

# CUIDADO EM SAÚDE

CONTEXTOS,  
DIVERSIDADE  
E DIMENSÕES



AMANDA MARIA VILLAS BÔAS RIBEIRO  
ORGANIZADORA

EDITORA INOVAR

## **CUIDADO EM SAÚDE: contextos, diversidades e dimensões**



Amanda Maria Villas Bôas Ribeiro  
Organizadora

CUIDADO EM SAÚDE: CONTEXTOS, DIVERSIDADES E DIMENSÕES

1.<sup>a</sup> edição



## Copyright © das autoras e dos autores.

Todos os direitos garantidos. Este é um livro publicado em acesso aberto, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que sem fins comerciais e que o trabalho original seja corretamente citado. Este trabalho está licenciado com uma Licença Creative Commons Internacional (CC BY-NC 4.0).



---

Amanda Maria Villas Bôas Ribeiro (Organizadora).

**Cuidado em saúde:** contextos, diversidades e dimensões. Campo Grande: Editora Inovar, 2021. 126p.

ISBN: 978-65-86212-62-4

DOI: 10.36926/editorainovar-978-65-86212-62-4

1. Saúde. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Cuidado em saúde. 4. Autores. I. Título.

CDD – 614

---

**Os conteúdos dos capítulos são de responsabilidade dos autores.**

**Revisão do texto: os autores.**

### **Conselho Científico da Editora Inovar:**

Franchys Marizethe Nascimento Santana (UFMS/Brasil); Jucimara Silva Rojas (UFMS/Brasil); Maria Cristina Neves de Azevedo (UFOP/Brasil); Ordália Alves de Almeida (UFMS/Brasil); Otilia Maria Alves da Nóbrega Alberto Dantas (UnB/Brasil), Guilherme Antônio Lopes de Oliveira (CHRISFAPI - Cristo Faculdade do Piauí).

Editora Inovar  
www.editorainovar.com.br  
79002-401 - Campo Grande – MS  
2021

Certa vez, atravessando um rio, Cuidado viu um pedaço de terra argilosa: cogitando, tomou um pedaço e começou a lhe dar forma. Enquanto refletia sobre o que criara, interveio Júpiter. Cuidado pediu-lhe que desse espírito à forma de argila, o que ele fez de bom grado. Como Cuidado quis então dar seu nome ao que tinha dado forma, Júpiter proibiu e exigiu que fosse dado seu nome. Enquanto Cuidado e Júpiter disputavam sobre o nome, surgiu também a Terra (tellus) querendo dar o seu nome, uma vez que havia fornecido um pedaço do seu corpo. Os disputantes tomaram Saturno como árbitro. Saturno pronunciou a seguinte decisão, aparentemente equitativa: "Tu, Júpiter, por teres dado o espírito, deves receber na morte o espírito e tu, Terra, por teres dado o corpo, deves receber o corpo. Como porém foi o Cuidado quem primeiro o formou, ele deve pertencer ao Cuidado enquanto viver. Como, no entanto, sobre o nome há disputa, ele deve se chamar 'homo', pois foi feito de *húmus* (terra)." (HEIDEGGER, 1995).

## APRESENTAÇÃO

O livro “Cuidado em saúde: Contextos, diversidades e dimensões” foi organizado com objetivo de disseminar estudos, frutos de experiências práticas, trabalhos de conclusão de curso de graduação ou pós-graduação, que estejam relacionados ao cuidado em saúde, em seus diferentes contextos e dimensões.

Nessa perspectiva, o livro tem trabalhos que versam sobre o cuidado no contexto do adoecimento crônico, atenção à saúde da mulher e criança. Além disso, os trabalhos versam sobre o cuidado no âmbito da Atenção Primária à Saúde e saúde do trabalhador.

Espera-se que este livro possa contribuir com reflexões pertinentes para produção de um cuidado efetivo e inovador.

## SUMÁRIO

<b>CAPÍTULO 1</b> <b>A ENFERMAGEM NO CUIDADO PALIATIVO NA ONCOLOGIA PEDIÁTRICA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA</b> <i>Aila Melo Souza Santos</i> <i>Antônia Vanessa Flor Macário</i> <i>Larissa de Oliveira Ulisses</i>	<b>9</b>
<b>CAPÍTULO 2</b> <b>PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE</b> <i>Amanda Maria Villas Bôas Ribeiro</i> <i>Maria Lúcia Silva Servo</i> <i>Bruna Santos de Oliveira</i> <i>Narla Denise Rodrigues Fernandes</i>	<b>19</b>
<b>CAPÍTULO 3</b> <b>MODIFICAÇÕES OCORRIDAS NA VIDA COTIDIANA DO INDIVÍDUO COM FERIDA CRÔNICA</b> <i>Josilene Silva Magalhães Santana</i> <i>Amanda Maria Villas Bôas Ribeiro</i>	<b>32</b>
<b>CAPÍTULO 4</b> <b>A SAÚDE MENTAL DA MULHER NO PERÍODO GESTACIONAL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA</b> <i>Aline Lopes Cordeiro Carvalho de Lima</i> <i>Frank Evilácio de Oliveira Guimarães</i>	<b>44</b>
<b>CAPÍTULO 5</b> <b>O CUIDADO DE ENFERMAGEM NO PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO DE MULHERES SUBMETIDAS À MASTECTOMIA</b> <i>Hélida Caroline da Silva Oliveira</i> <i>Larissa de Oliveira Ulisses</i>	<b>55</b>
<b>CAPÍTULO 6</b> <b>PERFIL CLÍNICO E SOCIODEMOGRÁFICO DE CRIANÇAS COM NECESSIDADES ESPECIAIS DE SAÚDE EM PROCESSO DE DESOSPITALIZAÇÃO</b> <i>Larissa de Oliveira Ulisses</i> <i>Agatha Barbosa Caldas</i> <i>Thaysy Andrade Silva Bispo</i> <i>Maria Carolina Ortiz Whitaker</i> <i>Climene Laura Camargo</i> <i>Erivânia Guedes da Paz</i> <i>Mariana Teles dos Santos</i>	<b>65</b>
<b>CAPÍTULO 7</b> <b>CUIDADO DE ENFERMAGEM ÀS CRIANÇAS COM NECESSIDADES ESPECIAIS DE SAÚDE</b> <i>Larissa de Oliveira Ulisses</i> <i>Thaysy Andrade Silva Bispo</i> <i>Agatha Barbosa Caldas</i> <i>Maria Carolina Ortiz Whitaker</i> <i>Climene Laura Camargo</i>	<b>77</b>



<b>CAPÍTULO 8</b>	<b>91</b>
<b>ASPECTOS DESENCADEADORES DA SINDROME DE <i>BURNOUT</i> EM ENFERMEIROS</b>	
<i>Andréia Azevedo Bastos</i>	
<i>Aline Lopes de Lima</i>	
<i>Larissa de Oliveira Ulisses</i>	
<b>CAPÍTULO 9</b>	<b>103</b>
<b>GENOGRAMA ENQUANTO FERRAMENTA PARA ABORDAGEM À FAMÍLIA NUMA PERSPECTIVA MULTIPROFISSIONAL: EXPERIÊNCIA DE PROFISSIONAIS RESIDENTES</b>	
<i>Amanda Maria Villas Bôas Ribeiro</i>	
<i>Bruna Santos de Oliveira</i>	
<i>Narla Denise Rodrigues Fernandes</i>	
<i>Ângela Cristina Fagundes Góes</i>	
<b>CAPÍTULO 10</b>	<b>112</b>
<b>REFLEXÕES COTIDIANAS ACERCA DO PROCESSO DE TRABALHO DO NASF EM UM MUNICÍPIO DA BAHIA</b>	
<i>Sabrina Nogueira Brito</i>	
<i>Felipe do Carmo de Carvalho</i>	
<i>Aleciane Rocha de Oliveira</i>	
<b>SOBRE A ORGANIZADORA</b>	<b>120</b>
<i>Amanda Maria Villas Bôas Ribeiro</i>	
<b>ÍNDICE REMISSIVO</b>	<b>121</b>

## CAPÍTULO 1

A ENFERMAGEM NO CUIDADO PALIATIVO NA ONCOLOGIA PEDIÁTRICA: UMA REVISÃO  
INTEGRATIVA

Aila Melo Souza Santos<sup>1</sup>  
Antônia Vanessa Flor Macário<sup>1</sup>  
Larissa de Oliveira Ulisses<sup>2</sup>

## RESUMO

**INTRODUÇÃO:** Prestar cuidados a crianças com câncer é um desafio para os profissionais de enfermagem, pelo alto custo emocional e especificidades que envolvem esta etapa. Este estudo tem como objetivo descrever as ações de enfermagem à pacientes pediátricos em cuidados paliativos na oncologia. **METODOLOGIA:** Trata-se de uma revisão integrativa sobre as principais ações dos profissionais de enfermagem nos cuidados paliativos de pacientes pediátricos acometidos por sintomas oncológicos. A coleta foi realizada a partir de um levantamento de artigos disponíveis no banco de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), através dos descritores: cuidados paliativos; enfermagem; criança; oncologia, empregando o operador booleano “and” entre as expressões. Incluíram-se artigos originais no período de 2010 a 2018, disponíveis na íntegra em português que abordassem a temática. **RESULTADOS:** Diante da análise dos artigos, os resultados evidenciam que as principais ações de enfermagem às crianças em cuidados paliativos na oncologia contemplam a assistência integral ao paciente, o profissional da enfermagem precisa abranger desde a orientação as famílias até a prevenção e o alívio do sofrimento. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Conclui-se que o profissional de enfermagem tem papel fundamental nas ações ao público estudado, sendo demonstrado nos estudos as mais diversas ações do enfermeiro inserido na equipe interprofissional de cuidados paliativos na oncologia pediátrica, tais como o apoio e orientação ao paciente, alívio da dor e outros sintomas, escuta, atenção, acolhimento, conforto, cuidados de higiene, e a preservação da integridade da criança.

**Palavras-chave:** Cuidados Paliativos. Oncologia pediátrica. Enfermagem pediátrica.

## 1 INTRODUÇÃO

O câncer é um problema de saúde pública no Brasil, devido, sobretudo, a sua abrangência, variedade, complexidade e magnitude epidemiológica, social e econômica (BERTOLOTE; FLEISCHMANN, 2009). Trata-se de uma doença causada pelo crescimento celular desordenado e pela invasão de tecidos e órgãos, sendo que parte significativa dessa enfermidade pode ser prevenida (BRANDÃO et al, 2017). O câncer infantil corresponde a uma série de doenças crônicas não transmissíveis que atinge crianças e adolescentes (SILVA et al, 2013).

<sup>1</sup> Graduanda em Enfermagem pela Faculdade Metropolitana de Camaçari.

<sup>2</sup> Enfermeira, Mestre em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Coordenadora do Curso de Enfermagem da Faculdade Metropolitana da Camaçari (FAMEC). E-mail: lariulisses@gmail.com. ORCID ID: <http://orcid.org/0000-0002-8762-2392>

Estima-se que para cada ano biênio 2018-2019 no Brasil ocorrerão 420 mil novos casos de câncer, fora o câncer de pele não melanoma (OMS, 2018). Sabendo que uma vez que o percentual mediano de tumores infantojuvenis, observados no Registro de Câncer de Base Populacional (RCBP) brasileiros, é de 3%. Logo, compreende-se que haverá 12.500 novos casos de câncer em crianças e adolescentes até os 19 anos. As regiões que apresentarão maiores números de casos novos são as Regiões Sudeste e Nordeste 5300 e 2.900, seguidos pelo Centro-Oeste (1.800 novos casos), Sul (1.300 novos casos) e Norte (1.200 novos casos), nesta ordem (INCA, 2018).

Na pediatria, cuidados paliativos são cuidados de saúde integrais e ativos prestados a crianças que sofrem com doenças crônicas, progressivas e avançadas. Portanto, são cuidados de caráter essencialmente humanístico, realizado sem o propósito curativo dos demais procedimentos terapêuticos, consistem efetivamente em ações de higiene, de apoio social, psicológico, espiritual, acolhimento, alívio da dor e do sofrimento (LIMA; NASCIMENTO, 2017).

Neste sentido a atuação do profissional na oncologia pediátrica demanda além do conhecimento científico, técnico, afetivo no cuidado à criança e seus familiares, visando sempre a promoção a saúde, qualidade de vida, conforto, bem-estar da criança e seus familiares, estando atento às particularidades e singularidades de todos, para que de maneira crítica, reflexiva e consciente no atendimento de suas necessidades (SILVA et al, 2013).

Sabe-se que o serviço ofertado pelo profissional de enfermagem é de extrema valia na assistência a enfermidade. Onde é necessário mais do que um profissional qualificado em termos técnicos, os pacientes carecem de diversas necessidades daqueles que os ofertam cuidados (FUNGHETTO; ROMAN, 2015). Rogam por zelo, respeito, solidariedade, compreensão, paciência, manifestação de afeto, consolo e empatia, a fim de que tais cuidados possam atenuar todo e qualquer sofrimento de uma doença e/ou enfermidade. Desse modo um profissional humanizado acaba, muitas vezes, diminuindo possíveis sofrimentos de seus pacientes. O enfermeiro humanizado deve atuar, por conseguinte, de modo que consiga entender, respeitar e se colocar no lugar dos seus pacientes (RIBEIRO, 2015).

Para a garantia de uma qualidade de vida melhor, surge então a proposta que o cuidado paliativo tem em relação ao processo da enfermidade e o processo de morte e morrer, tendo como objetivo trazer de volta a dignidade humana do paciente que tem o diagnóstico de morte e morrer (AAAC, 2016).

Diante disso, a enfermagem tem como instrumento a prescrição de praticamente todos os cuidados que tem um papel muito importante na assistência paliativa, seguindo sempre o modelo firmado na bioética dos cuidados paliativos. Torna-se cada vez mais necessário estabelecer o papel dos profissionais diante dessa assistência tão importante, sem esquecer ou diminuir o que diz respeito ao processo de morte e morrer, onde o paciente se depara com a finitude (FRANCO et al, 2017).

O objetivo desse estudo foi revisar a literatura científica a fim de elencar as principais ações da enfermagem às crianças em cuidados paliativos na oncologia.

## **2 METODOLOGIA**

A revisão integrativa consiste na construção de uma análise ampla da literatura, determina o conhecimento atual sobre uma temática específica, já que é conduzida para identificar estudos independentes sobre o mesmo assunto, contribuindo para uma repercussão benéfica na qualidade do cuidado prestado ao paciente (SOUZA, SILVA e CARVALHO, 2010).

