nos casos infantis, enfatizamos que as crianças e seus familiares necessitam de uma atenção maior da equipe de enfermagem, e é importante ressaltar que, para que se tenha um atendimento humanizado, é necessário criar novas formas de trabalho que envolvam não só o doente e sim todos que estão em prol do seu tratamento.

Identificamos também que diversos são os meios utilizados pela equipe, mas são grandes as dificuldades enfrentadas por aqueles que lidam diariamente com pacientes oncológicos. Não há efetividade da política de humanização nas instituições, ficando a humanização da assistência dependente do vínculo que o profissional de enfermagem estabelece com a família e paciente.

Nesse sentido, é necessário que as instituições implantem efetivamente Programas de Humanização e deem aos funcionários condições para conduzir uma assistência à saúde de forma humanizada.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, I. A.; SILVA, M. J. P. Cuidado humanizado de enfermagem: o agir com respeito em um hospital universitário, *Revista Brasileira de Enfermagem*, v.60, n.5, p.546-551, 2007.

BECK, C. L. C. *et al.* Humanização da assistência de enfermagem: percepção de enfermeiros nos serviços de saúde de um município. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v.30, n.1, p.50-61, 2009.

BEDIN, E. Humanização da assistência de enfermagem em centro cirúrgico. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 6, n. 03, p.400-409, 2004.

BRITO; CARVALHO. A humanização segundo pacientes oncológicos com longo período de internação. *Revista Einstein*, v.8, n.2, p.221-228, 2010.

CHEREGATTI, A. L.; AMORIM, C. P. *Humanização na unidade de terapia intensiva*. Enfermagem e Unidade Terapia Intensiva. São Paulo: Martinari, 2009.

COSTA, C. A.; LUNARDI FILHO, W. D.; SOARES, N. V.. A assistência humanizada ao cliente oncológico: reflexões junto à equipe. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v.56, n.3, p.310-314, 2003.

DUARTE, M. L. C.; NORO, A. Humanização: uma leitura a partir da compreensão dos profissionais de enfermagem. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v.31, n.4, p.685-692, 2009.

MARANHÃO, T. A. *et al.* A humanização no cuidar da criança portadora de câncer: fatores limitantes e facilitadores. *Journal of the Health Sciences Institute*, v.29, n.2, p.106-109, 2011.

MALTA, J. D. S.; SCHALL, V. T.; MODENA, C. M. O momento do diagnóstico e as dificuldades encontradas pelos oncologistas pediátricos no tratamento do câncer em Belo Horizonte. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v.55, n.1, p.33-39, 2009.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para incorporação de evidência na saúde e na enfermagem. *Texto & Contexto Enfermagem*, v.17, n. 4, p.758-764, 2008.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 7 ed. São Paulo: HUCITEC, 2007.

PESSINI, L. *Humanização e cuidados paliativos*. São Paulo: Edição Loyola; 2004.

ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DA TUBERCULOSE NO MUNICÍPIO DE SENHOR DO BONFIM, BAHIA

Gilmara Araújo Portugal, Marcos Oliveira Mascarenhas, Cleuma Sueli Santos Suto

RESUMO: A tuberculose é uma doença antiga que ainda predomina em pleno século XXI, mantendo-se assim cantendo-se omo um sério problema de saúde pública em nível mundial e nacional. Nesse cenário, o Brasil é o único país da América Latina incluído entre as 22 nações responsáveis por 80% do total de casos de tuberculose no mundo. Este artigo teve o objetivo de identificar as características epidemiológicas dos casos de tuberculose prevalentes no município de Senhor do Bonfim no período de 2005 a 2010. O presente estudo teve uma abordagem descritiva e foi realizada no banco de dados da Secretaria Municipal de Saúde de Senhor do Bonfim (Bahia), através da análise dos indicadores correspondentes a pacientes acometidos de Tuberculose no período estudado. O estudo revelou que dos 235 casos de TB registrados, 146 são do sexo masculino (62,1%) e apenas 89 do sexo feminino (37,8%), com maior incidência na faixa etária de 35 a 49 anos. O índice de abandono do tratamento variou entre 6,4% a 19,4% com taxa de cura, alcançando 76,9% dos casos tratados. Concluimos, através dos dados expostos neste artigo, que se evidencia uma alta taxa de abandono e um baixo percentual de cura; os números apontam para a necessidade de ampliação da cobertura do PNCT com descentralização das ações para as unidades básicas de saúde.

Palavras-chave: Tuberculose, Saúde pública, Epidemiologia.

EPIDEMIOLOGIC ASPECTS OF TUBERCULOSIS IN THE CITY OF THE LORD BONFIM, BAHIA

ABSTRACT: Tuberculosis is an ancient disease that still prevails in the XXI century, remaining as a serious public health problem globally and nationally. In this scenario, Brazil is the only country in Latin America included among the 22 nations responsible for 80% of all cases of tuberculosis worldwide. This article aimed to identify the epidemiological characteristics of tuberculosis cases prevalent in the city of Senhor do Bonfim in the period 2005 to 2010. This study was a descriptive approach and was performed in the database of the Municipal Health Senhor do Bonfim, through the analysis of indicators for patients suffering from tuberculosis during the study period. The study found that of 235 TB cases recorded, 146 were male (62.1%) and only 89 females (37.8%), with higher incidence in the age group 35-49 years. The rate of abandonment of treatment ranged from 6.4% to 19.4% cure rate, reaching 76.9% of treated cases. We conclude from the data presented in this article, which shows a high dropout rate and a low cure rate, and the numbers point to the need to increase the coverage of PCTs to drive for decentralization of basic health.

Keywords: Tuberculosis, Public health, Epidemiology.

¹ Graduandos do 7º semestre do curso de Enfermagem pela Universidade do Estado da Bahia-UNEB.

² Professora auxiliar do curso de Enfermagem pela Universidade do Estado da Bahia-UNEB, Campus VII.

Recebido em: 20/01/2013 . Aceito em: 10/02/2013

INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) é uma doença infecto-contagiosa, causada pelo *Mycobacterium tuberculosis* (Mtb), comumente conhecido como bacilo de Koch (TORTORA *et al.*, 2005).

Apesar de ser uma doença potencialmente prevenível e curável, a TB é ainda hoje um grande problema de saúde pública nos países em desenvolvimento, incluindo o Brasil. No mundo, estima-se em dois bilhões o número de pessoas que apresentam infecção tuberculosa latente e que, anualmente, ocorram cerca de 8,8 milhões de casos novos (RODRIGUES *et al.*, 2007).

Segundo a OMS, o Brasil está em 16º lugar entre os 22 países prioritários para controle da TB, i.e., com maior número de casos TB no mundo. Porém, não estamos entre os países de maior número de casos de TB multidrogarresistente (TBMDR) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que entre 2002 e 2020 aproximadamente um bilhão de pessoas serão infectadas com o Mtb, com mais de 150 milhões de doentes e 36 milhões de óbitos por tuberculose (ROZMAN, 2007).

Para o controle da doença, a Organização Mundial de Saúde (OMS) propõe o Tratamento Diretamente Observado (DOTS) como estratégia para atingir 85% de cura, 70% de detecção de casos e reduzir o abandono ao tratamento em 5%.

O DOTS (Tratamento Diretamente Observado) é um elemento chave da estratégia DOTS, que visa ao fortalecimento da adesão do paciente ao tratamento e a prevenção do aparecimento de cepas resistentes aos medicamentos, reduzindo os casos de abandono e aumentando a probabilidade de cura (BRASIL, 2010)

Considerando a relevância da TB no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), e a necessidade de trabalhos que possam evidenciar a dimensão da TB, este artigo objetiva levantar aspectos epidemiológicos da tuberculose no município de Senhor do Bonfim, Bahia.

OBJETIVO

Identificar as características epidemiológicas dos casos de tuberculose no município de Senhor do Bonfim, Bahia, no período de 2005 a 2010.

METODOLOGIA

O presente estudo foi realizado no município de Senhor do Bonfim, localizado no interior da Bahia, situado no Piemonte da Chapada Diamantina, a 376 km da capital Salvador. O município tem população estimada em 74.166 mil habitantes, segundo censo do IBGE, (2010) e ocupa uma área de 817 km².

Trata-se de uma pesquisa descritiva, foi realizada a partir do banco de dados do SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação) da Secretaria Municipal de Saúde do respectivo município, no período de 10 a 11 de fevereiro de 2011, através da análise dos indicadores correspondentes aos casos de Tuberculose diagnosticados no período de 2005 a 2010.

Os dados estatísticos sobre os índices de tuberculose no Município de Senhor do Bonfim foram selecionados pela Secretaria Municipal de Saúde, analisados com base nos seguintes procedimentos: recorte temporal da ocorrência de TB dos últimos cinco anos, tabulação dos índices de prevalência embasado pela estatística descritiva, com emprego

das frequências absolutas e percentual, evidenciados em tabelas para facilitar a análise.

Os resultados dos dados computados foram apresentados em tabelas. Houve o cálculo da taxa de cura da taxa de abandono. Os dados foram analisados de forma descritiva.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A tuberculose é um problema de saúde prioritário no Brasil. O agravo atinge a todos os grupos etários, com maior predomínio nos indivíduos economicamente ativos (15 – 54 anos) e do sexo masculino (BRASIL, 2010).

Tabela 1

Casos da tuberculose, segundo sexo, no município de Senhor do Bonfim –BA, 2005-2010

SEXO	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Total
Masculino	21	23	25	27	28	22	146
Feminino	15	16	10	18	21	09	89
Total	36	39	35	45	49	31	235

Fonte: Banco de dados do SINAN da Secretaria municipal de Saúde de Senhor do Bonfim-Bahia

Analisando a tabela 1, pode-se perceber que, em todos os anos, o número de TB no sexo masculino é maior com relação ao feminino.

No Brasil, estudos epidemiológicos têm revelado que a tuberculose é mais frequente entre os homens, nos indivíduos de 20 a 39 anos e com baixa escolaridade (SEVERO *et al.*, 2007)

De acordo com dados obtidos na Secretaria de Saúde do município de Senhor Bonfim, dos 235 casos de TB registrados de 2005 a 2010, 146 são do sexo masculino (62,1%) e apenas 89 do sexo feminino (37,8%).

Ribeiro (2011) realizou pesquisa sobre os índices de tuberculose no Estado do Pará no período de 2006 a 2008 e verificou que a prevalência da doença ainda permanece alta. No município de Belém, as taxas da doença pouco foram reduzidas no período em estudo (282 casos), sendo que os maiores índices da doença “também” foram comprovados no sexo masculino e em indivíduos na faixa etária entre 20 e 34 anos (77 casos).

Em Senhor do Bonfim, no ano de 2005, o município registrou um total de 36 casos de TB, sendo 21 casos para o sexo masculino e 15 do sexo feminino, com queda desse número para 35 em 2007 e 31 em 2010. É possível observar que, em 2007, registrou-se a maior diferença entre o número de casos com relação ao sexo. Dos 35 casos registrados, 25 foram masculinos (71,4%) e 10 femininos (28,5%).

Nos anos de 2006, 2008, o número de casos de TB aumentou para 39, com 23 casos no sexo masculino e 45 respectivamente, com 27 casos. O ano de 2009 registrou um aumento substancial de casos, 49, sendo 28 masculinos e 21 femininos, havendo uma redução apenas no ano de 2010.