Portanto, trata-se de uma revisão integrativa sobre as principais ações dos profissionais de enfermagem nos cuidados paliativos de pacientes pediátricos acometidos por sintomas oncológicos.

A coleta foi realizada a partir de um levantamento de artigos disponíveis no banco de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), através dos descritores: cuidados paliativos; enfermagem; criança; oncologia, empregando o operador booleano “and” entre as expressões. Incluíram-se artigos originais no período de 2010 a 2018, disponíveis na íntegra em português que abordassem a temática. Foram excluídos artigos resumos, monografias, dissertações e teses; duplicados e aqueles que não respondiam à questão de pesquisa.

Definiram-se os estudos pela leitura dos títulos e resumos das pesquisas de acordo com os critérios de inclusão e exclusão. Posteriormente, foi feita uma leitura exaustiva das publicações pré-selecionadas para determinar quais seriam utilizadas na análise final e, por conseguinte, a definição das categorias temáticas de acordo a análise e a apresentação dos resultados da revisão e da síntese do conhecimento.

Utilizou-se, para a coleta de dados, um formulário validado na pesquisa contendo informações sobre o nome do artigo, o periódico, o ano de publicação, objetivo e as considerações trazidas pelos estudos.

## **3 RESULTADOS**

Selecionou-se inicialmente 51 estudos, que a partir do filtro temporal e disponibilidade na íntegra, 34 foram excluídos. Dos 17 estudos restantes, após leitura dos títulos e resumo dos mesmos, finalizou-se essa etapa com 12 estudos. Por conseguinte, procedeu-se a leitura exaustiva na totalidade dos artigos utilizados para selecionar elementos relevantes e para o processo de avaliação dos dados, e a seleção das informações que estivessem associadas diretamente ao tema abordado, tendo como resultado final, 05 publicações para essa revisão que estão apresentados no quadro 1.

Desta forma, respeitando fidedignamente a autoria dos artigos manuseados e interpretados, obedecendo aos direitos autorais, realizou-se a discussão descritiva desses achados de acordo com eixos temáticos elaboradas no decorrer da pesquisa.

**Quadro 1** – Descrição dos estudos sobre as ações de enfermagem às crianças em cuidados paliativos na oncologia, segundo o ano de publicação autoria, periódico, objetivo e as considerações.

Nº	ANO	AUTOR	PERIÓDICO	OBJETIVO(S) DO ARTIGO	CONSIDERAÇÕES
1	2015	Carmo e Oliveira	Rev. Brasileira de cancerologia	<p>Descrever as especificidades do cuidado de enfermagem a criança com câncer em processo de morrer e sua família e</p> <p>analisar a atuação da equipe de enfermagem frente a criança com câncer em processo de morrer e sua família.</p>	<p>A equipe de enfermagem apresenta dificuldades em lidar com a morte da criança com câncer em processo de morrer e apoiar</p> <p>Sua família. Essas dificuldades estão relacionadas a falta de entendimento sobre os cuidados paliativos.</p>
2	2015	Silva, et al	Rev. Gaúcha de Enferm	<p>Conhecer as percepções, saberes e práticas da equipe multiprofissional na atenção às crianças em cuidados paliativos em unidade de oncologia pediátrica. As questões norteadoras basearam-se no cotidiano do cuidado, nas facilidades e nas dificuldades vivenciadas, aspectos essenciais da abordagem profissional, e no enfoque interdisciplinar na atenção às crianças em cuidados paliativos e suas famílias.</p>	<p>Os temas revelaram que a equipe sofre, igualmente, com a morte da criança e, de forma semelhante à família, move-se em direção à construção de mecanismos de enfrentamento para a elaboração do luto. Paradoxalmente, a equipe compartilha saberes para delinear as bases do projeto terapêutico singular a ser implementado e insere a família nesse processo para que possa assumir o protagonismo do cuidado à criança.</p>
3	2014	Silva, et al	Rev eletrônica de Enfermagem	<p>Identificar os indícios da integralidade do cuidado na prática dos profissionais da equipe de enfermagem</p> <p>no contexto da atenção paliativa oncológica.</p>	<p>Neste estudo buscou-se identificar os indícios da</p> <p>integralidade do cuidado na prática dos profissionais da</p> <p>equipe de enfermagem que atuam nas enfermarias no</p> <p>contexto da atenção paliativa oncológica.</p>
4	2016	Guimarães , et al	Esc Anna Nery	<p>Conhecer a percepção dos acadêmicos de enfermagem sobre os cuidados paliativos em oncologia pediátrica.</p>	<p>A complexidade e os múltiplos aspectos envolvidos no cuidado paliativo exige que o mesmo seja abordado durante a graduação dos enfermeiros.</p>

5	2017	Guimarães, et al	Rev Gaúcha de Enferm	Identificar e descrever a visão dos acadêmicos de enfermagem sobre os cuidados paliativos em oncologia pediátrica	É necessária a ampliação da discussão sobre os cuidados paliativos em oncologia pediátrica durante a graduação do enfermeiro.
---	------	------------------	----------------------	---	---

## 4 DISCUSSÃO

Os estudos revelaram que as ações de enfermagem frente às crianças em cuidados paliativos na oncologia envolvem o atendimento das necessidades das crianças, em parceria com ações multiprofissionais, permeadas por angústias, reflexo da falta de preparo em lidar com a morte pela equipe, conforme descritos nas categorias a seguir.

### 4.1 AÇÕES DE ENFERMAGEM FRENTE ÀS NECESSIDADES DAS CRIANÇAS EM CUIDADOS PALIATIVOS

A enfermagem frente aos cuidados paliativos pediátricos revela um cuidado que não se baseia apenas em protocolos, mas também em princípios. É necessário ter uma visão holística, valorizar a vida e encarar a finitude como um processo natural, assim não adia e nem prolonga esse fim, mas ampara a criança e a sua família em seus medos e angustias, promovendo o alívio da dor e outros sintomas, para que consiga viver mais ativo (BERTACHINI e PESSINI, 2010).

Portanto o papel da enfermagem se inicia no momento em que é dada a notícia para a família e a criança, dependendo da sua capacidade e idade para entender o que está sendo dito, até o momento de apoio no período do luto da família (GUIMARÃES et al., 2016).

A equipe de enfermagem acaba se destacando no contexto da hospitalização, por conta da sua atuação no que se diz respeito em ouvir, ser atenciosa e objetiva, principalmente no seu acolhimento, promovendo conforto, um ambiente tranquilo, posicionando de maneira confortável, fazer a higiene adequada evitando movimentos bruscos que favorecem o cansaço físico e ter cuidado para não aumentar o esforço respiratório, promover o repouso e o sono, agir e reagir adequadamente ao se deparar com momentos difíceis, promover o crescimento, empoderar, lutar para preservar a integridade física moral e espiritual (ANJOS; SANTOS; CARVALHO, 2015).

Cabe a enfermagem avaliar, dimensionar a complexidade da dor, implementando a terapêutica, pois na maioria das vezes a criança encontra-se com fadiga, náusea, pode apresentar episódios de êmese,

constipação por conta dos efeitos adversos das medicações, podem ficar deprimidas pela alteração na sua aparência que a queda de cabelo e o emagrecimento causam (SILVA et al., 2015).

Nos estudos desenvolvidos por Guimarães et al. (2016), destacou que é imprescindível a atuação do enfermeiro junto a criança, dando apoio e orientações, esclarecendo as mudanças que podem ocorrer no seu corpo, o motivo pelo qual está hospitalizado ou terá que retornar para o hospital, os efeitos colaterais das medicações, as limitações para praticar algumas atividades. É necessário compreender o desenvolvimento e comportamento infantil, pois muitas vezes a criança é pequena demais para expressar através da fala o que está sentindo. Torna-se fundamental conhecer os parâmetros de sinais para cada faixa etária, visando determinar as variações e manifestações da dor.

Portanto para avaliação da dor em pediatria diversos instrumentos podem ser utilizados, como a entrevista para as crianças que já verbalizam e entende o que está sendo perguntado, e podem auto relatar a dor, mas de qualquer forma o profissional precisa perguntar de forma lúdica, sem utilizar termos técnicos, para melhor compreensão. Pode ser utilizado escalas que levam em consideração aspectos de comportamento, posição do corpo, expressão facial, o choro, frequência cardíaca, frequência respiratória e sudorese (GUIMARÃES et al, 2016).

A equipe de enfermagem deve ouvir a criança e conversar sobre o momento vivido, o medo de sentir a morte próxima, a separação das pessoas e objetos amados e impossibilidade da realização de sonhos. A enfermagem precisa entender que esse cuidado não é somente do psicólogo, mas também da enfermagem; mas como a equipe de enfermagem tem dificuldade de lidar com a morte, ela precisa transferir esse cuidado para outro profissional (CARMO; OLIVEIRA, 2015).

Percebe-se que o cuidar na pediatria traz diversos desafios, dessa forma é importante que os profissionais busquem harmonia entre o cuidado humanizado e cuidado advindo de uso de tecnologias, para que possa diminuir os efeitos que a hospitalização infantil causa. Por isso é preciso considerar a criança na sua totalidade, percebendo que a sua singularidade é uma característica comum a todas as pessoas, sendo o elemento que diferencia das demais (SILVA, et al. 2014).

#### 4.2 FALTA DE PREPARO PROFISSIONAL E O CUIDADO PALIATIVO

É fundamental destacar que se faz necessário a inclusão da temática dos cuidados paliativos no currículo da graduação da área da saúde, sobretudo o curso de enfermagem, pois no território nacional demanda das doenças crônicas, principalmente o câncer só aumenta. Os futuros profissionais precisam ter uma formação generalista, crítica e reflexiva. Toda via os futuros profissionais terão que lidar com situações como a impossibilidade de cura e com eminência de morte, grandes frustrações, sentimento de impotência,

insegurança, podem se sentir despreparado, pois é pouco falado sobre essa fase de terminal na graduação (GUIMARÃES, et al. 2017).

Segundo Guimarães et al. (2016), os acadêmicos de enfermagem têm a visão que os cuidados paliativos têm como objetivo prolongar a vida, mas tal visão está equivocada, indica que a uma necessidade de maior abordagem do tema durante a graduação, para esclarecimento do real objetivo e compreensão da filosofia dos cuidados paliativos, uma vez que para a criança sem possibilidade de recuperação, a utilização de medidas curativas só causara mais dor e sofrimento.

Concomitante a isso, torna-se importante que as instituições de ensino forneçam alternativas extracurriculares que possibilitem o aprimoramento do conhecimento sobre o tema, e que englobem cursos, palestras, dinâmicas grupais, que possam explorar o público pediátrico, a partir disso os acadêmicos terão a certeza se querem lidar com a pediatria, pois muitos relatam ausência de afinidade e dificuldades emocionais e pessoais em lidar com a impossibilidade de cura em crianças (GUIMARÃES, et al. 2017).

A equipe de enfermagem que atua no seu cotidiano com crianças com câncer que estão em cuidados paliativos, propicia um enorme desgaste físico e emocional nos profissionais. Acabam sofrendo intensamente ao cuidar dos pacientes em terminais. Entende-se que existe uma dificuldade por partes dos profissionais aceitar a morte de uma criança.

Estudos apontam que existe uma resistência por parte dos profissionais em agregar e deixar os pais participar do cuidado a criança, explicar e ser sincero sobre todas as etapas, pois, a comunicação entre a enfermagem e os pais reduz a ansiedade e aumenta a aceitação na situação da doença e hospitalização da criança, além de proporcionar um ambiente tranquilo tanto para equipe, quanto para os pais e a criança. Então é preciso uma visão de que a família sofre e acaba sendo importante em todo o processo (CARMO; OLIVEIRA, 2015).

No estudo desenvolvido por Guimarães et al. (2017), revela que as enfermeiras que cuidam de crianças com câncer em cuidados paliativos sentem-se despreparados para comunicar más notícias, enfrentam dificuldades no manejo de crianças no final da vida, sentem dificuldade em viver o luto, pois querendo ou não o profissional vive diariamente com a criança e acaba criando um vínculo, e falta de treinamento para lidar com a família.

Quando o cuidar se sobrepõe ao curar, o profissional tem a necessidade de refletir sobre o seu papel nesse momento delicado da vida, é preciso resgatar a humanização perdida em todas as suas ações. Portanto é indispensável que os profissionais tenham um acompanhamento e estratégias para o enfrentamento das situações causadoras de estresse e desestabilização emocional, capacitação da equipe referente a estudos acerca dos cuidados paliativos. Faz-se necessário refletir com a equipe sobre essas questões, para assim ter transformação da prática assistencial de enfermagem (SILVA, et al. 2015).



Por fim, ainda se tratando da dimensão relacionada ao estudo de cuidados paliativos, cabe mencionar outro aspecto, que consiste justamente em abordar as vivências com a morte e o morrer por parte dos profissionais de enfermagem. Nesse quesito, por se tratar desse fenômeno enquanto prática cotidiana desses profissionais, a morte pode ganhar um momento de reflexão sobre o seu significado ou mesmo ser considerada como algo frio.

Num estudo realizado por Salomé, Cabali & Espósito (2010), com o objetivo de conhecer as experiências vivenciadas pelos profissionais de enfermagem que trabalham e convivem com a morte, foi possível compreender e apreender como esses profissionais vivenciaram o processo de morte de pacientes, expressando sentimentos de fracasso, perda, impotência, tristeza e medo.

Pode-se também afirmar que esses profissionais agregam o sentimento de luto no caso de morte; isto se compreende pelo fato de serem pessoas, ou seja, humanos, que também expressam emoções e têm suas limitações. Nesse sentido, se faz urgente trabalhar o luto entre familiares e membros da equipe, tema esse que vem merecendo as recomendações de autores, além de sensibilizar os distintos setores educacionais para a dimensão pedagógica do tema da morte.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Diante dos dados e da contextualização apresentada nesse estudo é possível constatar que lidar com crianças em cuidados paliativos na oncologia pode ser um processo mobilizador tanto para as crianças quanto para os seus pais e familiares além dos próprios profissionais envolvidos, que vivem permeados por angústias e o reflexo da falta de preparo em lidar com a morte. Com essa situação o cuidado paliativo surge a fim de propiciar uma assistência qualificada, respeitosa e empática para os pacientes que se encontrem sem possibilidade terapêutica de cura.