Tabela 2
Frequência da tuberculose por faixa etária no município de Senhor do Bonfim –Ba,
2005-2010

FAIXA ETÁRIA	2005	2006	2007	2008	2009	2010	TOTAL
< 1 ano	0	0	0	2	2	0	4
1-4	0	0	0	1	0	1	2
	0	3	0	2	0	1	6
15-19							
20-34	11	8	14	12	07	07	59
35-49	12	12	11	12	25	08	80
50-64	09	06	06	10	10	12	53
65-79	04	04	02	04	04	02	20
80 e +	0	06	02	02	01	0	11
Total	36	39	35	45	49	31	235

Fonte: Banco de dados do SINAN da Secretaria municipal de Saúde de Senhor do Bonfim-Bahia

Os resultados apontam maior incidência da TB na faixa etária de 35 a 49 anos, com 80 casos registrados no período de 5 anos, com uma média de 12 por ano, seguida pela faixa de 20 a 34 anos (59 casos) e de 50 a 64 anos (53) casos. Quando comparados à faixa etária mais jovem, de 15 a 19 anos e superior a 65 anos, são encontrados os índices mais baixos da doença. Este dado nos possibilita inferir que a doença acomete principalmente indivíduos em sua fase economicamente ativa, ou seja, quando ele está inserido no mercado de trabalho.

Hino (2006), em estudo realizado em Ribeirão Preto, constatou que a maior proporção dos casos de Tb ocorreu na faixa etária de 20 a 49 anos, com ênfase no grupo de doentes de 30 a 39 anos (27,9%). A ocorrência da doença no grupo de adultos e, supostamente, pessoas economicamente ativas pode ser explicada pelos hábitos de vida, aumento da prevalência do HIV, alcoolismo, entre outros.

No município de Senhor de Bonfim, essa patologia acomete o cidadão numa fase economicamente ativa, o que gera, entre outros, um custo considerável para os governos tanto pelo custo do tratamento, como por custear diretamente o indivíduo doente, através da assistência social.

Por isso, as complicações podem ser não só de natureza biológica, mas também de caráter econômico e social, considerando que o indivíduo, além de ser afastado do mercado de trabalho, é afastado do seu ciclo social, pois a tuberculose ainda é vista como doença de grande estigma social.

Um fator importante, que está ligado aos indivíduos acometidos pela tuberculose na faixa etária de 20-34 anos, é que esses indivíduos, em número significativo, já constituem família e não têm asseguradas as condições de moradia necessárias que possam diminuir a probabilidade e o risco da doença, já que essa condição é um dos fatores determinantes no aumento do número de casos da TB.

Ao analisarmos a tabela 3, que apresenta a frequência da tuberculose classificada de acordo com forma clínica, percebemos que:

Tabela 3
Frequência da tuberculose por forma clínica no município de Senhor do Bonfim, Bahia, 2005- 2010

FORMA	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Total
Pulmonar (P)	34	37	31	41	48	29	220
Extrapulmonar (E)	2	2	4	4	01	02	15
Total	36	39	35	45	49	31	235

Fonte: Banco de dados do SINAN da Secretaria municipal de Saúde de Senhor do Bonfim-Bahia

A forma clínica prevalente da tuberculose foi a pulmonar, que continua sendo a principal causa de acometimento e justifica-se por atingir grande parte da população brasileira pela facilidade da transmissão (respiratória).

A TB pulmonar está associada ao etilismo e ao tabagismo em 20,6%, ao tabagismo em 19,8%, ao etilismo em 16,6%.¹² Os usuários de drogas ilícitas correspondem a 15% do total dos pacientes com $p=0,002$, sendo referido o uso de maconha em 33%, cocaína inalatória em 29%, cocaína intravenosa em 17% e *crack* em 11% (RIBEIRO, 2000).

A ação para a procura de casos deve estar voltada para grupos com maior probabilidade de apresentar tuberculose e, dentre esses grupos, encontram-se os trabalhadores em situações especiais que mantêm contato próximo com TB pulmonar (SOUZA, 2010).

De acordo com a tabela 3, pode-se observar que foi mais elevado o percentual de casos de tuberculose pulmonar no ano de 2009, com 48 casos registrados, assim como o menor número de caso extra-pulmonar, apenas 01, somando um total de 49 casos, maior número dos últimos 05 anos.

O ano de 2007 e 2008 registraram maior número de casos da forma extra-pulmonar da TB, a soma de casos destes dois anos é maior que 50% dos casos em todo o período estudado. Ainda assim, a forma pulmonar é a principal causa de acometimento da doença.

Tabela 4
Taxa de abandono de tratamento da tuberculose no município de Senhor do Bonfim-Ba, 2005-2010

% DE ABANDONO	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Abandono	19,4%	7,6%	11,4%	13,3%	12,2%	6,4%

Fonte: Banco de dados do SINAN da Secretaria municipal de Saúde de Senhor do Bonfim-Bahia

Os casos de abandono do tratamento são hoje o maior desafio no controle da tuberculose. O Ministério da Saúde prevê reduzir o número de abandono do tratamento dos casos novos, que é hoje de 8% no Brasil, para índice menor que 5% (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Chirinos e Meirelles (2011) consideram que o abandono de tratamento está relacionado a diversos fatores, sobretudo os sociodemográficos, e ocorre principalmente em homens com menor escolaridade; relaciona-se também ao consumo de drogas, como o álcool. A associação com outras doenças crônicas, mais especificamente a infecção pelo HIV, está relacionada ao abandono de tratamento da TB.

Considerando o número de casos de tuberculose no município, conforme tabela 4, o número de abandono é muito alto com relação ao que prevê o Ministério da Saúde.

No período de 2005 e 2008, o município obteve os percentuais mais altos de abandono 19,4% e 13,3% respectivamente. Porém, no ano de 2007, verificou-se uma pequena redução chegando a 11,4% e, em 12,2%, em 2009. As menores taxas de abandono apresentaram-se nos anos de 2006 com 7,6% e em 2010, sendo este último, o ano que registrou o menor percentual, chegando a 6,4% percentual, ainda acima da média da taxa de abandono de 5%, prevista pelo Ministério da Saúde.

Tabela 5

Taxa de cura da Tuberculose no município de Senhor do Bonfim –Ba, 2005-2010

ANO	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Taxa %	66.6	76.9	60	66.6	53.6	19.3*

Fonte: Banco de dados do SINAN da Secretaria municipal de Saúde de Senhor do Bonfim-Bahia

Segundo estudo de Rodrigues (2007), em 2005, uma avaliação da OMS englobando os 22 países que mais concentram casos de tuberculose no mundo indicava que a taxa de cura da doença no Brasil (81%) era a nona pior entre todos os países analisados. A cobertura populacional dos serviços de saúde que aplicam o tratamento supervisionado (68%) era a segunda pior, melhor apenas que a Nigéria (65%).

A tabela acima denota que essa realidade não é diferente no município de Senhor do Bonfim. Os números mostram que o índice de cura ainda não alcança a meta de, pelo menos, 85%, como prevê o Ministério da Saúde. O maior índice que o município conseguiu alcançar nos últimos cinco anos foi de 76.9% em 2006.

O ano de 2010 teve uma queda brusca no índice de cura, o menor dos últimos cinco anos com apenas 19.3% dos casos tratados, um número muito baixo com relação à meta de 85% prevista pelo Ministério. Esses dados chamam a atenção para o problema grave de saúde pública que se configura a Tuberculose atualmente, principalmente no município de Senhor do Bonfim que já tem implantado o PNCT há mais de cinco anos.

Diante desses dados, é plausível que se faça uma avaliação de como está sendo implementada a política de controle da TB, através do PNCT e quais os fatores têm dificultado o alcance da meta mencionada acima, para a cura de TB.

Os dados da pesquisa expostos neste artigo apontam para uma necessidade reestruturação e ampliação da cobertura do PNCT, embora se possam verificar, atualmente, avanços e melhorias no controle da TB após a implantação do programa. O município apresenta uma média de 30 a 40 casos por ano, número relevante para a saúde pública local.

Os resultados do presente estudo apontam no mesmo sentido dos indicadores nacionais da doença e revelam que a endemia segue como grande problema de saúde pública, atingindo principalmente o sexo masculino, geralmente na faixa etária em que se encontra inserido no mercado de trabalho.

Os indicadores relacionados à persistência da doença, mesmo após anos de implantação de programas como o PNCT que vem desenvolvendo um trabalho de busca ativa de casos, exames de sintomáticos respiratórios, tratamento diretamente supervisionado e todo aporte para assegurar o tratamento aos portadores, não dão conta da desigualdade social, da vulnerabilidade da população de menor poder aquisitivo, que reside geralmente

nos grandes centros com aglomerado desordenado de gente, sem acesso às condições básicas de saúde, educação e saneamento, além de ser a doença oportunista dos portadores da AIDS. Essas “outras” condições favorecem a permanência da doença.

Os achados deste estudo levam a refletir sobre o papel do serviço de saúde do município e a efetivação do PNCT no controle da TB. Seguir o protocolo de tratamento e controle proposto pelo PNCT, principalmente com a estratégia DOTS (Directly Observed Treatment Strategy) é uma das propostas possível para que haja um controle maior da doença e consequentemente uma redução no número de casos.

A implantação do PNCT nos serviços de saúde sem que seja criado um vínculo entre o paciente e o serviço de saúde reduz a chance de acompanhamento da equipe de saúde com o paciente, aumentando, assim, as chances de abandono do tratamento e a não garantia de melhores resultados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Avanços significativos puderam ser comprovados, como a melhoria sensível do programa de controle da TB, com a criação da estratégia TS-DOTS, que vem tendo eficácia no controle da doença, e sendo implantado em vários municípios brasileiros.

A descentralização das ações de controle da TB, grande eixo estratégico do PNCT, garantiu acesso aos portadores da TB, possibilitando tratamento e cura, mostrando a necessidade da continuidade dos encaminhamentos políticos e institucionais para a sua plena efetivação.

Apesar desses indicadores positivos, a endemia segue como grande problema da saúde pública pela sua capacidade de atingir com maior intensidade as populações marginalizadas. Além disso, é marcador social importante das precárias condições de sobrevivência das pessoas em quase todas as maiores cidades do País.

No município de Senhor do Bonfim, Bahia, é preocupante a alta taxa de abandono, apesar de evidenciar queda no final do período estudado e o baixo percentual de cura, pois se diferencia muito da realidade apresentada pelo país.

No entanto, considera-se que este levantamento dos números da Tuberculose no município de Senhor do Bonfim possa contribuir para uma possível avaliação da política de prevenção e controle da doença por parte do serviço municipal de saúde e da sociedade organizada.

REFERÊNCIAS

CHIRINOS, N. E. C; MEIRELLES, B. H. S. Fatores associados ao abandono do tratamento da tuberculose: uma revisão integrativa. *Texto & Contexto-Enfermagem*, v.20, n.3, p.399-406, 2011.

HINO, P. *et al.* Perfil dos casos novos de tuberculose notificados em Ribeirão Preto (SP) no período de 2000 a 2006. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.16, supl.1, p.1295-1301, 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Cidades*. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php?codmun=293010>. Acesso em: 07 jul. 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). *Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil*. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde: Ministério da Saúde, 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). *Programa de controle da tuberculose*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

RIBEIRO, S.A. *et al.* Estudo caso-controle de indicadores de abandono em doentes com tuberculose. *Jornal de Pneumologia*, v.26, n.6, p.291-296, 2000.

RIBEIRO, W.A. Tuberculose: um perfil epidemiológico dos municípios de Belém e Ananindeua-Pa no período de 2006 a 2008. *Revista Paraense de Medicina*, v.25, n.11, p.1-7, 2011.

RODRIGUES, L. Resposta brasileira à tuberculose: contexto, desafios e perspectiva. *Revista de Saúde Pública*, v.41, suppl., p.1-2, 2007.

ROZMAN, L.M. *et al.* Resistência do *Mycobacterium tuberculosis* às drogas em pacientes HIV+ em cinco municípios da Baixada Santista, São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 23, n. 5, p. 1051-1059, 2007.

SEVERO, N.P.F. *et al.* Características clínico-demográficas de pacientes hospitalizados com tuberculose no Brasil, no período de 1994 a 2004. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, v.33, n.5, p.565-571, 2007.

SOUSA, B.A. *et al.* Prevalência de infecção por tuberculose em funcionários de um Hospital Universitário. *Revista Paraense de Medicina*, v.25, n.1, p.1-7, 2011.

TORTORA, G.J. *et al.* *Microbiologia*. Trad. Atual. Por Roberta Marchiori Martins. Porto Alegre: Artmed, 2005.

PARTICIPAÇÃO PATERNA DURANTE A GESTAÇÃO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA¹

Láiza Beatriz Santos Caires Amaral², Écila Campos Mota³, Mônica de Jesus Ramos⁴

RESUMO: O homem vivencia a gravidez de sua companheira de maneiras diversas em diferentes fases do período gestacional. Esse envolvimento afetivo dá-se a partir do momento em que acontece a aceitação da gravidez, levando-o a reagir de forma menos conflituosa e, assim, compreendendo e atendendo às necessidades de sua companheira. A presente investigação é uma revisão integrativa da literatura, que teve como objetivo identificar os principais sentimentos que emergem nos futuros pais, bem como descrever as ações desenvolvidas por estes durante a gestação. Para a seleção dos artigos, utilizou-se a base de dados da Biblioteca Virtual da Saúde – BVS. A amostra desta revisão constituiu-se de 13 artigos cujos resultados apontaram que os sentimentos que emergem nos futuros pais são responsabilidade, perda da liberdade; preocupação com a saúde da mãe e do bebê, sensibilidade, satisfação, ansiedade, desejo de cuidar do bebê. As ações desempenhadas por eles, consideradas mais relevantes, foram provedor da família e apoio à gestante. Conclui-se, portanto, que os pais contemporâneos estão se envolvendo e participando cada vez mais do processo gestacional, deixando para trás o preconceito de gênero do pai tradicional e passando a apoiar suas parceiras.

PALAVRAS-CHAVE: Paternidade, Pai, Gravidez, Envolvimento, Sentimento Paterno.

PATERNAL PARTICIPATION DURING PREGNANCY: AN INTEGRATIVE LITERATURE REVIEW

ABSTRACT: The man lives the pregnancy as diverse ways at different stages of pregnancy. This emotional involvement to be from the moment it happens acceptance of pregnancy, causing him to react in a less confrontational and so understanding and meeting the needs of their companions. The sample of this review consisted of 13 articles whose results showed that the feelings that emerge in the future are the responsibility of parents, loss of freedom, concern for the health of mother and baby sensibility, satisfaction, anxiety, desire to care for the baby. The actions performed by them, be more relevant, was the family provider and support to pregnant women. We conclude, therefore, that contemporary parents are getting involved and participating increasingly in the gestational process, leaving behind the genus prejudice of the traditional father and going to support their partners.

KEYWORDS: Parenting, Father, Pregnancy, Involvement, Paternal Feeling.

¹ Trabalho apresentado ao curso de Graduação em Enfermagem como pré-requisito para obtenção de título.

² Enfermeira. Graduada em Enfermagem das Faculdades Santo Agostinho - FASA.

³ Enfermeira especialista e professora do curso de graduação em Enfermagem das Faculdades Santo Agostinho-FASA. Email: ecilacampos@hotmail.com

⁴ Enfermeira. Graduada em em Enfermagem das Faculdades Santo Agostinho - FASA.

Recebido em: 10/08/2012 . Aceito em: 12/09/2012

INTRODUÇÃO

Durante a gravidez, há inversão de papéis, o homem e a mulher passam de filho e filha a pai e mãe, ambos vivenciando essa transição com expectativas, anseios e temores (FREITAS *et al.*, 2007).

Estudos de Piccinini *et al.* (2004) afirmam que os futuros pais passam por várias adaptações e mudanças de nível psicossocial durante o processo da gestação. Carvalho (2003) aponta que tais mudanças funcionam como uma preparação para suas novas atribuições frente ao bebê, pois um casal que decide ter filhos volta a atenção para a chegada deste. Para Maldonado *et al.* (2010), o homem, por não sentir o filho crescer dentro de si, não consegue criar laços afetivos de pai-filho. Apesar disso, ele participa do processo de gravidez desde os primeiros dias e esse vínculo se fortalece na relação diária de convivência, consolidando-se gradualmente com o desenvolvimento da criança.

Nessa visão de paternidade, devem ser ressaltados os adolescentes que vivenciam essa realidade de forma diferente. Luz e Berni (2009) descrevem que essa percepção inclui aspectos relacionados a uma vivência sexual sem muita preocupação com o planejamento futuro, em que a responsabilidade reprodutiva é direcionada à mulher. Levandowski e Piccinini (2006) apontam que, mesmo que os pais adolescentes sejam classificados como ausentes, vários vêm assumindo o seu papel, acompanhando suas namoradas em função de uma vontade pessoal e não somente por pressões familiares e/ou sociais.

Acredita-se que estudar o significado da paternidade é de suma importância, pois os futuros pais necessitam ser conhecidos socialmente e ter suas necessidades atendidas. Isso, para que possam desempenhar de forma mais efetiva seu novo papel, desvelando não só uma alternativa de capacidade pessoal reprodutiva, mas novas implicações sociais, culturais e ideológicas (LEVANDOWSKI *et al.*, 2006).

Diante do supracitado, surgiu o problema de pesquisa: Quais os sentimentos emergem nos futuros pais e que são evidenciados através da revisão integrativa da literatura?

Os objetivos deste estudo são: identificar, através da revisão integrativa, os principais sentimentos que emergem nos futuros pais; descrever as ações desenvolvidas por estes durante a gestação.

Piccinini *et al.* (2004) afirmam que o envolvimento paterno durante a gestação deve ser compreendido de modo peculiar, pois o vínculo entre pai e filho acontece mediado pela mãe de modo indireto. Os autores afirmam que há expressivo envolvimento dos pais na gestação, tanto em termos emocionais como comportamentais: preocupação, ansiedades, apoio material e emocional, participação em diversas atividades relativas à gestação e sua interação com o bebê. No entanto, para Piccinini *et al.* (2009) alguns pais encontram dificuldade em desenvolver esse novo papel e de participarem da gravidez.

O envolvimento paterno passa por variações emocionais que sugerem um padrão de mudanças sequenciais variando de acordo com as fases da gestação. A primeira fase diz respeito ao impacto inicial, quando os pais podem experimentar comportamentos de desconforto, estresse e ambivalência. A segunda fase está relacionada à ausência de sinais da gravidez que ainda não estão em evidência. Em decorrência disso, a distância emocional prevalece. A terceira e última fase se caracteriza pela plenitude de vivência dessa realidade e os pais conseguem vivenciá-la como real (PICCININI *et al.*, 2004).

Para Piccinini *et al.* (2009), os pais podem utilizar de estratégias para se sentirem mais próximos do bebê no período da gestação e isso se dá através do toque tátil da barriga da gestante ou através das ecografias. Esses recursos passam a incluir o pai no processo

gestacional e assim sente-se mais responsável pelo bebê e pela mãe. É de extrema importância esse contato para que o pai crie uma imagem mental do bebê, formando uma identidade e tornando-o mais real. A partir dessa imagem, ele passa a ter preocupações com a saúde do filho além de imaginar suas características físicas e psicológicas, favorecendo uma maior familiaridade entre ambos, mostrando que o envolvimento paterno pode acontecer mesmo antes do nascimento.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, que “tem a finalidade de reunir e sintetizar resultados de pesquisas sobre um delimitado tema ou questão, de maneira sistemática e ordenada, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento do tema investigado” (MENDES; GALVÃO, 2008, p.759).

A pesquisa foi realizada no 1º semestre de 2012, sendo utilizada a base de dados da Biblioteca Virtual da Saúde – BVS, nas fontes: *Scientific Eletronic Library Online* (SCIELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Revista Brasileira de enfermagem (REBEn) e a Base de Dados da Enfermagem (BDENF), tendo como descritores de pesquisa: paternidade, pai, gravidez, envolvimento e sentimento paterno. Dessa forma, procurou-se ampliar o âmbito da pesquisa, minimizando possíveis vieses nessa etapa do processo de elaboração da revisão integrativa.

Os critérios de inclusão dos artigos definidos, inicialmente, para a presente revisão integrativa, foram: artigos publicados em português, com os textos completos disponíveis na base de dados selecionadas; estudos realizados dentro ou fora do Brasil, publicações de teses e dissertações e editoriais no período compreendido entre 2000 a 2012, que continham, pelo menos, um dos descritores no título e os outros dois no texto, diretamente relacionados à paternidade. Como critério de exclusão, foram eleitas referências que não permitiram acesso gratuito ao texto completo por meio eletrônico.

Em virtude das características específicas para o acesso às bases de dados selecionadas, as estratégias utilizadas para localizar os artigos foram adaptadas para cada uma, tendo como eixo norteador a pergunta e os critérios de inclusão da revisão integrativa, previamente estabelecidos para manter a coerência na busca dos artigos e evitar possíveis vieses.

A apresentação dos resultados e discussão dos dados obtidos foram feitas de forma descritiva, possibilitando ao leitor a avaliação da aplicabilidade da revisão integrativa elaborada, de forma a atingir o objetivo desse método.

RESULTADOS

Os referenciais teóricos levantados foram pesquisados conforme a metodologia pré-estabelecida simultaneamente com a utilização dos descritores de pesquisa pré-definidos e foram expostos de forma sistemática, segundo o Quadro 1 a seguir representado:

Quadro 1
Estudos encontrados que abordaram paternidade, pai, gravidez, envolvimento e sentimento paterno durante a gestação, segundo a base de dados

BASE DE DADOS	Nº ENCONTRADO	Nº UTILIZADO
LILACS	2.638	05
SCIELO	836	07
BDENF	1064	01
REBE _n	09	00
TOTAL	4547	13

Fonte: Elaboração própria

Os artigos encontrados foram representados no Quadro 2, relacionado abaixo, conforme o nome, a base de dados em que foram encontrados e seu respectivo ano de publicação.

Quadro 2
Estudos selecionados que abordaram paternidade, pai, gravidez, envolvimento e sentimento paterno durante a gestação, segundo a base de dados e ano de publicação

TÍTULO	BASE DE DADOS	ANO
O envolvimento Paterno durante a gestação	SCIELO	2004
Processo da paternidade na adolescência	BDENF	2009
Expectativas e Sentimentos em Relação à Paternidade entre Adolescentes e Adultos	SCIELO	2006
Sentir-se pai: a vivência masculina sob o olhar de gênero	LILACS	2007
A transição para a paternidade: da gestação ao segundo mês de vida do bebê	SCIELO	2009
Pais adolescentes: vivência e significação	SCIELO	2002
Paternidade: responsabilidade social do homem no papel de provedor	LILACS	2008
Vulnerabilidade de gênero para a paternidade em homens adolescentes	SCIELO	2007
A vivência da gravidez do primeiro filho à luz da perspectiva paterna	LILACS	2007
Expectativas e sentimentos de pais em relação ao bebê durante a gestação	SCIELO	2009
Contracepção e gravidez na adolescência na perspectiva de jovens pais de uma comunidade favelada do Rio de Janeiro	SCIELO	2003
Experiências psíquicas do homem à espera da paternidade	LILACS	2010
Percepção de gestantes acerca da importância do envolvimento paterno nas consultas pré-natal: um olhar de gênero	LILACS	2008

Fonte: Elaboração própria

No Quadro 3, está apresentado o referencial bibliográfico que deu embasamento à revisão literária, análise e desenvolvimento deste estudo sobre sentimento e envolvimento paterno durante a gestação, assim como suas ações.