Dessa forma, verifica-se que a equipe multiprofissional, repleta dos mais diversos profissionais e saberes, onde todos têm sua importância, é parte essencial para o avanço de ações voltadas para crianças que se encontrem em cuidados paliativos na oncologia pediátrica, tendo essa equipe que lidar com desafios a cada dia, a equipe precisa também pensar e cuidar não só das crianças internadas como também de seus pais e/ou familiares. Sugerem-se ações voltadas para a qualificação dos profissionais e também para o relacionamento entre equipe e familiares das crianças, sendo uma estratégia capaz de diminuir angústias e temores, possibilitando o contato e fortalecimento do vínculo pais-filhos e também uma boa relação desses pais para com a equipe de saúde.

Observa-se também que o profissional de enfermagem tem papel fundamental nas ações ao público estudado, sendo demonstrado nos estudos as mais diversas ações do enfermeiro inserido na equipe de cuidados paliativos na oncologia pediátrica. Dentre eles destaca-se: apoio e orientação ao paciente, alívio da

dor e outros sintomas, escuta, atenção, acolhimento, conforto, cuidados de higiene, além da preservação da integridade da criança e dentre outros. A partir dos estudos feitos até o presente momento, foi observada a importância de se continuar investindo nesse tema e que as ações do enfermeiro no contexto de cuidado paliativo e oncologia pediátrica sejam ainda mais estudadas.

Recomenda-se mais estudos e pesquisas sobre a atuação dos profissionais de enfermagem que lidem com a temática em questão, e que temas como Humanização da assistência e relação entre equipe de enfermagem e familiares dos pacientes sejam pesquisados, com o intuito de que esses profissionais sejam melhores e mais completos nos atendimentos a pacientes pediátricos oncológicos em cuidados paliativos e que prestem o devido apoio aos familiares dos mesmos, afinal trabalhar com criança é também lidar com sua rede familiar.

Além da urgente necessidade de se falar e abordar sobre o processo de vida e morte no espaço acadêmico, a fim de preparar os futuros enfermeiros a lidar melhor com o processo de finitude da vida. Fazendo assim com que esses profissionais possam ofertar o melhor serviço para os pacientes que se encontrem nessa etapa de modo mais respeitoso, ativo e acolhedor possível.

Essa revisão de literatura é apenas um pequeno recorte das possibilidades da atuação do enfermeiro inserido em contexto de cuidados paliativos com pacientes pediátricos oncológicos na sociedade brasileira atual. Propõe-se que pesquisas futuras possam auxiliar em novas possibilidades para os enfermeiros e demais profissionais da equipe de saúde hospitalar, para que estes possam ofertar a melhor assistência aos usuários dos serviços de saúde.

## REFERÊNCIAS

AACC. Associação de Apoio à Criança com Câncer. São Paulo, 2016.

ANJOS, C. DOS; SANTO, F. H. DO E.; CARVALHO, E. M. M. S. DE. Childhood Cancer in the Family Environment: an Integrative Review. **REME: Revista Mineira de Enfermagem**, v. 19, n. 1, p. 227–233, 2015.

BERTACHINI, L.; PESSINI, L. A importância da dimensão espiritual na prática dos cuidados paliativos. **Revista Bioethikos - Centro Universitário São Camilo**, v. 4, n. 3, p. 315–323, 2010.

BERTOLOTE, J. M. et al. Psychiatric diagnoses and suicide: revisiting the evidence. *Crisis*, v. 25, n. 4, p. 147-155, 2004.

BRANDÃO, M.C.P; ANJOS, K.F; SAMPAIO, K.C.P; MOCHIZUKI, A.B; SANTOS, V. . Cuidados Paliativos Do Enfermeiro Ao Paciente Oncológico. **Revista brasileira de saúde funcional**, v. 1, p. 76–88, 2017.

CARMO, S. C. e OLIVEIRA, C. S. Criança com câncer em processo de morrer e sua família: Enfretamento da equipe de enfermagem. **Revista brasileira de cancerologia**, v. 61, n 2, p. 131-138, 2015.

FRANCO, H. C. P. *et al.* The role of nursing in the team of the palliative care: the humanization in the process of terminality. **Revista Gestão & Saúde**, v. 17, n. 2, p. 48–61, 2017.

GUIMARÃES, T. M. *et al.* Cuidado paliativo em oncologia pediátrica na formação do enfermeiro. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 38, n.1, p. 1-9, 2017.

GUIMARÃES, T. M. *et al.* Cuidados paliativos em oncologia pediátrica na percepção dos acadêmicos de enfermagem. **Escola Anna Nery**, v. 20, n. 2, p. 261-267, 2016.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Estimativa Incidência de Câncer no Brasil - Biênio 2018-2019**. [s.l.: s.n.]. v. 1

LIMA, G. DOS S.; NASCIMENTO, N. DE M. Oncologia: cuidados paliativos aos pacientes oncológicos. **Temas em Saúde**, v. 17, n. 1, p. 281–331, 2017.

Pedro ENR, Funghetto SS. Concepções de cuidado para os cuidadores: um estudo com a criança hospitalizada com câncer. *Rev Gaucha Enferm* 2015 ago; 26(2): 210-19.

RIBEIRO. Percepção de pais e enfermeiros sobre cuidados de Enfermagem em pediatria. **Revista de Enfermagem Referência**, 4 (4), 2015, p. 138 – 146.

SALOMÉ, G. M.; CAVALI, A.; ESPÓSITO, V. H. C. O cotidiano das vivências com a morte e o morrer pelos profissionais de saúde. **Rev. Bras. Enferm.**, 62(5): 681-6, 2010.

SILVA, A. F. DA *et al.* Cuidados paliativos em oncologia pediátrica: percepções, saberes e práticas na perspectiva da equipe multiprofissional. **Rev Gaucha Enferm**, v. 36, n. 2, p. 56–62, 2015.

SILVA, T. P. DA *et al.* Cuidados de enfermagem à criança com câncer. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 3, n. 1, p. 68–78, 2013.

SILVA, M. M. *et al.* Indícios da integralidade na prática da equipe de enfermagem na atenção paliativa oncológica. **Rev. eletr. Enf.**, v. 16, n. 4, p. 795-803, 2014.

SOUZA, M. T.; SILVA, M.; CARVALHO, R.: o que é e como fazer. **Einstein**, v. 8, n. 1, p. 102-106, 2010.

## CAPÍTULO 2

### PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Amanda Maria Villas Bôas Ribeiro<sup>1</sup>

Maria Lúcia Silva Servo<sup>2</sup>

Bruna Santos de Oliveira<sup>3</sup>

Narla Denise Rodrigues Fernandes<sup>4</sup>

**RESUMO:** Trata-se de um estudo de revisão bibliográfica, que tem por objetivo analisar a produção científica relacionada ao planejamento estratégico na Atenção Primária à Saúde. Foi feita uma busca na base de dados Scielo e BVS, com a associação dos descritores em saúde (DeCS) “planejamento em saúde”, “atenção primária à saúde”, a partir do operador booleano “AND”, sendo selecionados sete (7) artigos para construção da reflexão proposta. Os resultados mostraram que apesar do planejamento ser reconhecido como uma das ações mais importantes da gestão, cotidianamente não é praticado tendo em vista a valorização das ações para solucionar problemas emergenciais. Foi evidenciado ainda que há pouca associação existente entre as ações planejadas e executadas com o diagnóstico da realidade. É necessário estimular a participação popular no processo de planejamento local em saúde, pois a cidadania ativa pode provocar mudanças concretas e permanentes no contexto do desenvolvimento do Sistema Único de Saúde, sendo a Estratégia de Saúde da Família um instrumento para que a cidadania se efetive no âmbito local.

**PALAVRAS-CHAVES:** Planejamento em saúde, Atenção Primária à Saúde, Estratégia de Saúde da Família.

#### INTRODUÇÃO:

O planejamento é inerente à condição humana, perpassando as diversas esferas da vida pública ou privada, o ambiente de trabalho, economia, administração e a política. Para Silva e Nascimento (2006) a definição de planejamento se relaciona a uma ação pensada antecipadamente na vida dos atores sociais, em qualquer área.

O planejamento, como analisa Paim (2014), pode ser reconhecido como método, instrumento ou técnica para gestão, gerência ou administração, e ainda como processo de transformação de uma dada

<sup>1</sup> Enfermeira. Doutoranda no Instituto de Saúde Coletiva (ISC/UFBA). Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Feira de Santana-BA.

<sup>2</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo. Professora Plena da Universidade Estadual de Feira de Santana. Membro do Núcleo de Pesquisa Integrada em Saúde Coletiva (NUPISC).

<sup>3</sup> Farmacêutica. Especialista em Saúde da Família pela Universidade do Estado da Bahia (UNEB). Especialista em Gestão em Saúde (UFRB).

<sup>4</sup> Psicóloga. Mestranda no Instituto de Saúde Coletiva (ISC/UFBA). Especialista em Saúde da Família pela Universidade do Estado da Bahia (UNEB).

situação em outra, tendo uma finalidade e recorrendo a instrumentos e atividades, sob determinadas relações sociais.

Assim, pode-se compreender o planejamento como um processo de racionalização das ações com vista à definição de proposições e viabilidade a fim de solucionar problemas e atender necessidades individuais e coletivas (TEIXEIRA, 2010).

Planejar, então, pressupõe definir que caminhos tomar para que cheguemos a situação que se deseja. Em linhas gerais, esse processo consiste em identificar problemas atuais e futuro, identificar os fatores que contribuem para a situação observada, identificar e definir prioridades de intervenção para implementar soluções, definir estratégias que podem ser seguidos para solucionar os problemas, definir os responsáveis pelo desenvolvimento destas ações, definir os procedimentos de avaliação que permitirão o monitoramento da implementação da ação de modo a avaliar se o que se propôs realmente está adequado aos objetivos e se os resultados são os esperados (CHORNY; KUSCHNIR; TAVEIRA, 2008).

O planejamento em saúde, por sua vez, é um processo construído a partir das necessidades socialmente apresentadas (MERHY, 1994) assumindo uma nova conformação capaz de promover mudanças histórico-estruturais no ambiente social, através da instituição de processos de promoção da qualidade de vida dos sujeitos (CAMPOS, 2001 apud JESUS et al, 2006).

O planejamento da saúde, durante sua evolução, acompanhou as mudanças do entorno e do contexto, perseguindo adaptar o que fazer da saúde aos novos desafios (GONZALES, 2009). No Brasil, a discussão e a construção de um referencial sobre o planejamento em saúde é contemporâneo ao processo de redemocratização do país e constituição do Sistema Único de Saúde (SUS), articulado com os debates sobre os modelos assistenciais (JESUS et al, 2006).

Com a evolução da implementação do SUS, se estabelece novas perspectivas, tendência e desafios em relação ao planejamento, principalmente após a publicação do Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS), entendendo que a consolidação da cultura de planejamento é um enorme desafio, pois envolve tanto a postura individual, técnica, quanto a mobilização, engajamento e decisão de gestores e profissionais (BRASIL, 2009).

Atrelado a isso, as discussões, reflexões e questionamentos levantados durante a disciplina Planejamento e Programação em Saúde, do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), me fez questionar: Quais aspectos revelados pela produção científica brasileira relacionada ao planejamento estratégico na atenção primária em saúde?

Desta forma, este estudo tem como objetivo analisar a produção científica relacionada ao planejamento estratégico na Atenção Primária à Saúde.

## BREVE HISTÓRICO DO PLANEJAMENTO EM SAÚDE NA AMÉRICA LATINA:

Após a crise de 1930, as sociedades capitalistas iniciaram intensas discussões sobre o planejamento, defendendo-o enquanto instrumento de intervenção do Estado, na busca por superar as diferenças econômicas entre os países e promover crescimento e desenvolvimento rápido e estável, diminuído a gravidade da crise, assim, as propostas de planejamento na América Latina são introduzidas a partir da economia, (GIOVANELLA, 1991) servindo de base para discussão do planejamento em outras áreas da sociedade, como a saúde (SILVA; NASCIMENTO, 2006).

O planejamento aplicado à saúde tem trajetória desencadeada a partir da década de 60, em decorrência da complexificação dos processos de trabalho na área, o crescente desenvolvimento tecnocientífico e a organização das redes e serviços de saúde, tornando necessária a busca por propostas metodológicas para subsidiar a administração dos serviços de saúde (TEIXEIRA, 2010), tendo em vista que até esse momento o planejamento em saúde obedecia a princípios de organização dos serviços e ampliação da cobertura.

Nesse sentido, a construção de uma proposta de planejamento para o campo da saúde surge da articulação da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) com a Comissão Econômica para América Latina (CEPAL) e o Centro Nacional de Desenvolvimento (CENDES) da Universidade Central da Venezuela, que elaboram um documento intitulado “Programação em saúde, problemas conceituais e metodológicos”, cujo produto principal é o chamado Método CENDES/OPAS.

Esta proposta de planejamento em saúde utilizou como modelo o planejamento econômico e estudos de Mário Testa sobre o método de planificação aplicado na área social, iniciando também o pensamento na lógica da programação em saúde (FEKETE, 1995).

Giovanella (1991) pontua que para a elaboração deste método foi efetuada uma transposição rígida do planejamento econômico normativo, da doutrina cepalina, para a saúde, sendo assim, uma proposta normativa, tecnocrática e economicista.

A lógica interna deste método baseia-se na eficiência na utilização dos recursos, operacionalizando cálculos de análise custo-benefício para auxiliar na definição de prioridades e no processo de escolhas das técnicas programáticas, apoiando-se em um quadro diagnóstico e em uma análise de custos (RIVERA, 1989). Em outras palavras, o método busca a eficiência no uso dos recursos pautando-se na maximização dos resultados com recursos fixos ou minimização dos recursos com resultados predeterminados (FEKETE, 1995).

O método CENDES/OPAS possui com pressupostos de que o sistema de saúde é visto como um sistema-objeto controlável, ou seja, segue comportamentos estáveis e previsíveis, obedecendo a causalidades enunciadas em leis, assim, a partir de problemas únicos e obedecendo às leis é possível formular ótimas soluções, com melhor uso dos recursos disponíveis (FEKETE, 1995). Vale destacar, que o método ignora a

existência de múltiplos atores sociais e relações de poder no campo em questão (SILVA; NASCIMENTO, 2006).

O Método CENDES/OPAS era considerado um método sistemático e integrado por etapas sequenciais: o diagnóstico, a determinação de alternativas na área local programática e a formulação dos planos regionais e nacional (GONZÁLEZ, 2009).

Mesmo tornando-se referência no planejamento em saúde ao longo de uma década, houve um descontentamento por parte dos planejadores em relação ao método CENDES/OPAS, pois não produzia desenvolvimento e resultados esperados, tendo como principal causa a falta de comunicação entre o planejador e políticos (FEKETE, 1995), e às dificuldades de aplicação, face às inúmeras mudanças econômicas, políticas, sociais, culturais enfrentadas por diversos países da América Latina (GIOVANELLA, 1991), que nesse momento encaravam crises políticas, ditaduras e ascensão de movimentos sociais reivindicando participação nos processos decisórios.

Assim, na segunda metade da década de 70 e na década de 80 a planificação normativa é submetida a críticas sistemáticas, na busca por definir um novo planejamento para América Latina, fazendo surgir na discussão o enfoque estratégico (RIVERA, 1992).

A concepção estratégica do planejamento em saúde surge no contexto de substituição dos regimes autoritários por governos de redemocratização, com possibilidades de proposição de políticas sociais, tendo como principal característica o reconhecimento de conflitos e um novo modo de tratar o planejador (FEKETE, 1995).

Rivera (1989) destaca três vertentes do enfoque estratégico de planificação: Pensamento Estratégico em Saúde, de Mário Testa; Planejamento Estratégico Situacional, de Carlos Matus; e o enfoque estratégico da programação em saúde, inspirada na Escola de Medellín.

## PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO: CONTRIBUIÇÕES DE CARLOS MATUS E MÁRIO TESTA

Com o Planejamento Estratégico em Saúde, Testa construiu uma análise do planejamento a partir da avaliação do poder e sua relação com os sujeitos nos diferentes momentos do diagnóstico situacional (JESUS et al, 2006). Assim, Testa:

Propõe um diagnóstico da situação, cuja síntese é a identificação do setor enquanto a estrutura do poder: relações entre forças sociais com interesses em saúde e as tensões decorrentes do debate em saúde. (GIOVANELLA, 1991, p.40).

Nesse sentido, Testa discute o poder a partir de três enfoques: técnico, administrativo e político. O poder administrativo, baseado no poder de administrar recursos; o poder técnico, baseado no conhecimento

dos problemas, paradigmas e técnicas; e o poder político, equivalente ao poder de mobilizar grupos populacionais (RIVERA, 1989).

Assim, Testa tece postulados de que planejar significa construir relações de equilíbrio no universo do poder, tendo em vista que o poder é categoria organizativa da sociedade, e:

se materializa na construção de um corpo instrumental, elemento do planejamento que chama de diagnóstico, o qual, por sua vez, no campo da saúde, deve atender aos propósitos de crescimento, mudança e legitimação. Estes diagnósticos (administrativo, estratégico e ideológico) refletem o estado de saúde da população e suas tendências, a organização dos serviços e do setor saúde. (JESUS, et al, 2006, p.37).

Por sua vez, Carlos Matus propõe um método de planejamento estratégico situacional que representa uma tentativa de se instituir uma nova abordagem no contexto da planificação. Sua proposta baseia-se na análise pormenorizada da estrutura social da sociedade, identificando seus problemas, hierarquizando-os, de modo a obter um conjunto de fluxogramas analíticos, para executar o diagnóstico situacional, identificar nós críticos, traçar estratégias e ações (FEKETE, 1995).

Para Matus, o ator que planifica deve estar dentro da realidade e coexistir com outros atores que também planificam (GIOVANELLA, 1991). Nesse sentido, o planejamento é um “processo técnico-político resultante de um jogo de atores em interação, conflitos, cooperação e alianças, constituindo-se num processo aberto e dialógico” (MATUS, 1993 apud JESUS, 2006, p. 33).

Matus trás a política para o campo do planejamento, e com a intenção de criar um conjunto de técnicas, métodos e habilidades para o ator aumentar suas capacidades de direção, gerência, administração e controle do sistema, aponta três variáveis que se articulam no ato de governar e formam o triângulo de Matus: o projeto de governo, a capacidade de governo e a governabilidade do sistema (FEKETE, 1995).

Assim, o planejamento estratégico situacional é constituído por quatro momentos não-sequenciais, simultâneos e em constante processo: momento explicativo, momento normativo, momento estratégico e momento tático-operacional (GIOVANELLA, 1991).

O momento explicativo (como foi, é, tende ser) refere-se à instância em que o ator busca explicar a realidade e reflete sobre o conjunto de problemas relevantes, que têm interesse de intervir; no momento normativo (como deve ser) é concebido o desenho da ação para modificar a realidade; o momento estratégico (articula dialeticamente o como deve ser com como pode ser) busca construir a viabilidade do plano de ação; e, o momento tático-operacional (como fazer) é mediador entre conhecimento e ação, buscando fazer cálculo que precede e preside a ação (SERVO, 2001).



## “UM PONTO NO MAPA” DO PLANEJAMENTO EM SAÚDE NO BRASIL:

No Brasil, há diferentes configurações do planejamento produzidas e operadas no Sistema Único de Saúde (SUS), originadas do enfoque estratégico. Jesus e outros (2006), em um estudo de caráter descritivo, conseguiram identificar nove perspectivas com pontos de divergências e convergências para o planejamento em saúde no Brasil, são eles: Planejamento como técnica para “intervir” e avaliar sistemas e serviços de saúde; Planejamento como prática social transformadora de sujeitos e coletivos; planejamento como subsídio para a gestão democrática e para as mudanças; Planejamento como prática estruturada para a organização de sistemas e serviços de saúde; Planejamento como método de ação governamental para a tomada de decisões; Planejamento como instrumento e atividade do processo de gestão das organizações; Planejamento como meio de intervenção em ambientes complexos; planejamento como meio de ação comunicativa; planejamento como mediação entre instrumentalidade e a subjetividade.

### **PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS:**

A pesquisa é caracterizada pelo “acabado provisório e inacabado permanente”, tendo em vista sua atitude e prática de busca constante de aproximação com a realidade, realizando “uma combinação entre teoria e dados, pensamento e ação” (MINAYO, 2007, p. 47).

O método da pesquisa científica é considerado um conjunto de atividades realizadas sistemática e racionalmente, com segurança, para alcance dos objetivos do estudo (LAKATOS; MARCONI, 2005; MINAYO, 2007).

Trata-se de um estudo de revisão sistemática de literatura, buscando sintetizar resultados evidenciados na literatura científica existente, identificar conclusões gerais da temática, tendo em vista seu potencial de analisar estudos com diferentes abordagens e contribuir para a apresentação de variadas perspectivas sobre a temática, planejamento em saúde no contexto da atenção primária (WHITTEMORE; KNAFL, 2005).

Assim, este tipo de estudo desenvolve um trabalho detalhado e análise sistemática dos artigos selecionados, em relação aos objetivos, metodologia, e contribuição no campo científico (POMPEO; ROSSI; GALVÃO, 2009).

A seleção do material deu-se, inicialmente, pela definição dos critérios de escolha dos artigos, sendo eles: ter sido publicado e estar disponível em formato de artigo científico nos periódicos indexados nas bases de dados *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), no período de 2005 a 2015; estar escrito em língua portuguesa; abordar o planejamento em saúde na atenção primária.

A busca dos artigos foi efetuada a partir da associação dos descritores em saúde (DeCS) “planejamento em saúde”, “atenção primária à saúde”, a partir do operador booleano “AND”.

Após investigar nos bancos de dados citados anteriormente foram encontrados oitenta e nove (89) trabalhos, sendo excluídos artigos em que o trabalho completo não estava disponível, artigos repetidos nas bases de dados investigadas, os que não se adequam ao objetivo do estudo, e as teses de doutorado, dissertações, trabalhos de conclusão de curso e revisões de literatura. Posteriormente, foi realizada leitura do título, resumo e objetivos, selecionando aqueles que respondem ao objetivo deste trabalho, totalizando, sete (7) artigos para construção da reflexão proposta.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO:

Para análise e discussão dos resultados, os artigos foram agrupados e caracterizados, conforme observado no quadro 1, designando dados do artigo, objetivo, metodologia e principais resultados.

Com base no quadro 1, verificamos que, em relação aos objetivos, os artigos selecionados para esta revisão buscam em síntese analisar e avaliar o planejamento regional ou local e apresentar as representações sociais de gestores e gerentes da atenção básica sobre planejamento.

Artigo	Objetivo	Metodologia
BRETAS- JUNIOR, N.; SHIMIZU, H. E. Planejamento regional compartilhado em Minas Gerais: avanços e desafios. <b>Saúde e debate</b> . Rio de Janeiro, v. 39, n. 107, p. 962-971, Out-Dez, 2015.	Analisar o planejamento regional em saúde de Minas Gerais, a fim de verificar os principais avanços e desafios.	Estudo de caso do planejamento regional desenvolvido em Minas Gerais pelo Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Estado no período de 2007 a 2012, com análise de 125 atas e 26 relatórios.
CRUZ, M. M. da et. al. Usos do planejamento e autoavaliação nos processos de trabalho das equipes de Saúde da Família na Atenção Básica. <b>Saúde em debate</b> , Rio de Janeiro, v. 38, n. especial, p. 124-139, out. 2014.	Caracterizar uso do planejamento e autoavaliação para melhoria do processo de trabalho das equipes, identificando potencialidades e fragilidades.	Estudo seccional com dados coletados na Avaliação Externa cujas variáveis se referem ao planejamento, autoavaliação e apoio institucional.
CUBAS, M.R. Planejamento local: a fala do gerente de Unidade Básica de Saúde. <b>Rev Bras Enferm</b> .v.58, n.3, p.278-83, maio-jun 2005.	Apresentar a representação social do gerente de Unidade Básica de Saúde sobre o planejamento local.	Estudo qualitativo, fundamentado na teoria das Representações sociais, que utilizou o Discurso do Sujeito Coletivo para análise das informações coletadas a partir de entrevistas com Gerentes de Unidades Básicas de Saúde de Curitiba- PR.
DALCIN, M.; GOULART, G. DA R.; MAGAJEWSKI, F. R. L. Planejamento local no cotidiano das	Identificar as etapas do processo de Planejamento Local em Saúde desenvolvidas nas	Pesquisa do tipo exploratório-descritiva, de abordagem quantitativa e qualitativa, com

equipes de saúde da família em Joinville – SC. <b>Ciência, cuidado e saúde</b> , Maringá – PR, v. 9, n. 1, p. 114 – 122, jan/mar 2010.	Unidades de Saúde da Família do município de Joinville, no ano de 2007, e analisar a percepção dos trabalhadores de saúde das ESF em relação à sua motivação para a aplicação do PLS como instrumento de trabalho.	análise documental e realização de grupos focais.
GONZÁLEZ, M. M. L. Planejamento estratégico em saúde com base em determinantes: o caso do município de Campo Bom (RS). Uma proposta metodológica para a gestão descentralizada. <b>Ciência &amp; Saúde Coletiva</b> . v.14, n. Supl. 1, p. 1587-1597, 2009.	Analisar o modelo de planejamento estratégico em saúde com base em determinantes, utilizado na experiência do município de Campo Bom.	Estudo observacional, qualitativo, de análise documental e avaliação de novas tecnologias de processo na gestão local de saúde.
SARTI, T.D.; et al. Avaliação das ações de planejamento em saúde empreendidas por equipes de saúde da família <b>Cad. Saúde Pública</b> . Rio de Janeiro. v.28, n.3, p.537-548, mar,2012.	Avaliar a implementação de ações e ferramentas essenciais para o planejamento local pelas equipes de saúde da família do Espírito Santo, Brasil, com base nos indicadores do AMQ-ESF.	Estudo ecológico com análise dos dados secundários de 241 equipes de saúde de 46 municípios que utilizam a Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família.
SILVA, B.S.F. et al. A importância do planejamento como prática de gestão na microrregião de saúde de São Mateus (ES). <b>Saúde Debate</b> . Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 183-196, Jan-Mar, 2015.	Conhecer as representações sociais dos gestores que atuam em São Mateus (ES), a respeito do planejamento das ações e participação (ou não) dos trabalhadores e da população.	Estudo exploratório, abordagem qualitativa, no qual foram entrevistados 16 secretários de saúde que atuam ou atuaram em nove municípios que compõem a microrregião São Mateus (ES).

Quadro 1: Resumo dos artigos : Dados da publicação, objetivos e metodologia.

A análise das publicações permitiu a identificação de algumas unidades temáticas presentes nos artigos para reflexão proposta: 1) Planejamento Estratégico como ferramenta de gestão; 2) Planejamento local na Atenção Primária à saúde: Dificuldades e facilidades.

## PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO COMO FERRAMENTA DE GESTÃO

O planejamento enquanto instrumento dos processos de gestão tem se tornado cada vez mais frequente na vida do homem contemporâneo, tendo em vista a complexidade dos processos de trabalho ocorridos nas organizações, sobretudo no campo da saúde (MERHY, 1994).

O estudo desenvolvido por Silva e outros (2015) identificou no discurso de dezesseis (16) secretários de saúde, que atuam ou atuaram em nove (9) municípios da microrregião de São Mateus-ES, o planejamento como uma das ações mais importantes da gestão. Todavia, no entendimento dos gestores essa ação não é garantida devido a alguns fatores, como a correria do cotidiano, a falta de organização e o excesso de empenho nos resultados da execução e nas demandas que surgem.

Nessa direção, Cruz e outros (2014), ao caracterizar o uso do planejamento e autoavaliação para melhoria do processo de trabalho das equipes de saúde da família da Atenção Básica de todas regiões do Brasil, pontuaram que as atividades mais recorrentes de apoio da gestão foram a discussão sobre o próprio processo de trabalho das equipes e apoio à autoavaliação, sendo que as menos empregadas foram a de apoio ao planejamento e organização das equipes.

O planejamento deve ser um “instrumento vivo”, presente na realidade da produção do cuidado em saúde, para que, como assinala Silva e outros (2015), às exigências impostas pela sociedade, identificadas no discurso dos gestores como “incêndios”, não se sobreponham aos compromissos assumidos com a saúde coletiva.

Outro aspecto destacado na pesquisa de Silva e outros (2015) refere-se à importância atribuída à elaboração de um diagnóstico da situação, como ação que deve ser realizada in loco e pelo gestor, contudo, há pouca expressividade da associação desse diagnóstico com as ações efetivamente planejadas e executadas.

A experiência de planejamento regional compartilhado em Minas Gerais analisado por Bretas-Junior e Shimizu (2015) logrou como avanço a criação de espaços de cogestão que visam a discussão dos problemas e necessidades locais, e, embora as agendas dos dirigentes sejam fragmentadas, as discussões foram potencializadoras da participação dos gestores, sendo necessário fortalecer ainda mais o planejamento regional e estimular a participação direta da população. Entretanto, como observado por Silva e outros (2015, p.193):

Os conselhos não são percebidos como potência para contribuir no planejamento das ações. Assim, entende-se que a forma com que o gestor percebe a participação social está distante da proposta de uma gestão compartilhada, com vistas à consolidação da democracia.