Quadro 3

Referências bibliográficas selecionadas que abordaram sentimento e envolvimento paterno durante a gestação, assim como suas ações, segundo o autor e ano de publicação

BIBLIOGRAFIA – TÍTULO DO PERIÓDICO	AUTOR	ANO
Nós estamos grávidos	MALDONADO, Maria Tereza; DICKSTEIN, Júlio	2010
Faça uma Grávida Feliz	REISS, Uzzi; REISS, Yfat M.	2005
Enfermagem Obstétrica	ZIEGEL, Erna E.; CRANLEY, Mecca S.	2008

Fonte: Elaboração própria

Quadro 4

Sentimentos vivenciados pelos futuros pais, segundo referências da revisão integrativa

SENTIMENTOS	AUTOR/ANO
Responsabilidade	Trindade e Menandro (2002); Freitas et al. (2009); Maciel (2010); Almeida e Hardy (2007); Levandowski e Piccinini (2006); Cabral (2003); Krob et al. (2009); Freitas et al. (2007); Piccinini et al. (2004).
Perda da liberdade	Almeida e Hardy (2007); Levandowski e Piccinini (2006); Trindade e Menandro (2002); Freitas et al. (2009); Ziegel e Cranley (2008).
Preocupação com a saúde da mãe e do bebê	Piccinini et al. (2009); Pesamosca et al. (2008); Trindade e Menandro (2002); Krob et al. (2009).
Sensibilidade	Freitas et al. (2007); Piccinini et al. (2009); Pesamosca et al. (2008); Krob et al. (2009).
Satisfação	Freitas et al. (2007); Luz e Berni (2009); Trindade e Menandro (2002); Krob et al. (2009).
Ansiedade	Piccinini et al. (2007); Pesamosca et al. (2008); Bornholdt et al. (2007).
Desejo de cuidar do bebê	Levandowski e Piccinini (2006); Bornholdt et al. (2007); Krob et al. (2009).
Choque e abalo	Trindade e Menandro (2002).
Revolta	Trindade e Menandro (2002).
Medo	Trindade e Menandro (2002).
Vergonha	Trindade e Menandro (2002).

Fonte: Elaboração própria

Quadro 5

Ações desenvolvidas pelos futuros pais, segundo referências da revisão integrativa

AÇÃO	AUTOR/ANO
Provedor da família	Piccinini et al. (2004); Almeida e Hardy (2007); Bornholdt et al. (2007); Freitas et al. (2009); Trindade e Menandro (2002); Cabral (2003); Pesamosca et al. (2008); Luz e Berni (2010); Reiss e Reiss (2005); Freitas et al. (2007).
Apoio à gestante	Almeida e Hardy (2007); Bornholdt et al. (2007); Piccinini et al. (2004); Ziegel e Cranley (2008).
Acompanhamentos às ecografias e consultas pré-natais	Piccinini et al. (2004); Pesamosca et al. (2008);
Busca de informações sobre bebês e gravidez;	Piccinini et al. (2004)
Participação em curso de gestantes	Piccinini et al. (2004)
Envolvimento nos preparativos para a chegada do bebê	Piccinini et al. (2004)

Fonte: Elaboração própria

DISCUSSÃO

Sentimentos vivenciados pelos futuros pais

A discussão foi efetuada em duas etapas. Na primeira, procurou-se identificar os sentimento e envolvimento paterno durante a gestação. Na segunda, buscou-se descrever as ações desenvolvidas pelos pais durante este período.

Na busca literária realizada, identificou-se que realmente há um expressivo envolvimento dos pais na gestação tanto em termos emocionais como comportamentais.

No Quadro 4, os resultados evidenciaram que os principais sentimentos vivenciados pelos futuros pais são: responsabilidade, constituído de 69% dos resultados, logo em seguida aparece a perda da liberdade com 38 % e preocupação com a saúde da mãe e do bebê com 31%.

Fundamentando-se em Freitas *et al.* (2007), pode-se afirmar que o homem vivencia a gravidez de maneiras diversas em diferentes fases do período gestacional. Esse envolvimento afetivo se dá a partir do momento em que acontece a aceitação da gravidez, levando-o a reagir de forma menos conflituosa e, assim, compreendendo e atendendo às necessidades de suas companheiras.

Para Cabral (2003), a responsabilidade é consequência direta da paternidade, implica em encarregar-se de novos papéis caracterizados pelos atributos da “seriedade” e da “maturidade”. Dessa forma, pai é principalmente aquele que trabalha e sustenta o filho (TRINDADE; MENANDRO, 2002). Para tanto, o tema responsabilidade é relevante, pois constituiu o eixo temático apontando a paternidade mais como aquisição de um novo encargo social do que como espaço de envolvimento afetivo com o filho (FREITAS *et al.*, 2009).

É importante salientar que a identidade masculina do jovem, tradicionalmente, torna-se concreta a partir do momento em que assume o filho (CABRAL, 2003). Constata-se, em estudos de Almeida e Hardy (2007), Luz e Berrni (2010) e Cabral (2003), ambos realizados com adolescentes, que ser pai insere o homem no mundo dos adultos e reafirma sua masculinidade trazendo a significação de paternidade como aumento da responsabilidade. Já para Piccinini *et al.* (2004 e 2009), com estudos entre futuros pais adultos, a significação está relacionada a manter-se no emprego, prover bens materiais, suporte emocional e proporcionar assim estabilidade financeira.

Os adolescentes relacionam a visão de paternidade com perda da liberdade, uma vez que passam por uma fase de autonomia em relação aos próprios pais, fugindo de uma identificação com o papel daquele que limita, que educa, por ser justamente disso que tentam fugir. Apesar de os adultos sugerirem maior diretividade do papel paterno, vislumbram de forma mais concreta as modificações em suas vidas, decorrentes do nascimento de seus filhos, citaram a perda da liberdade com consequência de uma nova função estabelecida (LEVANDOWSKI; PICCININI, 2006; ALMEIDA; HARDY, 2007).

A perda da liberdade tem grande impacto na vida dos adolescentes, implicando na diminuição dos contatos sociais e nos programas com seus amigos (TRINDADE; MENANDRO, 2002). Já Freitas *et al.* (2009) apontam um outro aspecto importante na vida dos futuros pais, a redução da liberdade na tomada de decisão; antes de agirem, eles precisam pensar nas consequências de seus atos.

Ao pesquisar sobre a preocupação com a saúde do bebê, estudo de Piccinini *et al.* (2004) revelou que os pais manifestaram diversas preocupações durante a gravidez de suas companheiras, surgindo entre os pais o medo de má formação, prematuridade, sentimento de medo e culpa de ter causado algum mal ao bebê no ato sexual; no entanto recursos do

pré-natal trouxeram maior tranquilidade para os pais (PICCININI *et al.*, 2009). Do mesmo modo, os pais pesquisados por Krob *et al.* (2009) mencionaram ter medo da hora do parto e de aborto durante a gestação. O medo era associado a vivências anteriores de aborto e dificuldade da parceira de engravidar.

Pesamosca *et al.* (2008) trazem que, em sua maioria, os sujeitos de sua pesquisa demonstraram vontade de maior proximidade e participação durante a gestação e desenvolvimento dos filhos. Para os futuros pais, o principal motivo que os levam a acompanhar suas mulheres às consultas de pré-natal é a preocupação com a saúde do filho e da gestante. Mas o homem encontra resistência de suas parceiras em poder acompanhá-las nas consultas. Elas acreditam que eles estão fazendo por obrigação, dever e encargo. Além dos entraves citados, o constrangimento da gestante, falta de incentivo do serviço de saúde e que as reuniões e consultas são incompatíveis com o horário de trabalho dos pais também são citados.

Nesse sentido, é de extrema importância que os profissionais de saúde tentem trabalhar com as gestantes sobre o fator desencadeador do constrangimento, pois eles podem trazer consequências futuras. Pesamosca *et al.* (2008, p.187) referem que: “a exclusão dos pais às consultas pode levá-los a se considerarem eximidos da participação em outras etapas do desenvolvimento infantil, incluindo o ato de compartilhar o cuidado”. Ainda para Pesamosca *et al.* (2008, p.187) “Tal postura, certamente, constitui mais uma barreira para o envolvimento do homem com o cuidado de seus (suas) filhos (as) e os (as) mantém à margem do processo de cuidar”.

Com relação ao desejo de cuidar do bebê, os pais participantes do estudo de Krob *et al.* (2009) relataram imaginar-se cuidando de seus filhos fazendo tarefas de cuidados básicos, como trocar fraldas, dar banho, vestir e dar mamadeira. Levandowski e Piccinini (2006) consideram que muitos futuros pais relatam desejo de cuidar do bebê. Alguns por já terem experiências com seus irmãos, primos e afilhados, mas pensando que cuidar de seu próprio filho será diferente e os que não tinham conhecimento referiram-se ao desejo de aprender. Alguns poucos participantes citaram a vontade de fazer pequenas tarefas, como trocar fraldas, dar banho, alimentar, embalar, fazer dormir, dar colo e acordar à noite para cuidar. “De forma geral, os depoimentos dos participantes indicaram uma vontade de participar nos cuidados do bebê, apesar de não estarem muito seguros quanto a um desempenho bem-sucedido nestas tarefas” (LEVANDOWSKI; PICCININI, 2006, p. 23).

Outras mudanças emocionais foram relatadas no estudo de Krob *et al.* (2009), caracterizadas por uma maior sensibilidade para lidar com as situações e com as pessoas, principalmente com a esposa, e também foram apontadas mudanças emocionais na companheira durante a gestação e passaram a adequar seus comportamentos.

Na pesquisa de Almeida e Hardy (2007), ficou evidenciado que alguns jovens expressaram um falso desejo de ser pai para conseguir relação sexual com suas parceiras e demonstrar afeto por elas. Em todos os casos em que havia esta afirmação, verificou-se que a incidência de gravidez era unânime, e cerca da metade desses jovens receberam essa notícia com surpresa e choque como se fosse um fato inesperado. Para eles, a gravidez era uma imposição da mulher que os estava forçando a assumir uma posição de pai responsável e homens adultos. Porém, após seus filhos nascidos, os jovens estudados sentiram-se enaltecidos e satisfeitos com a paternidade, pois reforçava sua masculinidade e os inseriam no mundo dos adultos. Já Trindade e Menandro (2002) afirmam que as reações apontadas frente à notícia da gravidez foram o sentimento de despreparo para lidar com a nova situação e inquietação, relacionada com a sua imaturidade e inexperiência.

No Quadro 5, os resultados evidenciaram que as principais ações desenvolvidas pelos futuros pais são: provedor da família, com 77% dos resultados, em seguida apoio à gestante com 31% e acompanhamento às ecografias com 15%.

Nos estudos de Freitas *et al.* (2009) predominam os discursos que legitimam o homem com a qualidade de provedor, referencial de pai chefe de família, o que é visível na literatura pesquisada.

Pesamosca *et al.* (2008) levantam a discussão de que a ideia de pai provedor vem desde a infância em que os meninos ganham brinquedos de seus pais, como carrinho, bola, bicicleta levando, de forma sutil, um estímulo para a vida no mundo exterior e tem no pai a figura de provedor da família, enquanto as meninas ganham bonecas, panelinhas e eletrodomésticos, aprendendo, já no início de suas vidas, que devem conviver no meio interno, em ambiente familiar, cuidando da casa, dos filhos e de seu marido. Para Almeida e Hardy (2007), nas brincadeiras entre meninos o que predominava era as trocas de insultos verbais e não o contato físico. Dessa forma, eles expressavam a dominação entre si e que nunca são passivos. De acordo com mesmo autor, poucos foram os garotos que tiveram contato com brincadeiras relacionadas ao cuidado e, quando o fizeram, era escondido para não receber críticas dos amigos e castigos dos pais.

Dessa forma, fica distante dos homens a imagem de cuidador e, em contrapartida, por influência de um estereótipo de gênero, passa a ter o papel de provedor e líder aquele que detém o poder e toma as decisões (PESAMOSCA *et al.*, 2008). Confirmando essa discussão, Bornholdt *et al.* (2007) explicam o fato de o homem estar voltado para o trabalho no período em que suas esposas estão grávidas, como sendo uma imposição histórica de que o homem traz o sustento econômico para dentro de casa ficando, assim, distante das tarefas domésticas.