Por fim, compreendemos que se devem empenhar esforços para que o planejamento não seja tratado somente como ferramentas burocráticas e sem sentido, é necessário envolver gestores, profissionais e usuários dos serviços de saúde no planejamento, organização e cuidado na SUS, pois, apesar dos avanços, constata-se que a consolidação da cultura de uso de planejamento é, ainda, um grande desafio (SILVA et al, 2015; CRUZ et al, 2014).

## PLANEJAMENTO LOCAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: DIFICULDADES E FACILIDADES

Apesar dos avanços percebidos no SUS, o planejamento local em saúde, ferramenta crucial para alcance dos objetivos e diretrizes do sistema, tem enfrentado grandes desafios para sua consolidação e institucionalização.

Inúmeros municípios brasileiros enfrentam dificuldades para consolidar a prática do planejamento local em saúde (PLS). Pensando nisso, a secretaria municipal de Saúde de Joinville-SC elaborou, de forma participativa, um protocolo de atribuições dos profissionais relacionadas ao PLS, que deve ser realizado junto à comunidade.

Tal atitude gerencial, como analisam Dalcin, Goulart e Magajewski (2010) influenciou a prática do PLS, pois contribuiu para o fortalecimento de uma cultura institucional do PLS na gestão local dos territórios.

No estudo realizado por Cruz e outros (2014), a maior parte das equipes avaliadas nas regiões do país declararam realizar atividades de planejamento, com menor percentual encontrado na região Norte (82,8%) e o maior na região Sul (88,6%), com apoio para o planejamento e organização do processo de trabalho referido por mais de 80% das equipes em todas as regiões brasileiras.

Como ressaltam Dalcin, Goulart e Magajewski (2010) é importante compreendermos que a ausência de planejamento pode dificultar o enfrentamento de problemas e a busca de resultados efetivos no processo de trabalho, por isso devemos analisar os fatores facilitadores e dificultadores na tarefa de construir e executar o PLS para buscarmos mecanismos de enfrentamento dos mesmos, para consolidação de um planejamento efetivo.

Alguns autores integrantes desta revisão apontaram alguns aspectos facilitadores e dificultadores na implantação do PLS. O primeiro aspecto facilitador pontuado foi a percepção do trabalho coletivo (DALCIN; GOULART; MAGAJEWSKI, 2010), pois as equipes demonstraram compreensão de que o planejamento exige um trabalho integrado e com responsabilidades compartilhadas. Outro ponto facilitador foi a participação da equipe na construção do planejamento, com necessidades constantes do grupo conhecer o problema e levantar novas propostas de ação, realizando um planejamento com envolvimento de todo o grupo (CUBAS,2005).

Dentre os aspectos dificultadores do desenvolvimento do PLS foram apontados a ausência de intersetorialidade tanto na elaboração do planejamento quanto na execução das ações propostas pela equipe (DALCIN; GOULART; MAGAJEWSKI, 2010), a fragmentação das políticas sociais e da estrutura pública responsável por desenvolvê-la (DALCIN; GOULART; MAGAJEWSKI, 2010), dificuldades de articular ferramentas e ações coletivas para o planejamento e monitoramento de intervenções no contexto local (SARTI et al, 2012) a ausência efetiva da participação comunitária (DALCIN; GOULART; MAGAJEWSKI, 2010).

Em seu estudo, González (2009) analisa o caso do município de Campo Bom –RS, no qual foi possível integrar e aplicar o modelo estratégico de planejamento em saúde, sendo viável responder às necessidades e situações locais, identificar a missão e visão institucional, maior conhecimento dos pontos fortes e fracos das instituições para definir diretrizes de planejamento, mudanças estruturais e favorecer um trabalho promocional e preventivo, mais vinculado com os usuários, com os outros setores e com a comunidade.

No município de Curitiba, analisado por Cubas (2005), houve avanços em direção à maior autonomia e um planejamento em saúde de forma ascendente, participativa, comunicativa e estratégica, uma tarefa que não é simples, como ressalta o autor, mas importante para consolidação dos princípios do SUS.

Assim, compreendemos que enfrentar as questões de saúde exige conhecimento da realidade, focalizar as políticas públicas com planejamento e decisões racionais para priorizar as ações necessárias e que tenham maior efetividade e eficiência (LUCENA et al, 2014), lembrando que a avaliação é um processo crucial para continuidade do processo de planejamento, cuja implementação é atribuição do gestor local (CUBAS,2005).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS:**

Este estudo propiciou reflexões acerca do delineamento das ações de planejamento em saúde no SUS e síntese dos aspectos facilitadores e dificultadores para sua institucionalização, relatados pela literatura científica. Não temos a pretensão de esgotarmos neste artigo a discussão sobre o tema proposto, pois a cada leitura realizada encontramos novas visões e perspectivas de análise, o que requer aprofundamento diário.

A coleta de dados e análise dos artigos evidenciou a escassez de pesquisas e relatos de experiência relacionados ao planejamento em saúde no Brasil, o que demonstra, mais uma vez, que precisamos empenhar esforços para avançarmos ainda mais na direção de uma cultura institucional de planejamento em saúde, com estímulos aos gestores, profissionais, usuários de saúde e pesquisadores.

A análise dos artigos evidenciou que apesar do planejamento ser reconhecido como uma das ações mais importantes da gestão, cotidianamente não é praticado, tendo em vista a valorização das ações para solucionar problemas emergenciais. Vale ressaltar que há pouca associação existente entre as ações planejadas e executadas com o diagnóstico da realidade.

É necessário estimular a participação popular no processo de planejamento local em saúde, pois a cidadania ativa pode provocar mudanças concretas e permanentes no contexto do desenvolvimento do Sistema Único de Saúde, sendo a ESF um instrumento para que a cidadania se efetive no âmbito local.

## **REFERÊNCIAS:**

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Planejamento do SUS(PlanejaSUS): uma construção coletiva – trajetória e orientações de operacionalização. Brasília, 2009.

- BRETAS - JUNIOR, N.; SHIMIZU, H. E. Planejamento regional compartilhado em Minas Gerais: avanços e desafios. **Saúde em debate**. Rio de Janeiro, v. 39, n. 107, p. 962-971, Out-Dez, 2015.
- CRUZ, M. M. da et. al. Usos do planejamento e autoavaliação nos processos de trabalho das equipes de Saúde da Família na Atenção Básica. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. especial, p. 124-139, out. 2014.
- CUBAS, M.R. Planejamento local: a fala do gerente de Unidade Básica de Saúde. **Rev Bras Enferm**.v.58, n.3, p.278-83, maio-jun 2005.
- DALCIN, M.; GOULART, G. DA R.; MAGAJEWSKI, F. R. L. Planejamento local no cotidiano das equipes de saúde da família em Joinville – SC. **Ciência, cuidado e saúde**, Maringá – PR, v. 9, n. 1, p. 114 – 122, jan/mar 2010.
- FEKETE, M.C. Bases conceituais e metodológicas do planejamento em saúde. In: Ministério Da Saúde, Fundação Nacional de Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. Desenvolvimento Gerencial de Unidades de Saúde do Distrito Sanitário - Projeto GERUS. Brasília (DF): MS/FNS, 1995. p. 223-37.
- GIOVANELLA, L. As Origens e as Correntes Atuais do Enfoque Estratégico em Planejamento de Saúde na América Latina. *Cad. Saúde Pública*. v.7 n.1 Rio de Janeiro Jan./Mar. 1991.
- GONZÁLEZ, M. M. L. Planejamento estratégico em saúde com base em determinantes: o caso do município de Campo Bom (RS). Uma proposta metodológica para a gestão descentralizada. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.14, n. Supl. 1, p. 1587-1597, 2009.
- JESUS, WLA, A, MAA. Re-significação do planejamento no campo da Saúde Coletiva: desafios teóricos e busca de novos caminhos, 2006 Cap 2 e 3.
- LAKATOS, E. M.; MARCONI, Marina de Andrade. Metodologia do trabalho científico. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2005.
- LUCENA, K.D.T.; et al. Sala de situação em saúde como ferramenta de gestão: planejamento das ações no território. **Rev enferm UFPE on line**. Recife. v.8, n.3, p.702-8, mar. 2014.
- MINAYO, M. C. de S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 10. ed. Rio de Janeiro: Hucitec, 2007.
- POMPEO, D. A; ROSSI, L. A.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: etapa inicial do processo de validação de diagnóstico de enfermagem. *Acta Paul Enferm*. v.22, n.4, p.434-8, 2009
- RIVERA, F.J.U Planejamento de saúde na América Latina: revisão crítica. \_\_\_\_In: Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico. São Paulo: Cortez, 1989. p.13-55.
- SARTI, T.D.; et al. Avaliação das ações de planejamento em saúde empreendidas por equipes de saúde da família **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro. v.28, n.3, p.537-548, mar, 2012.
- SERVO, M.L.S. Pensamento estratégico: Uma possibilidade para a sistematização da supervisão em enfermagem. **R. gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v.22, n.2, p.39-59, jul. 2001.
- SILVA, JM, NASCIMENTO, MAA.. Planejamento em Saúde: diversidade de olhares na América Latina e no Brasil. In: Planejamento em saúde no programa saúde da família em Jequié-BA: a dialética entre a teoria e a prática, 2006, p.65-81.
- SILVA, B.S.F. et al. A importância do planejamento como prática de gestão na microrregião de saúde de São Mateus (ES). **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 183-196, Jan-Mar, 2015.
- SOUZA, M.T; SILVA, M. D; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein*. v.8, n.1, p.102-6, 2010.

WHITTEMORE, R; KNAFL, K. The integrative review: update methodology. J Adv Nurs. v.52, n.5, p. 546-53, 2005.



## CAPÍTULO 3

### MODIFICAÇÕES OCORRIDAS NA VIDA COTIDIANA DO INDIVÍDUO COM FERIDA CRÔNICA

Josilene Silva Magalhães Santana<sup>1</sup>  
Amanda Maria Villas Bôas Ribeiro<sup>2</sup>

#### RESUMO

**Objetivo:** analisar modificações ocorridas na vida cotidiana do indivíduo com ferida crônica **Métodos:** trata-se de uma revisão integrativa da literatura, realizada nas bases de dados biblioteca virtual em saúde, utilizando os descritores: ferimentos e lesões, doença crônica, e qualidade de vida a partir dos resultados encontrados, optou-se pela inclusão de 9 artigos. **Resultados:** além da dor, esse estudo mostra que a pessoa acometida por uma ferida crônica sofre modificações tanto no cotidiano social e profissional quanto no cotidiano familiar e sexualidade. **Conclusão:** Esse estudo evidenciou algumas das principais modificações que acontecem na vida cotidiana do indivíduo acometido por FC. Mostrando as dificuldades enfrentadas pelos mesmos, que na grande maioria perderam a esperança. Fato que pode ser modificado com a aplicação de políticas públicas efetivas que possam ajudar essas pessoas que tanto tem sofrido com uma doença que demonstra carência de estudos científicos. Espera-se que a leitura deste artigo desperte a atenção e o interesse para novas investigações sobre a temática.

**Palavras-chave:** Ferimentos e lesões. Doença Crônica. Qualidade de vida.

#### 1. INTRODUÇÃO

A mídia tem ditado as regras para as gerações mais modernas no que tange a padrões estéticos, relacionando a juventude a uma vida saudável e vigorosa. Fugir a regra geralmente resulta em intolerância, discriminação e segregação social. A maneira com a qual o paciente vai se enxergar pelo fato de ter uma ferida Crônica vai depender da resiliência dos envolvidos nesse processo e ainda do prazo e ritmo em que as mudanças vão acontecendo (SILVA, 2017).

<sup>1</sup> Enfermeira da Estratégia de Saúde da Família no município de Salvador-BA. Pós-graduanda em Hemodiálise.

<sup>2</sup> Enfermeira. Doutoranda no Instituto de Saúde Coletiva (ISC/UFBA). Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Feira de Santana-BA.

Acredita-se que grande parte da população já teve em algum momento da vida algum tipo de lesão, a qual pode causar um desconforto momentâneo, mas que, normalmente, não demora muito a cicatrizar (SILVA, 2012).

No entanto, Ferida Crônica (FC) é qualquer interrupção na continuidade do tegumento cutâneo que resulta em alterações estruturais da anatomia e funcionalidade fisiológica do tecido acometido e que despende de um período grande de tempo pra cicatrizar (BRASIL, 2013).

Para Gaspar (2010) as feridas crônicas são consideradas aquelas que não cicatrizam, mesmo adotando as etapas sistemáticas e previsíveis dentro do limite de tempo provável de 3 meses, podendo essa cicatrização demorar anos e até mesmo nunca cicatrizar.

O cuidado prestado ao portador de ferida é um processo dinâmico e muito complexo que exige uma atenção peculiar, especialmente quando essa lesão atinge a cronicidade, pois a Ferida Crônica (FC) evolui de maneira rápida e comumente é resistente a diversos tipos de tratamento, o que predispõe uma dificuldade de cicatrização (CUNHA, 2006).

A FC é uma patologia de evolução rápida, normalmente resistente à maioria dos antibióticos e que interfere de forma negativa na vida do indivíduo causando transtornos de grandes proporções a nível fisiológico e psicológico e roubando a autonomia da pessoa acometida por ela, pois apresenta-se como uma patologia debilitante e impossibilitante, o que leva o indivíduo acometido por essa patologia a depender cada vez mais da ajuda de outras pessoas, diminuindo sua autonomia progressivamente (VIEIRA, 2011).

A Ferida Crônica trata-se de uma patologia debilitante que leva um grande número de pessoas ao internamento e é considerada como a principal causa de amputação, sendo ainda responsável por grande taxa de morbimortalidade, além de causar perdas de funções neurológicas, fatos que levam o indivíduo acometido por FC a uma perda considerável na qualidade de vida.

Além de causar dor, a ferida crônica expele secreção, odor e gera desconforto por um período prolongado, o que vai atuar diretamente de forma negativa na vida desse indivíduo (SACRAMENTO et al, 2015) e uma mudança contundente no estilo de vida do sujeito, assim como de toda sua família (BEDIN et al. 2014).

De acordo com Salomé (2010), o indivíduo acometido por uma lesão crônica torna-se suscetível a uma gama de fatores que podem interferir diretamente em sua autoestima, tais como distanciamento social de indivíduos por uma questão de estigma relacionada à pessoa com Ferida Crônica, pode ainda causar uma interferência na vida profissional, causada pelo afastamento do ambiente de trabalho ocasionado pela incapacidade de realizar tarefas inerentes a sua ocupação, o que pode ressaltar até mesmo no abandono do emprego ou em demissão. Salomé (2010) continua afirmando que ser portador de ferida crônica abrange vários aspectos da vida desse indivíduo, causando prejuízos na relação interpessoal, familiar, social e até mesmo sexual.