Todos esses autores nos levam a perceber como as diferenças de gênero são marcantes na socialização dos homens em detrimento das mulheres, o que os leva a não se expressar e exteriorizar o que sentem, acreditam ou precisam.

O trabalho, na vida dos pais adolescentes estudados por Almeida e Hardy (2007), já era uma rotina, mas após a gravidez de suas companheiras passou a ter uma ressignificação tornando-se obrigatório. O papel de provedor da família para os adolescentes é uma tarefa árdua ainda dependente de seus pais para morar e abrigar sua nova família (CABRAL, 2003). Para Luz e Berni (2010), como a maioria dos adolescentes não possuem estabilidade profissional em decorrência da idade e do contexto de marginalidade no qual estão inseridos, esses tornam-se dependentes do apoio dos pais. Essa pressão também é exercida por outros familiares e amigos. Eles abandonam os estudos para conseguir emprego e por falta de capacitação acabam sendo mal remunerados e assumindo mais de um cargo para dispor de recurso para o sustento dos filhos (TRINDADE; MENANDRO, 2002).

Para Trindade e Menandro (2002), o trabalho é de fundamental importância para o cumprimento da responsabilidade. Bornholdt *et al.* (2007), por sua vez, defendem que a responsabilidade está intimamente ligada a questões financeiras, pois quase todos os estudos que relataram o pai, tanto adulto quanto adolescente, como sendo provedor da família, informam que eles não podem falhar.

Portanto, Reiss e Reiss (2005, p.52), afirmam que “muitos homens argumentam que, com novas responsabilidades financeiras surgindo no horizonte, esta é decididamente a pior hora para perder produtividade no trabalho”.

Para os homens, a participação ativa dos pais na gestação se dá através do apoio emocional e material à gestante. Nos estudos de Krob *et al.* (2009), os pais relataram estar mais disponíveis para ouvi-las, procurando compreender seus medos e angústias, tendo mais paciência do que de costume com elas. Piccinini *et al.* (2004) trazem o apoio material como sendo um auxílio prestado à companheira, dada sua impossibilidade de realizar tarefas, como dirigir e cuidados pessoais.

As consultas e exames de pré-natais foram relatados pela maioria dos entrevistados por Piccinini *et al.* (2004) como uma forma de participação dos pais durante a gravidez. Pesamosca *et al.* (2008) apresentam a participação nas consultas de pré-natal como sendo muito reduzida, mas aqueles que participam demonstram interesse e felicidade em receber o convite de suas companheiras. Desse modo, segundo Reiss e Reiss (2005), uma das queixas mais comuns que os obstetras ouvem é a de que os homens não acompanham suas companheiras às consultas médicas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foram utilizados 13 (treze) artigos e 03 (três) referências bibliográficas, segundo os critérios de inclusão pré-estabelecidos na metodologia. Sendo que as referências selecionadas e utilizadas entram em consenso no que diz respeito aos sentimentos e ações paternas, principalmente quando trazem que a responsabilidade é uma consequência direta da paternidade. Tais responsabilidades estão correlacionadas com sustento familiar em que tanto o adulto como o adolescente sentem-se na obrigação de prover financeiramente a família.

Este estudo possibilitou identificar vários sentimentos manifestados pelos futuros pais ao vivenciarem a gravidez. Pode-se destacar a responsabilidade, a perda da liberdade, a preocupação com a saúde da mãe/bebê, a sensibilidade e a satisfação, quando eles percebem mudanças em suas próprias emoções e sensibilidade para lidar com a esposa. Quanto à participação durante a gestação, destacou-se principalmente o pai provedor da família criada, por uma influência de estereótipo de gênero e apoio à gestante tanto em termos emocionais como materiais.

Conclui-se, portanto, que os pais contemporâneos estão se envolvendo e participando cada vez mais do processo gestacional. Isso o permite deixar para trás o preconceito de gênero do pai tradicional, passando a apoiar suas parceiras e acompanhando o desenvolvimento do filho. Logo, a relação da tríade pai-mãe-filho torna-se mais afetiva, levando a paternidade para além do papel de provedor material.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A.F.F.; HARDY, E. Vulnerabilidade de gênero para a paternidade em homens adolescentes. *Revista de Saúde Pública*, v. 41, n. 4, p.565-572, 2007.

BORNHOLDT, E.A.; WAGNER, A.; STAUDT, A.C.P. A vivência da gravidez do primeiro filho à luz da perspectiva paterna. *Psicologia Clínica*, v. 19, n. 1, p.75-93, 2007.

CABRAL, C. S. Contracepção e gravidez na adolescência na perspectiva de jovens pais de uma comunidade favelada do Rio de Janeiro. *Cadernos de Saúde Pública*, v.19, n.2, s283-s292, 2012.

CARVALHO, M.L.M. Participação dos pais no nascimento em maternidade pública: dificuldades institucionais e motivações dos casais. *Cadernos de Saúde Pública*, v.19, n.2, s389-s398, 2012.

FREITAS, W.M.F. *et al.* Paternidade: responsabilidade social do homem no papel de provedor. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 43, n. 1, p.85-90, 2009.

FREITAS, W.M.F.; COELHO, E.A.C.; SILVA, A.T.C. Sentir-se pai: a vivência masculina sob o olhar de gênero. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 23, n. 1, p.137-145, 2007.

KROB, A.D.; PICCININI, C.A.; SILVA, M.R. A transição para a paternidade: da gestação ao segundo mês de vida do bebê. *Psicologia USP*, v. 20, n. 2, p.269-291, 2009.

LEVANDOWSKI, D.C.; PICCININI, C.A. Expectativas e sentimentos em relação à paternidade entre adolescentes e adultos. *Psicologia Teoria e Pesquisa*, v. 22, n. 1, p.17-27, 2006.

LUZ, A.M.H.; BERNI, N.I.O. Processo da paternidade na adolescência. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 63, n. 1, p.43-50, 2010.

MACIEL, R. A. *Experiências psíquicas do homem à espera da paternidade*. 2010. 301p. Tese (Doutorado). Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

MALDONADO, M.T.; DICKSTEIN, J. *Nós estamos grávidos*. São Paulo: Integrare, 2010.

MENDES, K.D.S.; SILVEIRA, R.C.C.P.; GALVAO, C.M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & Contexto – Enfermagem*, v. 17, n. 4, p.43-50, 2008.

PESAMOSCA, L. G.; FONSECA, A.D.; GOMES, V. L. O. Percepção de gestantes acerca da importância do envolvimento paterno nas consultas pré-natal: um olhar de gênero. *Revista Mineira de Enfermagem*, v.12, n.2, p.182-188, 2008.

PICCININI, C. A. *et al.* Expectativas e sentimentos de pais em relação ao bebê durante a gestação. *Estudos de Psicologia*, v. 26, n. 3, p.373-383, 2009.

PICCININI, C.A. *et al.* O envolvimento paterno durante a gestação. *Psicologia, Reflexão e Crítica*, v. 17, n.3, p.303-314, 2004.

REISS, U.; REISS, Y. M. *Faça uma grávida feliz: soluções práticas e eficazes para você ajudar sua mulher a viver bem durante os nove meses de gravidez*. São Paulo: Jaboticaba, 2005.

TRINDADE, Z.A; MENANDRO, M.C.S. Pais adolescentes: vivência e significação. *Estudos de Psicologia*, v. 7, n. 1, p.15-23, 2002.

ZIEGEL, E. E.; CRANLEY, M. S. *Enfermagem obstétrica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

FATORES DE RISCO E OS AGENTES ETIOLÓGICOS DAS INFECÇÕES DO TRATO URINÁRIO HOSPITALAR: uma revisão de literatura

Marcello Allexandre Oliveira Carvalho¹; Leandro Cássio Batista Lopes²; Écila Campos Mota³

RESUMO: A infecção do trato urinário hospitalar é uma das principais infecções que acometem os pacientes internados. Objetivo: O estudo realizado teve como objetivo verificar os fatores de risco e os agentes etiológicos para infecção do trato urinário descritos na literatura. Método: Estudo realizado através de uma revisão integrativa que reúne resultados da base de dados BVS e publicações impressas das Faculdades Santo Agostinho no período de 2000 a 2010. Resultados: Foram identificados os principais fatores de risco para infecção do trato urinário hospitalar, uso de cateterismo vesical de demora, tempo de cateterização, idade avançada, antibioticoterapia prévia, sexo feminino, sexo masculino com idade superior a 50 anos e o tempo de internação. Os principais agentes etiológicos foram: *Escherichia coli*, *Klebsiella spp*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Candida albicans*, *Candida tropicalis*, *Staphylococcus aureus*. Conclusão: Após a identificação dos principais fatores de risco e dos agentes etiológicos, os enfermeiros podem traçar cuidados para minimizar a incidência desta infecção.

PALAVRAS-CHAVE: Infecção, Urina, Trato urinário, Vesical, Cateter.

RISK FACTORS AND AGENTS ETIOLOGIC URINARY TRACT INFECTIONS OF HOSPITAL: an integrative review of literature

ABSTRACT: The hospital infection of the urinary tract is one of the main infections which affect the hospitalized patients. Aim: The studies realized had aimed verify the risk factor and the etiological agent of the urinary tract infection in the literature. Method: Studies realized through of an integrative revision which collects result of the base of data BVS and impression publication by Faculdade Santo Agostinho from 2000 to 2010. Results: We identified the main risks factors for hospital infection of the urinary tract, use of vesical catheterism of delay, time of catheterization, advanced age, preview therapy antibiotic, female, male older than 50, and the time of hospitalization. The main causatives agents were: *Escherichia coli*, *Klebsiella spp*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Candida albicans*, *Candida tropicalis*, *Staphylococcus aureus*. Conclusion: after the identification of the main risks factors and the etiological agents we can trace cares to minimize the incidence of this infection.

KEYWORDS: Infection, Urine, Trinary tract, Vesical, Catheter.

¹ Enfermeiro graduado pelas Faculdades Santo Agostinho. Montes Claros, MG, Brasil. E-mail: marcelloallexandre05@hotmail.com

² Enfermeiro graduado pelas Faculdades Santo Agostinho. Montes Claros, MG, Brasil. E-mail: leandrocassiolopes@hotmail.com

³ Enfermeira Mestre em Saúde do adulto, Docente da UNIMONTES, das Faculdades Santo Agostinho, Faculdades Integradas Pitágoras. Montes Claros, MG, Brasil. E-mail: ecilacampos@hotmail.com

Recebido em: 20/10/2012 . Aceito em: 01/11/2012

INTRODUÇÃO

A infecção urinária representa hoje um importante problema de saúde pública, por ser a doença infecciosa bacteriana mais comum na população em geral, tanto em nível comunitário quanto em nível hospitalar (RODRIGUES, *et al.*, 2010).

Para Azevedo e Armond (2005), a infecção do trato urinário-ITU compreende processos infecciosos que acometem desde a uretra até o tecido renal, e pode ser classificada segundo o seu acometimento como sintomática e assintomática, complicada e não complicada, baixa e alta. Devido ao grande número de más formações congênitas, a ITU é mais comum no sexo masculino durante o primeiro ano de vida, e na vida adulta prevalece no sexo feminino devido ao início da vida sexual, durante a gestação e a menopausa (HEILBERG; SCHOR, 2003).

A infecção do trato urinário hospitalar é uma das principais infecções que acometem os pacientes internados. Para Lopes e Tavares (s/d), a ITU é uma das infecções bacterianas que mais acometem o ser humano, situando-se como a segunda infecção mais comum na população em geral, mais comum entre os adultos e em pacientes do sexo feminino devido a condições anatômicas, pelo fato de a uretra ser mais curta e por estar mais próxima do ânus, higiene deficiente, episódios prévios de cistites e o próprio ato sexual.

Cerca de 70% a 88% dos casos de ITU acometem pacientes submetidos a cateterismo vesical e 5% a 10%, pacientes após procedimentos cirúrgicos com manipulação do trato urinário. Possui um impacto clínico menos importante em relação a outras infecções, mas se forem causadas por agentes multirresistentes pode chegar a 15% do custo total das infecções hospitalares (SILVA; MEDEIROS, 2005).

O sistema de drenagem urinária pode ser aberto ou fechado, sendo que a incidência de infecções nos sistema aberto é de 100% após o 4º dia de cateterização; já no sistema fechado, o risco de bacteriúria é de aproximadamente de 5 a 10% por dia de cateterização (AZEVEDO; ARMOND, 2005). Os microorganismos responsáveis por causar as ITUs hospitalares normalmente estão presentes na flora intestinal do paciente. Dentre estes microorganismos estão a *Escherichia coli*, responsável por 17,5% da infecções, a *Klebsella sp.* e a *Enterobacter sp.* com 5%; em pacientes críticos encontraremos a *Pseudomonas aeruginosa* com 11%, o *Enterococcus sp.* com 14% e a *Cândida albicans* representando 16% das infecções (MENICUCCI; FONSECA, 2009).

Os microorganismos colonizam a via urinária através de duas vias, a extraluminal e intraluminal. Na via intraluminal, os microorganismos colonizam primeiro a bolsa coletora antes de atingir a bexiga. Esse processo de contaminação do organismo leva cerca de 24 a 48 horas e na via extraluminal, 80% dos casos ocorrem com a aderência das bactérias à superfície do cateter que migram até a bexiga (COUTO; PEDROSA, 2004, p.96). “Após a primeira semana de cateterismo a via extraluminal se torna mais importante pela migração de bactérias fecais que colonizam o períneo e a região meatouretral” (COUTO e PEDROSA 2004, p.96).

Segundo Menicucci e Fonseca (2009), nos últimos tempos, tem-se dado importância ao desenvolvimento do biofilme relacionado ao uso do cateter urinário. O biofilme facilita a adesão dos microorganismos na superfície do cateter, dificultando sua remoção e a ação dos antimicrobianos, pois a matriz extracelular dificulta a penetração dos antimicrobianos no biofilme. Ainda segundo o mesmo autor, o crescimento microbiano no biofilme é muito lento, o que também contribui para uma baixa ação dos antimicrobianos que necessitam do crescimento bacteriano ativo para uma boa ação.

As infecções comunitárias diferem das infecções hospitalares devido ao fato de já estarem presentes no organismo do paciente no ato da internação. Segundo a Portaria 2616/98, as infecções comunitárias são todas as infecções constatadas ou em incubação anterior à internação hospitalar, desde que o paciente não tenha sido internado anteriormente na mesma instituição. A infecção hospitalar é definida como a infecção contraída no ambiente de saúde após a internação do paciente, sendo que o paciente deve ser acompanhado até 48 horas após a alta do CTI; 30 dias após cirurgias sem colocação de próteses, se forem colocadas próteses este tempo passa a ser de 01 ano (CDC-EUA *apud* COUTO e PEDROSA, 2004). Esta pesquisa tem como problemática a infecção urinária hospitalar em pacientes hospitalizados, e seu objetivo foi verificar os fatores de risco e os agentes etiológicos descritos na literatura da base de dados BVS e publicações impressas na biblioteca das Faculdades Santo Agostinho-FASA, relacionados à infecção do trato urinário de clientes internados em ambiente hospitalar.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de Revisão Integrativa que reúne resultados de pesquisas referentes a fatores de risco e agentes etiológicos descritos na literatura disponível para a infecção do trato urinário hospitalar, publicados na base de dados da BVS-Biblioteca Virtual de Saúde e outras publicações impressas, como livros publicados no período de 2000 a 2010.

O levantamento literário ocorreu em publicações impressas na biblioteca da FASA e via *internet*, sendo a pesquisa realizada nas bases de dados da *Scielo* e *Lilacs*, no período de 2000 a 2010; a partir dos descritores de saúde: infecção, urina, trato urinário, vesical, cateter.

Para a coleta dos dados, foi realizada pesquisa na base de dados da BVS e publicações impressas (livros) sobre o assunto, tendo como critérios de inclusão publicações no período de 2000 a 2010, artigos disponíveis *online*, e em língua Portuguesa. E os critérios de exclusão: resumos que não versavam sobre o tema; resumos que não possuíam o trabalho científico na íntegra ou acesso restrito a assinantes. Na análise de dados, foi utilizado um quadro sinóptico e a leitura técnica para seleção do material. A leitura crítica e reflexiva caracterizou o estudo propriamente dito dos textos, feita de forma exaustiva. Nessa etapa, foram extraídas ideias principais apresentadas no artigo referentes à infecção do trato urinário hospitalar, assim como afirmações e contradições e a leitura comparativa que na última etapa, os trabalhos serão agrupados em categorias temáticas e serão comparados quanto às informações pertinentes.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Quadro 1

Artigos encontrados e selecionados segundo bases de dados, no período de 2000 a 2010

BASE DE DADOS	QUANTIDADE DE ARTIGOS ENCONTRADOS	QUANTIDADE DE ARTIGOS UTILIZADOS
SCIELO	16	03
LILACS	81	06
TOTAL	97	09

Para a coleta de dados, foram encontrados 97 artigos (Quadro 1). Dentre estes apenas 09 se enquadram dentro dos critérios de inclusão estabelecidos pelos pesquisadores.

Quadro 2

Bibliografias encontradas e selecionadas no período de 2000 a 2010

BIBLIOGRAFIA	QUANTIDADE DE ARTIGOS ENCONTRADOS	QUANTIDADE DE ARTIGOS SELECIONADOS
LIVROS	4	4
MANUAIS	2	1
TOTAL	6	5

Das referências bibliográficas encontradas, todos os livros estavam dentro dos critérios de inclusão e dos 2 manuais encontrados apenas 1 foi selecionado.

Quadro 3

Descrição dos artigos da revisão integrativa segundo título, autor e ano de publicação

ARTIGO	ANO DE PUBLICAÇÃO	TÍTULO	AUTOR
01	2006	Construção e validação de indicadores de avaliação de práticas de controle e prevenção de infecção do trato urinário associada a cateter.	Márcia Vanusa Lima Fernandes, Rúbia Aparecida Lacerda, Nédia Maria Hallage
02	2004	Ocorrência de infecção hospitalar em idosos internados em hospital universitário.	Paulo José Fortes Villas Bôas, Tânia Ruiz.
03	2005	Caracterização das Infecções do Trato Urinário diagnosticadas no Município de Guarani das Missões – RS	Adria Kazmirczak, Fabíola Henz Giovelli, Leticia Silveira Goulart
04	2006	Cateterização Vesical e Infecção do Trato Urinário: estudo de 1.092 casos	Ana Maria Nunes de Faria Stamm, Daniel Yared Forte, Kelly Suga Sakamoto, Maria Léa Campos, Zulmira Miotello Cipriano
05	2005	Infecções do trato urinário: análise da frequência e do perfil de sensibilidade dos agentes causadores de infecções do trato urinário em pacientes com cateterização vesical crônica	Giancarlo Lucchetti; Antônio José da Silva, Suely Mitoi Ykko Ueda; Marjo Cadernuto Deninson Perez, Lycia Maria Jenne Mimica.
06	2006	Infecção do trato urinário relacionada à cateterização vesical: análise multivariada de fatores de risco em uma população geriátrica e não geriátrica	Ana Maria Nunes de Faria Stamm, Kelly Suga Sakamoto, Zulmira Miotello Cipriano, Maria Léa Campos.
07	2010	Infecção hospitalar em unidade de tratamento intensivo de um hospital universitário brasileiro.	Adriana Cristina de Oliveira, Christine Tassone Kovner, Rafael Souza da Silva.
08	2007	Ocorrência de infecção urinária em pacientes de um hospital universitário	ALMEIDA, M.C, SIMÕES, M.J.S, RADDI, M.S.G.
09	2001	Infecção urinária hospitalar por leveduras do gênero <i>candida</i>	OLIVEIRA, R.D.R. de; MAFFEI, C.M.L.; MARTINEZ, R.

Quadro 4

Fatores de risco para a ITU de acordo com a literatura pesquisada de 2000 a 2010

Uso do cateter	STAMM, Ana Maria Nunes de Faria, 2006; LUCCHETTI, Giancarlo, 2005; OLIVEIRA, Adriana Cristina de, 2010; ALMEIDA, M.C, 2007; OLIVEIRA,R.D.R. de, 2001.
Tempo de Cateterização	FERNANDES, Márcia Vanusa Lima, 2006; BÔAS, Paulo José Fortes, 2004; STAMM, Ana Maria Nunes de Faria, 2006; ALMEIDA, M.C, 2007.
Avançar da Idade	BÔAS, Paulo José Fortes, 2004; STAMM, Ana Maria Nunes de Faria, 2006.
Tempo de Internação	FERNANDES, Márcia Vanusa Lima, 2006.
Sexo feminino	KAZMIRCZAK, Adria, 2005.
Sexo masculino com idade superior a 50 anos	ALMEIDA, M.C, 2007.
Antibioticoterapia prévia	OLIVEIRA, R.D.R. de, 2001.

Foram identificados os principais fatores de risco para infecção do trato urinário hospitalar, uso de cateterismo vesical de demora, tempo de cateterização, idade avançada, antibioticoterapia prévia, sexo feminino, sexo masculino com idade superior a 50 anos e o tempo de internação, dando destaque ao uso do cateter e o tempo de cateterização.

Segundo Lucchetti, *et al.*, (2005) pacientes que permaneceram sondados por cerca de 7 anos, 42,1% apresentaram infecção por volta do terceiro ano de sondagem. A manipulação da uretra resulta na inoculação de bactérias na bexiga, sendo assim a introdução de um cateter vesical potencializa este risco. A maioria dos casos de ITU hospitalar é decorrente de cateterização do trato urinário (STAMM, *et al.*, 2006).

Segundo estudo de Neto, *et al.*, (2008) foi observado que, nos pacientes em uso de sonda vesical de demora, a presença de bactérias na bexiga só estará presente após 24 a 48 horas depois da identificação do mesmo agente na bolsa coletora de urina, caracterizando contaminação a partir da bolsa coletora.

Com o uso do cateter, ocorre uma remoção dos mecanismos de defesa internos do paciente, tais como o esvaziamento completo da bexiga e a micção, predispondo-o a ITU (NETO, *et al.*, 2008).

Para Hinrichsen (2009), o uso do cateter é uma condição que predispõe à bacteriúria, normalmente assintomática, mas podendo evoluir para uma bacteremia, e que os cateteres mais calibrosos causam espasmos na bexiga, devendo dar preferência a cateteres mais finos, pois apresentam menor chance de necrose ou de compressão da mucosa uretral.

O fator de risco mais importante para o desenvolvimento de ITU é o uso de cateterização vesical de demora, ocorrendo a colonização do meato uretral por bactérias, que é o maior fator de risco para a bacteriúria, sendo que a contaminação vesical ocorre de forma ascendente, devido a sonda servir como porta de entrada para esses microorganismos a partir do meato uretral externo (NETO, *et al.*, 2005). A idade avançada contribui para o aumento da infecção do trato urinário relacionado ao uso do cateter vesical de demora (ITUc), relacionado à presença de outras doenças, como diabetes mellitus, aterosclerose, caquexia senil, desidratação e demência (STAMM *et al.*, 2006).