Um estudo realizado por Evangelista et al.(2012), com o título “Impacto das feridas crônicas na qualidade de vida dos usuários da Estratégia de Saúde da Família” afirma que na América do Norte a prevalência de feridas gira em torno de 14% da população, podendo chegar a 22,8%, e que apesar do fato de que a ferida crônica atinge a população brasileira de uma forma geral, aqui no Brasil os registros são escassos, tanto no que diz respeito a incidência como prevalência.

Diante da magnitude desta problemática, as Feridas crônicas podem ser consideradas um problema de saúde pública que acomete a população mundial e concomitantemente brasileira, que gera perda da qualidade de vida, isolamento social e familiar entre outras repercussões no cotidiano do indivíduo.

A motivação em abordar esse tema surgiu a partir da minha atuação como técnica de Enfermagem em uma Unidade de Saúde da Família, período no qual foi perceptível o sofrimento vivenciado pelos indivíduos com Ferida Crônica e suas famílias. Durante o tempo que trabalhei nessa unidade foi possível visualizar que os custos com a ferida crônica são muito altos, além das dificuldades vivenciadas no cotidiano dos indivíduos acometidos pela FC, desde dificuldades de acesso aos serviços de saúde até problemas para o desenvolvimento de suas atividades de autocuidado, comprometendo sua qualidade de vida e saúde.

A autoestima desses pacientes normalmente era muito baixa, acredito que por conta das limitações nas atividades corriqueiras, à incapacidade para o trabalho, vida social prejudicada e sem contar que a presença quase que constante de secreção e odor da ferida deixava-os constrangidos. Além do mais, a dor era constante e os colocava numa gangorra emocional, pois às vezes chegavam irritados e outras vezes chorosos ou desesperados em busca de qualquer coisa que pudesse diminuir a dor o que me causava angústia e sensação de impotência.

Estudos científicos sobre ferida crônica que são tão escassos precisam ser realizados dando suporte para futuras intervenções que possam ajudar esses indivíduos. Dito isto, surge então a seguinte questão: Quais as modificações ocorridas na vida cotidiana de indivíduos acometidos por feridas crônicas? Neste contexto, o objetivo geral deste trabalho é descrever as modificações ocorridas na vida cotidiana de indivíduos acometidos por feridas crônicas.

## **2.REFERENCIAL TEÓRICO**

### **2.1 Ferida Crônica: Aspectos históricos e epidemiológicos**

O tratamento de feridas é um assunto de grande relevância histórica, pois de acordo com Gomes e Carvalho (2002), por volta dos 3000 a. C na Alexandria a ferida infectada foi descrita como sendo aquela que apresentava rubor e calor e o tratamento recomendado nessa época seria a aplicação de folha de Salgueiro e

para as feridas purulentas deveria ser usado o pão mofado ou a levedura de cerveja. Daí então os egípcios lançaram mão de minerais para tratar as feridas. Os primeiros utilizados foram o mercúrio e o cobre, além do mel.

Alguns homens conhecidos da nossa história, tais como Hipócrates e Celcius, dentre outros, recomendavam a limpeza da ferida o uso do vinho em feridas limpas, já os gregos, por exemplo, usavam acetato de cobre, o óleo de Pinheiro e Cipreste como solução antisséptica e começaram a fazer o desbridamento na ferida. Eles também passaram a observar os sinais de inflamação e classificaram pela primeira vez as feridas e as soluções de uso tópico recomendando a limpeza, em Bolonha já no século XXI, que a cicatrização foi classificada como de primeira e segunda intenção por Bruno. (GOMES; CARVALHO, 2002)

Em suma, muitos acontecimentos importantes foram descritos por Gomes e Carvalho(2002), e estes eventos históricos mostram a evolução do cuidado com as feridas crônicas, e mostra a importância do constante aprendizado construído ao longo de anos para se resolver um problema de saúde pública como é da Ferida Crônica.

De acordo com Brito et al (2017), em países ocidentais, cerca de 5% da população adulta sofrem com a ferida crônica nos membros inferiores, fato este que representa um impacto socioeconômico significativo.

A etiologia da FC está associada a inúmeros fatores, que vão desde alterações nutricionais até neoplasias, sem, contudo deixar de citar doença venosa crônica e a doença arterial periférica que podem ser consideradas como uma das principais causas, e ainda temos a HAS (Hipertensão Arterial Sistêmica), o trauma físico, a Anemia Falciforme as infecções cutâneas e as doenças inflamatórias (BRASIL, 2013).

Entre as feridas crônicas, a Úlcera Venosa ganha destaque por sua predominância, pois segundo Xavier (2017), nos países da Europa a incidência de UV varia entre 0,1% e 4,3%, já no Brasil os dados são desconhecidos, a não ser por dois estudos epidemiológicos feitos por sobre alterações venosas em MMII, sendo que um foi feito em Botucatu-SP, que revelou uma prevalência de 1,5% e outro no Rio Grande do Norte que mostra uma prevalência de 0,36 casos por 1000 habitantes.

As doenças crônicas são grandes responsáveis pela morbimortalidade, além de ser a principal responsável por amputações e perda de mobilidade, ainda leva grande número de pessoas ao internamento, sem contar na perda de funções neurológicas e considerável perda da qualidade de vida que só tende a piorar com o agravamento da doença (BRASIL, 2013).

Os determinantes sociais impactam de maneira contundente no número de casos de doença crônica e sua prevalência. Desigualdades socioeconômicas, no que diz respeito ao acesso a informação, bens e serviços e baixa escolarização acabam por determinar de forma geral, o aumento na prevalência das doenças crônicas e dos agravos decorrentes do progresso dessas doenças (BRASIL, 2013).

As doenças crônicas causam um grande impacto econômico ao país e isso não está relacionado apenas com os custos atribuídos ao SUS, mas também com as despesas geradas pelo absenteísmo, aposentadorias e mortalidade da população economicamente ativa. Estima-se que no Brasil haverá mais de 30 milhões de indivíduos acima dos 60 anos em 2025 e aproximadamente 85% deles apresentará pelo menos uma patologia (BRASIL, 2013).

## **2.2 A Ferida Crônica e a dor**

Cerca de 80% das pessoas com FC refere sentir dor, sendo que mais da metade dessas pessoas classificam essa dor como moderada até pior dor possível. Isso reflete uma inquietação não apenas para o indivíduo acometido por FC, mas também para os profissionais de saúde envolvidos nesse tratamento, pois a dor reflete de maneira contundente na QV tanto do indivíduo acometido por FC quanto das pessoas que convivem com ele (BRITO, 2017).

Em se tratando de ferida, a dor é o que mais incomoda a cada troca de curativo e quando há a necessidade de desbridamento, logo, a cicatrização deixa de ser o foco pois se livrar da dor é a prioridade do indivíduo com FC. Essa dor é considerada muitas vezes por eles como uma consequência que não há como evitar durante esse procedimento. (BRITO, 2017). Dito isto, ele afirma que o enfermeiro precisa desenvolver habilidades que favoreçam o conhecimento da FC de maneira que possa criar estratégias para que o curativo seja um processo menos doloroso e frustrante para esse indivíduo de maneira que venha a minimizar ainda que só por um momento o sofrimento. Todos os profissionais da equipe de saúde deve se engajar nesse processo buscando a resolução dos problemas que a Ferida Crônica causa, porém o enfermeiro por ser o maior responsável, deve se especializar e desenvolver atividades que favoreçam um acolhimento digno e livre de preconceitos a esse indivíduo.

Assim, entendemos que é grande é o sofrimento que o indivíduo acometido por uma Ferida Crônica tem que passar e os dados evidenciam a necessidade de conhecer a ferida crônica e buscar mais conhecimento de maneira que também se possa contribuir para o desenvolvimento de estudos científicos nessa área tão pouco pesquisada.

## **2.3 Cuidados de enfermagem ao indivíduo acometido por Ferida Crônica**

Silva (2012) diz que a cicatrização da ferida é um processo fisiológico dado por uma série de eventos interligados e dependentes que mostram que qualquer tecido pode chegar a autocicatrização.

Essa cicatrização divide-se em quatro fases, são elas: Fase Vascular que se inicia logo após o surgimento da ferida, a fase Inflamatória que se define pela invasão de fibroblastos que após se multiplicar

passam a secretar proteínas peculiares do tecido de reparação e a fase proliferativa que é onde acontece a regeneração do tecido conjuntivo e por fim a Fase de maturação ou remodelação, que como o próprio nome já diz é a fase onde ocorre a deposição de colágeno e regressão endotelial.

As feridas crônicas continuam na fase inflamatória por um excessivo período de tempo, podendo ser meses e até mesmo anos, o que leva a uma decadência da Qualidade de vida (QV), e até mesmo à morbimortalidade favorecida pelas infecções repetidas e amputações.

Registrar os dados clínicos do portador de FC é considerado o principal meio de comunicação entre profissionais de saúde, pois, assegura uma assistência continuada além de corroborar como comprovação escrita da prestação de cuidado. De maneira igualitária o processo de Enfermagem (PE) estabelece-se como método principal de consolidação da prática profissional dos Enfermeiros (BASTOS, 2014).

Ainda de acordo com Bastos (2014), o Diagnóstico de Enfermagem (DE) concede critérios que auxiliam na mensuração e avaliação da assistência de enfermagem prestada ao portador de ferida, possibilitando o suporte e direcionamento para o cuidado, facilitando a pesquisa e o ensino, delimitando as funções independentes da enfermagem o que resulta em um estímulo ao portador de ferida na participação do seu tratamento e terapêutica.

Dentre todos os profissionais diretamente envolvidos no tratamento de pessoas com Ferida nos diferentes níveis de atenção, destaca-se o enfermeiro, isto ocorre por estar em contato direto com o portador de ferida através da realização e avaliação constante do curativo. Isso requer uma maior responsabilidade do enfermeiro na prestação do cuidado em sua integralidade e uma visão clínica abrangente que correlacione os diferentes fatores que interferem na cicatrização (SANTOS, 2014).

Santos (2014) complementa dizendo que a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), fornece parâmetros tanto para uma avaliação clínica minuciosa como também oferece diretrizes para um tratamento completo. Constata-se então que o processo de enfermagem (PE) é um instrumento de suma importância, pois tem a finalidade de organizar o trabalho. Atualmente admitido em 5 etapas, o PE fundamenta-se em um referencial teórico que envolve a investigação com base na coleta de dados, a construção do diagnóstico de Enfermagem (DE), o planejamento e a implementação das intervenções de Enfermagem e por fim a avaliação dos resultados obtidos. Essa atividade é privativa do enfermeiro e sua aplicação é indispensável em todas as etapas do cuidado.

Conhecidos os critérios de registros das ações do enfermeiro, é necessário conhecer o portador de Ferida Crônica, entender de que maneira a FC impacta a vida desse indivíduo e como o enfermeiro pode atuar para promover o bem estar do mesmo. Pois de acordo com Silva (2012), a FC representa uma preocupação para as pessoas acometidas por tal patologia, não só a eles, mas também para o profissional que está envolvido nesse processo.

### 3 METODOLOGIA

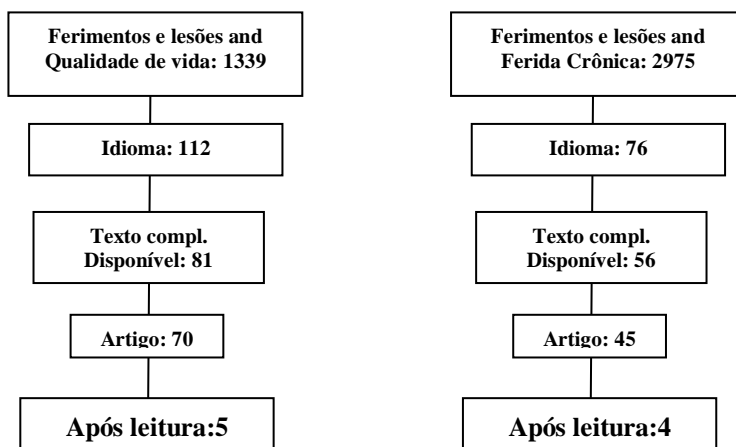
Trata-se de um estudo exploratório elaborado por meio de uma Revisão Integrativa de Literatura. Este método proporciona reunir diferentes elementos de conhecimento e incorporar a aplicação de resultados de estudos significativos na prática. (SOUZA, 2009).

A elaboração dessa revisão integrativa só foi possível após serem percorridas algumas etapas: A primeira delas foi o estabelecimento dos objetivos da revisão integrativa; sendo que foi preciso uma questão norteadora, para estabelecer os parâmetros da pesquisa, sendo ela: Quais os fatores que interferem na vida cotidiana da pessoa com Ferida Crônica?

Foram realizadas buscas nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e portal de periódicos - Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), em Janeiro e Fevereiro de 2019, utilizando-se o método de busca avançada e as categorias título, resumo e assunto. Foram utilizados os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), em português: Ferimentos e lesões, Doença Crônica, e Qualidade de vida, com auxílio do operador booleano AND.

Definiu-se como critério de inclusão: artigos originais disponíveis *on line*, na íntegra, no idioma português, sem delimitação de período de publicação e relacionados à temática do estudo. Foram excluídas teses, dissertações, monografias, anais de eventos, relatos de experiência, artigos de revisão, projetos de pesquisa, relatórios, editoriais e artigos que fogem do objeto de estudo deste trabalho. Durante a pesquisa não foi utilizado o filtro de limitação de anos de publicação por conta da escassez de estudos relacionados com o objeto.

A análise dos dados foi efetuada considerando a análise de conteúdo de Bardin (2011) dividida em 3 etapas, sendo a primeira a leitura flutuante e leitura exaustiva dos artigos selecionados. A segunda foi categorização dos dados encontrados, e na terceira etapa procedeu-se a interpretação e discussão dos resultados obtidos.



#### 4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Viver com uma ferida crônica gera muitos transtornos, de ordem física, haja vista que o indivíduo acometido por FC possui limitações e muitas vezes incapacidades, o que diminui sua habilidade de realizar suas atividades diárias e até laborais, fato este que gera dependência e diminuição de sua autonomia, o que resulta em modificações de ordem social, psicológica, emocional, ocupacional, financeira e familiar.

Nesse sentido, a discussão dos resultados encontrados serão divididos em 2 categorias empíricas em que discutiremos as modificações ocorridas na vida do indivíduo acometido por ferida crônica, entendendo-o como ser biopsicossocial.