Em ambos os sexos a frequência de infecção do trato urinário aumenta com a idade. No homem, além de patologias prostáticas e suas implicações, a ITU pode ser decorrente de estenose uretral e outras anormalidades anatômicas e, na mulher, além da menopausa, alterações anátomofuncionais da bexiga relacionadas ou não à multiparidade, o próprio acúmulo de infecções recorrentes, o tamanho da uretra e sua proximidade do ânus com o vestíbulo uretral e vaginal também aumentam a incidência de ITU. (HEILBERG e SCHOR, 2003).

A Sociedade Brasileira de Urologia (2004) diz que o uso prévio de antibióticos pode contribuir para o surgimento de infecções causadas por germes mais resistentes.

Quadro 5

Agentes etiológicos da infecção do trato urinário, de acordo com a literatura pesquisada de 2000 a 2010

Escherichia coli	FERNANDES, Márcia Vanusa Lima, 2006; BÔAS, Paulo José Fortes, 2004; STAMM, Ana Maria Nunes de Faria, 2006; ALMEIDA, M.C, 2007; KAZMIRCZAK, Adria, 2005; LUCCHETTI, Giancarlo, 2005; OLIVEIRA, Adriana Cristina de, 2010.
Klebsiella spp.	KAZMIRCZAK, Adria, 2005; ALMEIDA, M.C, 2007.
Pseudomonas aeruginosa	STAMM, Ana Maria Nunes de Faria, 2006; LUCCHETTI, Giancarlo, 2005; OLIVEIRA, Adriana Cristina de, 2010.
Candida albicans	STAMM, Ana Maria Nunes de Faria, 2006; LUCCHETTI, Giancarlo, 2005.
Candida tropicalis	OLIVEIRA, R.D.R. de, 2001.
Staphylococcus aureus	STAMM, Ana Maria Nunes de Faria, 2006.

Dentre os agentes etiológicos, o mais incidente foi a *Escherichia coli*. Alguns estudos mostram que essas bactérias possuem um potencial de ação que é característico de subpopulações bacterianas, esses microorganismos adquiriram uma resistência microbiana que é considerada um fenômeno entre os mais relevantes, cuja evolução vem sendo gradativamente observada (OLIVEIRA, *et al.*, 2001).

Segundo o estudo de Blatt e Miranda (2005), a *E. coli* apresentou maior resistência aos seguintes antibióticos: ampicilina e sulfametoxazol/trimetoprima; já a *Klebsiella sp* apresentou predomínio maior de resistência aos seguintes antibióticos: ampicilina, cefalotina, gentamicina, nitrofurantoína, sulfametoxazol/trimetoprima, e ao ciprofloxacino, diminuindo assim as opções de tratamento. A *P. aeruginosa* apresentou resistência a muitos grupos de antibióticos, com exceção ao meropenem, pois este patógeno é resistente a muitos grupos de antimicrobianos, ficando assim dominante e importante, logo que bactérias mais sensíveis da microbiota normal são anuladas (BLATT; MIRANDA, 2005). Para Kazmirczak *et al.*, (2006) estes patógenos são provenientes da flora normal do intestino humano e podem contaminar

outros órgãos extra-intestinal causando infecções. A *Escherichia coli* é citada como um dos principais agentes etiológicos de septicemias, meningites e infecções do trato urinário, sendo que “infecções polimicrobianas verdadeiras são raras, exceto em pacientes com derivações ilegais, bexiga neurogênica, abscessos crônicos ou cateteres de demora (KAZMIRCZAK, *et al.*, 2006)”.

O uso empírico de antimicrobianos para o tratamento da ITU é determinado pelos germes causadores mais prováveis, pela resistência bacteriana, uso prévio de antibióticos pelo paciente e a resposta imune (KOCH *et al.*, 2008). Para Blatt e Miranda (2005), a inserção das Fluroquinolonas para o tratamento de bactérias multirresistentes ocorreu na década de 80, mas com o passar dos tempos, estudos mostraram um aumento progressivo da resistência microbiana a este grupo de medicações.

Para Poletto e Reis (2005), a alta taxa de resistência microbiana ao trimetoprim/sulfametoxazol é justificada pelo fato de ser um medicamento mais antigo, e que é muito utilizado para tratamento de infecções, possivelmente de uma maneira indiscriminada e incerta, como a automedicação, e que

“o aumento da resistência bacteriana a vários agentes antimicrobianos acarreta dificuldades no controle de infecções e contribui para o aumento dos custos do sistema de saúde e dos próprios hospitais”. Segundo Lucchetti, *et al.*, (2005) a *P. aeruginosa* é apontada como principal agente causal da ITU em pacientes sondados a longo prazo, sendo que os bacilos gram – negativos são os principais causadores.

O tratamento inapropriado pode levar ao uso desnecessário de antimicrobianos, levando, assim, à formação de uma rede de monitoramento da resistência bacteriana, que vem a ser uma medida imprescindível na identificação da resistência, contribuindo na escolha do tratamento empírico local mais eficaz e possibilitando a execução de medidas de prevenção (BAIL *et al.*, 2006). Para Bail, *et al.*, (2005) o papel dos laboratórios no controle da resistência bacteriana é de extrema importância, pois eles devem fornecer um registro bacteriológico preciso e seus respectivos antibiogramas, para que possa ser instituída a terapia adequada.

A introdução do tratamento empírico pode ser explicada devido à demora nos resultados da urocultura, podendo levar até seis semanas para se isolar e identificar o microorganismo (SILVEIRA *et al.*, 2010).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através da análise realizada por meio de uma revisão integrativa, conclui-se que os principais fatores de risco para a ITU hospitalar são: uso de cateterismo vesical de demora, tempo de cateterização, idade avançada, antibioticoterapia prévia, sexo feminino, sexo masculino com idade superior a 50 anos e o tempo de internação, dando destaque ao uso do cateter e o tempo de cateterização. Em relação ao agente etiológico, verificou-se que a *Escherichia coli* é citada como um dos principais agentes etiológicos. Diante desta análise, os enfermeiros podem traçar cuidados para poder diminuir a incidência dessa patologia no ambiente hospitalar, fazendo com que a assistência ao paciente seja eficaz.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M.C; SIMÕES, M.J.S; RADDI, M.S.G. Ocorrência de infecção urinária em pacientes de um hospital universitário. Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada, v.28, n.2, p.215-219, 2007.

AZEVEDO, F.M.de; ARMOND, G.A. Infecção do trato urinário. In: OLIVEIRA, A.C. Infecções hospitalares: epidemiologia, prevenção e controle. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A, 2005.cap.2, p.124-131.

BAIL, L; ITO, C.A.S; ESMERINO, L.A. Infecção do trato urinário: comparação entre o perfil de susceptibilidade e a terapia empírica com antimicrobianos. Revista Brasileira de Análises Clínicas, v.38, n.1, p.51-56, 2006.

BLATT, J.M; MIRANDA, M.do.C. Perfil dos microrganismos causadores de infecções do trato urinário em pacientes internados. Revista Panamericana de Infectología, v.7, n.4, p.10-14, 2005.

BÔAS, P.J.F.V; RUIZ, T. Ocorrência de infecção hospitalar em idosos

internados em hospital universitário. Revista Saúde Pública, v.38, n.3, p.372-378, 2004.

COUTO, R.C; PEDROSA, T.M.G. Guia prático de controle de infecção hospitalar: epidemiologia, controle e terapêutica. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.p.95-96.

FERNANDES, M.V.L; LACERDA,R.A; HALLAGE, N.M. Construção e validação de indicadores de avaliação de práticas de controle e prevenção de infecção do trato urinário associada a cateter. Acta Paulista Enfermagem, v.19, n.2, p.174-189, 2006.

HEILBERG,I.P; SCHOR,N. Abordagem diagnóstica e terapêutica na infecção do trato urinário – Itu. Revista da Associação Médica Brasileira, v.49, n.1, p.109-116, 2003.

HINRICHSEN, S.C.A. *et al.* Fatores associados à bacteriúria após sondagem vesical na cirurgia ginecológica. Revista da Associação Médica Brasileira, v.55, n.2, p.181-187, 2009.

KAZMIRCZAK, A; GIOVELLI, F.H; GOULART, L.S. Caracterização das Infecções do Trato Urinário Diagnosticadas no Município de Guarani das Missões – RS. Revista Brasileira de Análises Clínicas, v.37, n.4, p.205-207, 2005.

KOCH, C.R. *et al.* Resistência antimicrobiana dos uropatógenos em pacientes ambulatoriais, 2000-2004. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical,

v.41, n.3, p.277-281, 2008.

LOPES, H.V.; TAVARES, V. Diagnóstico das infecções do trato urinário. Revista da Associação Médica Brasileira, v.51, n.6, p.301-312, 2005.

LUCCHETTI, G. *et al.* Infecções do trato urinário: análise da frequência e do perfil de sensibilidade dos agentes causadores de infecções do trato urinário em pacientes com cateterização vesical crônica. Jornal Brasileiro Patologia e Medicina Laboratorial, v.41, n.6, p.383-389, 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria 2616/98. Regulamenta as ações de controle de infecção hospitalar no país. Brasília: Ministério da Saúde; 1008.

MENICUCCI, S.A.C; FONSECA V.P. Infecção do trato urinário nosocomial. In: COUTO R.C *et al.* Infecção hospitalar e outras complicações não infecciosas da doença. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009. p. 435-440.

NETO, J.L.E.S. *et al.* Infecção do trato urinário relacionada com a utilização do catéter vesical de demora: resultados da bacteriúria e da Microbiota estudadas. Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões, v.35, n.1, p.028-033, 2008.

OLIVEIRA, A.C. Infecção hospitalar em unidade de tratamento intensivo de um hospital universitário brasileiro. Revista Latino – Americana de Enfermagem, v.18, n.2, p.97-104, 2010.

OLIVEIRA, R.D.R.; MAFFEI, C.M.L.; MARTINEZ, R. Infecção urinária hospitalar por leveduras do gênero *Candida*. Revista da Associação Médica Brasileira, v.47, n.3, p.231-235, 2001.

POLETTO, K; REIS, C. Suscetibilidade antimicrobiana de uropatógenos em pacientes ambulatoriais na cidade de Goiânia, GO. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, v.38, n.5, p.416-420, 2005.

RODRIGUES, T.M. Como diagnosticar e tratar a infecção Urinária. Revista Brasileira de Medicina, v.67, p.100-109, 2010.

SILVA, V.P.; MEDEIROS, E.A.S. Infecção hospitalar do trato urinário. In: VERONESI, R. Tratado de infectologia. 3. ed. São Paulo: Atheneu, 2005.

SILVEIRA, S.A. *et al.* Prevalência e suscetibilidade bacteriana em infecções do trato urinário de pacientes atendidos no hospital universitário de Uberaba. Revista Brasileira de Análises Clínicas, v.42, n.3, p.157-160, 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA. Infecção do trato urinário no idoso. Projeto diretrizes. São Paulo: Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina, 2004.

STAMM, A.M.N.F. *et al.* Infecção do trato urinário relacionada à cateterização vesical: análise multivariada de fatores de risco em uma população geriátrica e não geriátrica. *Revista Brasileira de Medicina*, v.64, n. 1, p.18-25, 2006.

STAMM, A.M.N.de.F. *et al.* Cateterização vesical e infecção do trato urinário: estudo de 1.092 casos. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, v.35, n.2, p.72-77, 2006.

APRESENTAÇÃO

A revista *Cadernos de Ciência e Saúde* é uma publicação multidisciplinar e semestral. Publica artigos originais e inéditos, resenhas críticas e notas de pesquisa (textos inéditos); edita debates e entrevistas; e veicula resumos de dissertações e teses e notas sobre eventos e assuntos de interesse, inclusive revisão crítica sobre tema específico, que contribuam para o conhecimento e desenvolvimento das Ciências da Saúde. Os editores reservam-se o direito de efetuar alterações e/ou cortes nos originais recebidos para adequá-los às normas da revista, mantendo estilo e conteúdo.

NORMAS EDITORIAIS

As normas da revista *Cadernos de Ciência e Saúde* são baseadas nas normas técnicas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT).

A emissão de opiniões, conceitos, e considerações finais/conclusões, bem como a exatidão e procedência das citações e referências, são de responsabilidade exclusiva dos autores.

Considera-se dos autores a responsabilidade por declarar conflitos de interesse; apoio financeiro, técnico, institucional ou pessoal relacionados ao estudo; agradecimentos.

A decisão sobre a publicação é de responsabilidade do Conselho de Editoração. O artigo deve cumprir as normas da revista para apreciação. O Conselho de Editoração deverá decidir acerca da aceitação ou apresentar sugestões aos autores para modificações que julgar necessárias.

O critério para autoria do artigo está baseado na contribuição substancial de cada uma das pessoas listadas como autores, no que se refere à concepção e planejamento do projeto de pesquisa, obtenção ou análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica. A inclusão de nome de autores cuja contribuição não se enquadre nos critérios acima, poderá ocorrer na seção "Agradecimentos".

Processo de julgamento dos artigos

Os artigos submetidos, que atendem às "instruções aos autores" e que se enquadrem com a sua política editorial, são encaminhados ao Editor para primeira avaliação que considerará o mérito científico da contribuição. Após a aprovação nesta primeira etapa, os artigos serão encaminhados aos consultores *Ad hoc* previamente selecionados pelo Editor. Todos os artigos são enviados a dois consultores de reconhecida experiência na temática abordada. Os consultores têm o prazo de, no máximo, 28 dias para entrega dos pareceres, quando for aceita a realização da avaliação pelos avaliadores. Caso contrário, será enviado para outros consultores. Em persistindo a não aceitação, dois membros do Conselho

Editorial avaliarão o artigo. Em caso de desacordo entre os avaliadores, o artigo será encaminhado para uma segunda avaliação. No caso da identificação de conflito de interesse por parte dos consultores, será encaminhado para outro consultor. Posteriormente serão encaminhados os pareceres de aceitação de publicação, necessidade de reformulação ou de recusa justificada aos autores.

Os pareceres dos avaliadores serão disponibilizados para a correspondência eletrônica do autor responsável pela submissão que terá o prazo de 10 (dez) dias para atender as solicitações.

É garantido o anonimato durante todo o processo de julgamento. A decisão sobre aceitação é tomada pelo Conselho Editorial.

Os artigos aceitos sob condição serão devolvidos aos autores para modificações/alterações necessárias e normalizações de acordo com o estilo da revista.

Caso o número de trabalhos aprovados ultrapasse o número máximo de artigos para uma edição, os artigos excedentes serão publicados na edição posterior.

Forma e preparação dos manuscritos

1. Os *Cadernos de Ciência e Saúde* aceitam trabalhos para as seguintes seções:

1.1 Revisão - revisão crítica da literatura sobre temas pertinentes à saúde pública (até 20 laudas e 5 ilustrações);

1.2 Artigos - resultado de pesquisa de natureza empírica, experimental ou conceitual (até 18 laudas e 5 ilustrações);

1.3 Notas - nota prévia, relatando resultados parciais ou preliminares de pesquisa (até 5 páginas 3 ilustrações);

1.4 Resenhas - resenha crítica de livro relacionada a temática Ciências da Saúde, publicado nos últimos dois anos (máximo de 3 páginas);

1.5 Cartas - crítica a artigo publicado em fascículo anterior dos *Cadernos de Ciência e Saúde* (até 3 páginas e 1 ilustração);

1.6 Relato de Experiência (até 15 páginas e 3 ilustrações);

1.7 Atualização (até 20 páginas);

2 Os *Cadernos de Ciência e Saúde* aceitam colaborações em português.

3. Os *Cadernos de Ciência e Saúde* aceitam somente artigos inéditos e originais, e que não estejam em avaliação em nenhum outro periódico simultaneamente. Os autores devem declarar essas condições no processo de submissão. Caso seja identificada a publicação ou submissão simultânea em outro periódico o artigo será desconsiderado. A submissão simultânea de um artigo científico a mais de um periódico constitui grave falta de ética do autor.

4. O artigo que envolva pesquisa ou relato de experiência com seres humanos deverá apresentar em anexo uma cópia do documento de aprovação por um comitê de ética de pesquisa (de acordo com a Resolução n.º 196 / 96, do Conselho

Nacional de Saúde) ou uma justificativa para ausência desse documento contendo a descrição dos cuidados éticos adotados pelo(s) autor(es) para substituí-lo. É responsabilidade dos autores reconhecer e informar ao Conselho Editorial a existência.

5. Os originais devem ser digitados em *Word* respeitando o número máximo de laudas definido por seção da revista.

6. Da folha de rosto devem constar título em português que deve ser centralizado, em caixa alta, *Times New Roman*, tamanho 12, espaçamento 1,5.

Abaixo do título: Nomes dos autores (centralizado; não deve estar em caixa alta; inicia-se pelo primeiro nome, seguido do nome do meio e por último o sobrenome) com as informações, em nota de rodapé, referentes a cada autor na seguinte ordem: Titulação, vínculo institucional - Departamento, Unidade, Universidade (apenas um, por extenso), Cidade, Estado (abreviação), País e e-mail.

Observação: não havendo vínculo institucional, informar a titulação, a atividade profissional, a cidade, o estado e o país.

A indicação dos nomes dos autores logo abaixo do título é limitada a seis. Acima deste número serão listados nos Agradecimentos.

7. Ainda na folha de rosto o (s) autor (es) deve (m) explicitar se o trabalho foi financiado, se é resultado de monografia, dissertação de mestrado ou tese de doutorado (nesse caso o orientador deverá ser incluído como autor), em notas de rodapé cuja numeração será no título.

8. Resumos e descritores – devem ser apresentados, **na folha de rosto**, dois resumos, sendo um em português e outro em inglês (abstract), incluindo descritores e keywords.

Artigos originais – para os artigos originais, o resumo deve conter no máximo 250 (duzentas e cinquenta) palavras, estabelecendo os *objetivos* do estudo ou investigação, os *métodos empregados*, os principais *resultados* e as principais *conclusões*. Os resumos devem estar com letra tamanho 11, e espaçamento simples. Abaixo do resumo, em português, deve ser fornecido de 3 (três) a 6 (seis) palavras-chave extraídas do vocabulário “Descritores em Ciências da Saúde” (LILACS - disponível nas bibliotecas médicas ou na Internet <http://www.decs.bvs.br>). Após o resumo em português vem o título do trabalho em inglês (centralizado, em caixa alta, *Times New Roman*, tamanho 12, espaçamento 1,5) seguido do abstract (*Times New Roman*, tamanho 11, e espaçamento simples). As keywords devem seguir o Medical Subject Headings (Mesh – disponível em <http://www.nlm.nih.gov/mesh/meshhome.html>) quando acompanharem os resumos em inglês.

Demais categorias – para as demais categorias, o formato do resumo deve ser narrativo, com até 250 (duzentas e cinquenta) palavras, destacando o objetivo, os métodos usados para levantamento das fontes de dados, os critérios de seleção dos trabalhos incluídos, os aspectos mais importantes discutidos e as conclusões

mais importantes e suas aplicações. (Somente não necessitam de resumo, as Cartas e as Resenhas).

9. O texto deve ser redigido em Times New Roman, tamanho 12 com espaço entre linhas 1,5, digitado com paragrafação de 2cm, formato A4, (21cm x 29,7cm). As folhas devem apresentar margem esquerda e superior de 3 (três) centímetros e direita e inferior de 2 (dois) centímetros.

10. Em texto com dois autores ou mais devem ser especificadas, antes das referências, as responsabilidades individuais (com a seção: **RESPONSABILIDADES INDIVIDUAIS**, em caixa alta e negrito) de todos os autores na preparação do mesmo, de acordo com um dos modelos a seguir:

Modelo 1: “Os autores trabalharam juntos em todas as etapas de produção do manuscrito.”

Modelo 2: “Autor X responsabilizou-se por...; Autor Y responsabilizou-se por...; Author Z responsabilizou-se por..., etc. “

11. Tabelas e gráficos podem ser produzidos em Word ou Excel. Todas as ilustrações devem estar dentro do texto com respectivas legendas e numeração em algarismos arábicos.

12. As citações diretas curtas (de até três linhas) são inseridas no texto entre aspas. As citações diretas longas (mais de três linhas) devem constituir um parágrafo independente, recuado (4cm da margem esquerda) em fonte tamanho 11 (onze) e espaçamento 1 (um) entre linhas, dispensando aspas. Ressalta-se que deve-se evitar citações diretas no artigo.

13. As citações obedecem à recomendação das normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), em especial a NBR 10.520 ou a que a substituir.

14. As referências devem seguir a NBR 6023, da ABNT. No corpo do texto, citar apenas o sobrenome do autor e o ano de publicação, seguidos da página no caso de citações diretas. Todas as referências citadas no texto deverão constar nas referências, ao final do artigo, em ordem alfabética, alinhadas à esquerda, conforme exemplos abaixo. Os autores são responsáveis pela exatidão das referências, assim como por sua correta citação no texto.

15. **Agradecimentos** – devem ser breves e objetivos, somente a pessoas ou instituições que contribuíram significativamente para o estudo, mas que não tenham preenchido os critérios de autoria, desde que haja permissão expressa dos nomeados. Podem constar agradecimentos a instituições pelo apoio econômico, material e outros.

16. **Declaração** de Conflito de interesses, Transferência de direitos autorais,

Responsabilidade - Os autores devem informar, em declaração, qualquer potencial conflito de interesse, a transferência de direitos autorais e a responsabilidade dos autores em uma única declaração (seguir modelo abaixo).

DECLARAÇÃO

Declaro/Declaramos, para os devidos fins que não qualquer potencial de conflito de interesses. Certifico/Certificamos que participei/participamos suficientemente do trabalho "TÍTULO DO ARTIGO" para tornar pública a minha/nossa responsabilidade pelo conteúdo. Certifico/Certificamos que o artigo representa um trabalho original e que nem este manuscrito, em parte ou na íntegra, nem outro trabalho com conteúdo substancialmente similar, de minha/nossa autoria, foi publicado ou está sendo considerado para publicação em outro periódico, quer seja no formato impresso ou no eletrônico. Declaramos que em caso de aceitação do artigo, concordo/concordamos que os direitos autorais a ele referentes se tornarão propriedade exclusiva da revista Cadernos de Ciência e Saúde, vedada qualquer reprodução, total ou parcial, em qualquer outra parte ou meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem que a prévia e necessária autorização seja solicitada e, se obtida, farei constar o competente agradecimento à Revista Espaço Para a Saúde.

Cidade, e data.

Nome e assinatura de cada um dos autores.

17. **Submissões** - As submissões devem ser realizadas via e-mail como arquivo anexo para o seguinte endereço: cienciaesaude@fasa.edu.br

Padrões para referências:

Livros:

SHULTZ, João. *Ciência e saúde*. Rio de Janeiro: Zahar, 2006. 308p.

Capítulos de livros:

PEREIRA, Nelson T. A mortalidade perinatal no Brasil. In: GUSMÃO, B. (Org.). *Epidemiologia e a saúde coletiva no Brasil: dos anos 80 aos dias atuais*. Rio de Janeiro: Scipione, 2001. p. 140-173.

Trabalhos apresentados em congressos, seminários etc.

CONGRESSO BRASILEIRO DE EPIDEMIOLOGIA, 1., 1990, São Paulo. *Anais...* São Paulo: UNICAMP, 1990. 431p.

GOMES, Lílian P. Epidemiologia dos acidentes ofídicos no Brasil. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EPIDEMIOLOGIA, 2., 1994, Belo Horizonte. *Anais...* Belo Horizonte: ABRASCO, 1994. p. 80-89.