##### MODIFICAÇÕES OCORRIDAS NO COTIDIANO SOCIAL E PROFISSIONAL DE INDIVÍDUOS ACOMETIDOS POR FERIDAS CRÔNICAS

Em se tratando de qualidade de vida (QV), Evangelista (2012) diz que a FC afeta seu estilo de vida por conta da dor, à mobilidade difícil, perda da autoestima e depressão, ao isolamento social, à incapacidade para o trabalho e alteração da imagem corporal e na maioria das vezes a FC acaba em reincidência.

Por outro lado, Lara et al (2011) diz que a FC pode ser considerada como uma agressão a integridade mental gerando um desequilíbrio que pode levar até mesmo a depressão, pois em uma época em que os padrões de beleza são impostos pela mídia, os relacionamentos interpessoais acabam sofrendo interferências, pois o indivíduo acaba desenvolvendo um medo de transmitir uma imagem negativa aos outros, como resultado da hipervalorização da beleza estética.

A presença de Ferida Crônica tem como resultado mudanças na aparência física o que causa reações distintas tanto no indivíduo portador de FC quanto nos amigos e familiares. Reações essas que estão sujeitas à capacidade de adaptação das pessoas envolvidas, ao ritmo com que essas alterações acontecem e dos serviços de apoio disponíveis para esse indivíduo. Quando a alteração na imagem corporal é mais severa, como quando ocorre uma amputação, comumente o indivíduo portador da FC reage de acordo com tais momentos: Estado de choque, recolhimento, aceitação e por fim a reabilitação. Assim sendo, faz-se necessário tanto orientação quanto promoção de conforto emocional.

Um estudo feito por Alves (2014) demonstra as dificuldades enfrentadas por mulheres acometidas por Feridas Crônicas, e os fatores que interferiram em suas vidas cotidianas, sendo o principal deles a estigma, pois a aparência da ferida causa vergonha o que provoca um decréscimo considerável tanto na vaidade da mulher, quanto na autoestima o que abala todo o emocional da mesma. Essas mulheres dizem que tem uma vida marcada pela dor, tristeza, solidão e dependência, isso tudo somado ao fato de ter um corpo marcado e estigmatizado, e continua dizendo que é um sofrimento que vai além da dimensão física e acaba gerando



impacto na vida emocional que se apresentam com alterações de humor, ocasionada pelo tratamento e vivência com a FC, levando-as a se tornarem impacientes a terem atitudes agressivas e por vezes violenta, resultado da falta de aceitação da condição de ter uma FC, tirando a esperança e até mesmo a vontade de viver. A tristeza é relatada como companheira inseparável com a qual se convive diariamente e muitas vezes está relacionada com o isolamento social, afastamento da família, de amigos e até mesmo de seus parceiros, o que gera angústia. A FC ainda interfere na sua condição física, trazendo limitações em suas atividades básicas rotineiras do autocuidado no que tange a vestir-se, manter um padrão eficaz de higiene, pois modifica até mesmo a forma de tomar banho, o que traz um sentimento de impotência e incapacidade e muitas vezes inutilidade. O que pode resultar em problemas emocionais e isolamento.

No que diz respeito à vida profissional, o indivíduo acometido por FC apresenta dificuldade em manter sua autonomia e capacidade laboral, tanto dentro quanto fora de casa, pois a ferida os impede de trabalhar o que leva a ter subempregos, desemprego ou até mesmo a mendigarem na tentativa de sustentar seus filhos.

É possível observar que os transtornos de ordem psíquica e emocional, além das limitações físicas, acabam interferindo na vida laboral dos indivíduos acometidos por FC, pois alguém que levava uma vida tranquila e descomplicada no que diz respeito a sua rotina diária, de repente se vê dependendo de outras pessoas até mesmo para se vestir, ou tomar banho ou ainda para ser levado de um lugar para outro.

O cotidiano anteriormente tranquilo precisa ser modificado com o acometimento da FC, pois precisa-se introduzir as visitas constantes as unidades de saúde para cuidados como curativos e consultas médicas e especializadas por conta da FC, gerando um transtorno que muitas vezes para ser resolvido é necessário que esse indivíduo se afaste do trabalho, o que faz com que ele enfrente uma longa jornada para conseguir ter assegurado o seu direito ao auxílio doença. Além disso, ocorre aumento dos gastos com sua saúde em virtude do tratamento da ferida, assim, pode ocorrer desequilíbrio do orçamento e do seu cotidiano.

A vulnerabilidade que a FC traz, seja ela de ordem física, emocional, psicológica ou financeira, gera grande impacto na vida desse indivíduo, o que resulta em conflitos interpessoais.

A incapacidade laborativa é considerada como a perda ou diminuição da capacidade ou habilidade do indivíduo em desempenhar funções referentes à sua ocupação profissional, seja de maneira parcial ou permanente em decorrência de alterações morfológicas, psíquicas ou fisiológicas, provocadas acidentalmente ou por adoecimento (GOMES, 2009).

Almeida et al (2018) retrata o tamanho do comprometimento físico causado pela FC ao apontar que das pessoas estudadas 94,34% estava com a vida laboral inativa, e Medeiros (2013) corrobora dizendo que a FC prejudica a capacidade do indivíduo para as suas atividades laborativas, gerando uma cadeia de acontecimentos como o aumento significativo do absenteísmo, contribuindo para o desemprego ou aposentadoria prematura, o que acaba por gerar ônus significativo para o sistema previdenciário e de saúde.

Diante do exposto fica evidente que a FC afeta diretamente a qualidade de vida do indivíduo acometido por esta patologia podendo ainda trazer prejuízos a vida familiar e autoestima.

## MODIFICAÇÕES OCORRIDAS NO COTIDIANO FAMILIAR E SEXUALIDADE DE INDIVÍDUOS ACOMETIDOS POR FERIDAS CRÔNICAS

O cuidado já é considerado uma prática natural da família que busca promover saúde e bem-estar para os seus membros. No âmbito familiar, as crises e conflitos podem também ser considerados como normais, porém quando enfrentam adversidades como doença e principalmente quando a mesma atinge a cronicidade essa família mergulha em um estado de vulnerabilidade.

Por esse motivo faz-se necessário entender que o ser humano é um ser que convive com outras pessoas e que nesse contexto social no qual ele está inserido, a família representa o apoio mais próximo. Em se tratando de uma doença crônica sempre se levanta alguém que se torna o cuidador, mas é preciso ressaltar que na família em que uma doença crônica se instala, as atividades cotidianas continuam existindo, e é acrescentada a essas atividades o cuidado desse indivíduo o que pode ser considerada uma sobrecarga. (MARCON, et al, 2005).

Em um estudo realizado por Carvalho et al (2013) apontaram que as FC causam um impacto na vida diária do indivíduo por conta da algia e odor fétido da secreção expelido pela ferida, instalação de uma rotina de cuidado com o curativo e maior frequência de consulta, aumento de exigências com relação a sua autoimagem, fazendo com que esse indivíduo acometido por FC se coloque a margem do que é preconizado pela sociedade quanto à beleza estética, saúde e vitalidade, levando-o a comparar seu corpo enfermo com tais padrões, resultando muitas vezes em auto depreciação corporal e isolamento social.

Carvalho et al. (2013) ainda salienta que as relações de cunho afetivo em especial as sexuais, não podem ser destituída do corpo, pois é através dele que se despertam os primeiros sentimentos, pois para que haja a aproximação corporal e o contato mais íntimo é necessário um envolvimento sentimental, coisa que o indivíduo com ferida acaba se privando por conta do preconceito criado por ele com o próprio corpo, pois a doença deixa marcas que muitas vezes saltam aos olhos, fato que não pode ser ignorado, o que repercute na atividade sexual do sujeito.

Corroborando com esse estudo, Souza e Matos (2010) propõem que alguns indivíduos acometidos por FC evitam o contato sexual por não se sentirem atraentes e por medo de serem rejeitados. Assim, os companheiros muitas vezes acabam incentivando de forma indireta esse afastamento quando evitam uma aproximação mais íntima muitas vezes justificada pelo medo de machucar ou por outras questões. Como resultado disso esse indivíduo acaba desenvolvendo sentimentos negativos, levando-o quase sempre ao isolamento social ocasionado pela dificuldade que o mesmo desenvolve para se relacionar com outras

pessoas. Dessa maneira alguns indivíduos desenvolvem mecanismos para lidar com as mudanças e alterações que ocorrem em sua vida sexual, pois cada pessoa tem uma maneira singular de lidar com as doenças as quais são acometidos, bem como tratamentos, e impactos que essas doenças podem causar em sua vida, haja vista que grande parte desses indivíduos se apegam a fé e devoção a Deus como saída para conseguir seguir em frente. Outros, no entanto, sofreram de maneira de maneira tão profunda com as lesões que a FC causou que a atividade sexual ficou em segundo plano, e aceitaram até mesmo que fosse trocada por carinho ou atividades de cunho religioso.

#### 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse estudo evidenciou as modificações ocorridas na vida cotidiana de indivíduos acometidos por feridas crônicas, demonstrando as dificuldades enfrentadas pelos mesmos nas suas atividades diárias.

É essencial a aplicação de políticas públicas efetivas que possam ajudar essas pessoas que tem sofrido tanto com uma doença, contribuindo para uma melhora significativa de sua qualidade de vida.

Com relação aos custos com a Ferida Crônica (FC), os artigos pesquisados mostram que existem ações para tratamento da FC, mas nada que evidencie a existência de uma política eficiente no tratamento dessa patologia e muito menos dados que mostrem os custos que a FC agregam ao Sistema Único de Saúde (SUS). Fato que abre precedente pra novas pesquisas que façam levantamento de dados financeiros, estimativa de pessoas que são acometidas por FC, corroborando assim para implantação de um programa de tratamento eficaz, e ainda ajudar a entender o impacto da FC para o SUS.

A escassez de estudos científicos com essa temática sinaliza a necessidade de pesquisas exploratórias com este foco, assim, espera-se que este trabalho possa despertar a atenção e o interesse para novas investigações sobre a temática, em virtude de sua escassez.

#### REFERÊNCIAS

ALVES, R. M, et al. Ser mulher e ter o corpo ferido: Um estudo de representações sociais. **J. res.: fundam. care. Online.** v. 6 (4):1513-1524, out./dez. 2014.

ALMEIDA et al, Fatores associados à qualidade de vida de pessoas com feridas complexas crônicas. **Fundam. Care. Online.** V.10(1): p. 9-16, jan./mar., 2018.

BRITO, et al. Dor em Úlcera Crônica: Perfil sociodemográfico, clínico e terapêutico de pacientes de Cuité-PB. **Journal of aging and inovation.** v. 6, n.2, p. 17-31, ago.2017

BRASIL, Ministério da Saúde. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias.** Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2013. Disponível em: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes%20cuidado\\_pessoas%20doencas\\_cronicas.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes%20cuidado_pessoas%20doencas_cronicas.pdf)

- BASTOS, et al. A frequência dos diagnósticos de enfermagem em pacientes com feridas. **Rev Enferm UFPE on line**, Recife, v. 8, n. 7, p. 1937-46, jul., 2014.
- SALOMÉ. Processo de viver do portador com ferida crônica: Atividades recreativas, sexuais, vida social e familiar. **Saúde Coletiva**, v.7, n. 46, p. 300-304, 2010.
- GASPAR, et al. Biologia da ferida e cicatrização. **Revista FMRP.USP**, 41 (3), p. 259-64, Ribeirão Preto, 2008
- SACRAMENTO, et al. Manejo de sinais e sintomas em feridas tumorais: Revisão Integrativa. **RECOM**, 5(1), p. 1514-1527, jan - abr, 2015.
- VIEIRA. et al. Significado da ferida para portadores de Úlceras Crônicas. **Cogitare Enferm.** v. 16, n 3, p. 417-7, jul – set, 2013.
- MARCON, et al. Vivência e reflexões de um grupo de estudos junto às famílias que enfrentam a situação crônica de saúde. **Texto & Contexto Enfermagem.** 14:116-24. Florianópolis, 2005.
- BEDIN, et al. Estratégias de promoção da auto estima, autonomia e autocuidado das pessoas com feridas crônicas. **RGE- Revista Gaúcha de Enfermagem.** 35(3). p. 61-67, set. 2014.
- CUNHA. Sistematização da assistência de enfermagem no tratamento de feridas crônicas. 2006. 33 f. Tese (Doutorado) - Curso de Enfermagem, Fundação de Ensino Superior de Olinda - FUNESO, Olinda, 2006.
- CARVALHO, et al. Trajetórias afetivo-sexuais de pessoas com feridas crônicas nos membros inferiores: aspectos na escuta terapêutica. **Revista Gaúcha de Enfermagem.** v 34, n3, p167-170, 2013
- CIAN'CIARULLO, T.W . Teoria das necessidades humanas básicas — um marco indelével na enfermagem brasileira. **Rcv. Esc. Enf. USP**, São Paulo, 21 (nº especial): 100-107, 1987.
- EVANGELIST, et al. Impacto das feridas crônicas na qualidade de vida dos usuários da Estratégia de Saúde da Família. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, 2(2), p. 254-263, mai./ ago.,2012.
- GOMES Epilepsia e incapacidade laborativa. **J Epilepsy Clin Neurophysiol.** v. 15(3). p. 130-134, 2009;
- GOMES e CARVALHO. Tratamento de Ferida: Revisão da Literatura. **REME- Revista Mineira de Enfermagem.** v. 6(1/2), p. 67-72, jan./ dez., 2002.
- LARA, et al. Significado da ferida para portadores de úlceras crônicas. **Cogitare Enfermagem.** Curitiba, v. 16, n. 3, p. 741-7, jul/set, 2011
- MEDEIROS et al, Perfil socioeconômico de pessoas com úlcera venosa: aspectos relevantes para a enfermagem. **Rev enferm UFPE on line.** 7(8):5220-4, ago., Recife, 2013
- SILVA. Tratamento da Dor em Feridas Crônicas. 2012. 78 f. Dissertação de Mestrado em cuidados paliativos. **Faculdade de Medicina. Universidade de Lisboa.**
- SOUZA E MATOS. Percepção do portador de ferida crônica sobre sua sexualidade. **Rev. Enfermagem UERJ**, jan/mar; v. 18 (1), p. 19-24, Rio de Janeiro, 2010.
- SILVA. **Tratamento da Dor em Feridas Crônicas.** 2012. 78 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Medicina, Universidade de Lisboa Faculdade de Medicina, Lisboa, 2012.
- SILVA, et al. Avaliação da qualidade de vida de pacientes portadores de feridas crônicas atendidos no ambulatório de cicatrização do Hospital Universitário de Sergipe. **RBQV- Revista Brasileira de Qualidade de Vida**, Ponta Grossa, v9, n3, p 234-246, jul/set. 2017.
- WAIDMAM et al. O cotidiano do indivíduo com ferida crônica e sua saúde mental. **Texto Contexto Enfermagem**, 20(4): 691-9 out/dez; Florianópolis, 2011.

## CAPÍTULO 4

### A SAÚDE MENTAL DA MULHER NO PERÍODO GESTACIONAL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Aline Lopes Cordeiro Carvalho de Lima<sup>1</sup>  
Frank Evilácio de Oliveira Guimarães<sup>2</sup>

#### RESUMO

**OBJETIVO:** Descrever as evidências existentes na literatura sobre os transtornos mentais desencadeados na gestação. **MÉTODOS:** Trata-se de um estudo descritivo, do tipo revisão integrativa de literatura englobando artigos publicados entre os anos de 2010 a 2019, utilizando os seguintes Descritores em Ciências e Saúde juntamente com o operador booleano “AND”: Ansiedade AND gestação, Depressão AND gestação, Saúde mental AND mulher e Transtornos mentais AND gestação. A partir do objetivo do estudo, critérios de inclusão e exclusão, a amostra final correspondeu a 8 artigos. **RESULTADOS:** Tanto os estudos nacionais e internacionais trouxeram como Transtorno Mental Comum prevalente de maior índice na gestação a ansiedade e a depressão. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A ansiedade e depressão forma os transtornos mais evidentes no período gestacional. Sugere-se o desenvolvimento de estratégias e manuais técnicos sistematizados para nortear a equipe de saúde na assistência a gestantes durante as consultas de pré-natal, quanto a prevenção, diagnóstico e tratamento dessas doenças mentais.

**Palavras-chave:** Gestação; Gestantes; Mulher; Sofrimento emocional.

#### 1 INTRODUÇÃO

Segundo Nogueira e Mendonça (2015), Transtorno Mental Comum (TMC) é caracterizado como um transtorno que pode gerar sofrimento psíquico, comprometimento funcional e interferir na qualidade de vida de quem o possuem. Doenças mentais como, depressão, transtorno de ansiedade, fobias, transtorno de pânico, transtorno obsessivo compulsivo (TOC) e estresse pós-traumático, estão no grupo dos TMC.

Lucchese et al. (2017) revela que, a mulher em relação ao homem, é mais propensa a desenvolver transtornos mentais de humor e ansiedade, justificada por condições sociais e domiciliares que enfrentam. Outra condição predisponente para o desenvolvimento de doenças mentais na mulher, é

<sup>1</sup> Enfermeira, Pós Graduada em Urgência e Emergência pela Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. Salvador (BA), Brasil. E-mail: alinelopes96@hotmail.com

<sup>2</sup> Enfermeiro, Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Bahia PPGENF/UFBA. Salvador (BA), Brasil. Docente do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Faculdade Metropolitana da Camaçari (FAMEC). E-mail: frankevilácio@gmail.com

a gravidez, um evento biologicamente natural, marcado por mudanças sociais, físicas e psíquicas, onde seu estado emocional torna-se mais frágil e mais vulnerável para o desenvolvimento de depressão e ansiedade (NOGUEIRA, MENDONÇA, 2015; SAVIANI-ZEOTI, PETEAN, 2015).

As crenças populares nos fazem acreditar que a gravidez sempre será um período de bem-estar para as mulheres, contudo, evidências científicas demonstram, que cerca de 10 a 15% delas, sofrem um episódio depressivo durante a gravidez ou no primeiro ano pós-parto (KASSADA et al., 2015). A prevalência de depressão na gravidez chega a 7,4% no primeiro trimestre, 12,8% no segundo e 12% no terceiro trimestre.

Sintomas como vigília, tristeza e pressentimentos de inutilidade, bem como a ansiedade, podem ocorrer em resposta as suas expectativas e frustrações em iniciar uma nova etapa no ciclo de vida familiar, vale ressaltar que atualmente a mulher desempenha um novo papel na sociedade, onde além de realizar atividades domésticas foi lhe atribuído o encargo de mantenedora financeiramente do lar, situação que requer um determinado período de adaptação para haver a conciliação da duplicidade dos papéis (GUIMARAES et al., 2019).

A gestante por passar por inúmeras transformações, necessita de acompanhamento especializado durante o atendimento de pré-natal com enfoque na prevenção de doenças mentais e conseqüentemente complicações obstétricas. Visto que a saúde da mãe está extremamente ligada a saúde fetal, Pearson et al. (2013) aponta que transtornos mentais durante a gravidez influenciam de forma negativa o desenvolvimento fetal, podendo causar baixo peso ao nascer e predisposição para doenças mentais bem como a depressão nas crianças geradas.

Os fatores para risco de TMC durante a gravidez envolvem a gestação na adolescência, gravidez não planejada, não possuir cônjuge ou estar em conflito com seu parceiro, possuir outros filhos, ser de baixa renda e não possuir apoio familiar e social (GUIMARÃES et al. 2019). Segundo Lucchese et al. (2017), idade gestacional e intercorrências durante a gravidez também podem ser considerados fatores de risco para TMC.

Admitindo o grau de seriedade deste problema, este artigo justifica-se em tornar maior visibilidade a esta temática. Por isso, o mesmo tem por objetivo descrever as evidências existentes na literatura sobre os transtornos mentais desencadeados na gestação, buscando responder o seguinte questionamento: Quais são as evidências existentes na literatura sobre os transtornos mentais desencadeados na gestação?

## **2 METODOLOGIA**

Trata-se de uma Revisão Integrativa, referente a saúde mental da mulher no período gestacional. Optou-se pela revisão integrativa pois sintetiza os estudos disponíveis sobre determinados temas, proporcionando posteriormente a prática baseada em evidências científicas (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

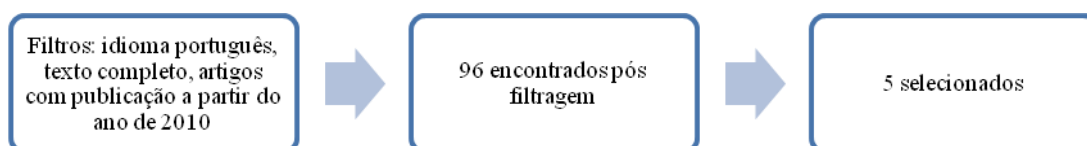
O portal de dados selecionado para a busca foi a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) que permite uma busca simultânea em outras bases, porém a base de dados SciELO, foi a que mais apresentou estudos atuais sobre a temática pesquisada, por isso deu-se preferência em utilizar estudos somente desta base.

Através do Descritores em Ciências da Saúde (DECS), foram selecionados os seguintes descritores: Ansiedade, Depressão, Saúde Mental e Transtornos Mentais. Foi utilizado o operador booleano “AND” para associação dos descritores com as seguintes palavras chaves: gestação e mulher, sendo assim pesquisado: Ansiedade AND gestação, Depressão AND gestação, Saúde mental AND mulher e Transtornos mentais AND gestação.

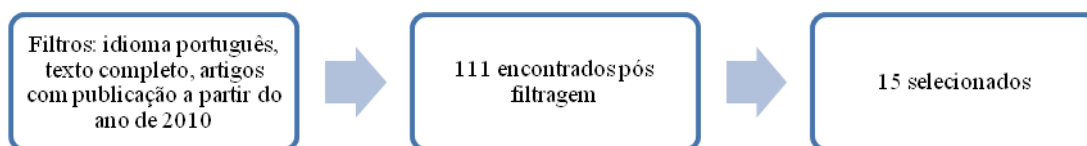
Foram selecionados estudos disponíveis na íntegra, no período de 2010 a 2019, em idioma português, pois, este intervalo de datas proporcionava encontrar evidências atuais sobre a saúde mental da mulher gestante.

A inclusão de trabalhos seguiu o seguinte critério: tratar de estudos originais que abordassem a saúde mental da mulher no período gestacional. Foram excluídos os estudos não disponibilizados na íntegra, os que não se enquadravam com a questão de pesquisa deste estudo e os duplicados.

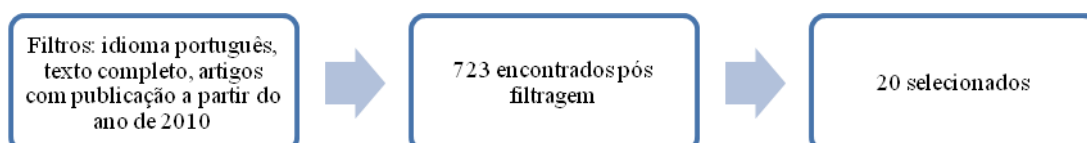
Na seleção inicial buscou-se as publicações referentes ao cruzamento Ansiedade AND gestação, sendo encontrados 4.263 estudos. Após a filtragem restaram 96. A partir disto foram selecionados 5 estudos para análise.



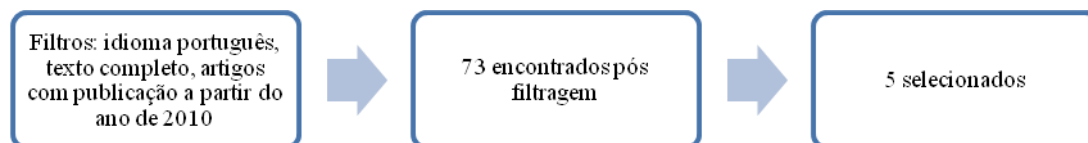
No cruzamento depressão AND gestação foram encontrados 10.857 estudos. Após a filtragem restaram 111. A partir disto foram selecionados 15 estudos para análise.



No cruzamento saúde mental AND mulher foram encontrados 29.889 estudos. Após a filtragem restaram 723. A partir disto foram selecionados 20 artigos para análise.



No cruzamento transtornos mentais AND gestação foram encontrados 12.331 estudos. Após a filtragem restaram 73. A partir disto foram selecionados 5 artigos para análise.

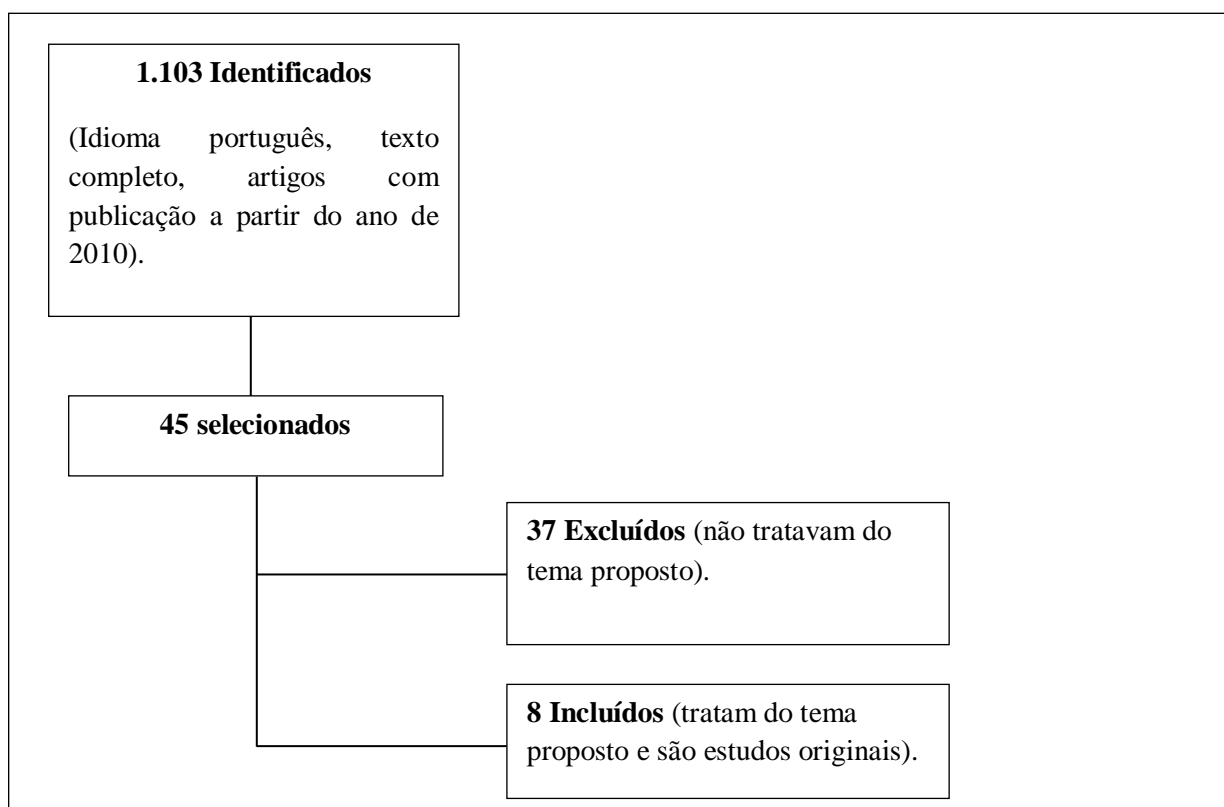


Desses 1.103 artigos encontrados pós filtragem, 45 foram pré-selecionados, sendo lido na íntegra os 45. Foram apresentadas duplicatas no mesmo cruzamento e em cruzamentos distintos sendo automaticamente excluídos. Após a leitura destes 45 artigos e a partir dos critérios de inclusão, foram selecionados 08 artigos para análise.

Para garantir a autoria dos artigos selecionados, foram utilizadas citações e referências dos seus autores de acordo com as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), deste modo assegurando os aspectos éticos do estudo.

Para a aquisição dos dados foram criados dois quadros apresentados nos resultados, contendo as seguintes informações: autor, ano, revista, base de dados e local de estudo (Quadro 1) e tema, objetivo, desenho e principais resultados (Quadro 2).

**Figura 1 – Fluxo de pesquisa**



Fonte: Elaborado pela autora, 2019.



### 3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para melhor entendimento, os trabalhos foram enumerados no quadro abaixo, de modo estruturado, seguindo em ordem crescente de acordo ao ano de publicação.

**Quadro 1** – Distribuição dos artigos de acordo ao autor, ano, revista, base de dados, e local de estudo.

<b>Nº</b>	<b>AUTOR</b>	<b>ANO</b>	<b>REVISTA</b>	<b>BASE DE DADOS</b>	<b>LOCAL DE ESTUDO</b>
1	Silva et al.	2010	Cadernos de Saúde Pública	SciELO	Pelotas- RS
2	Almeida et al.	2012	Cadernos de Saúde Pública	SciELO	Porto Alegre- Bento Gonçalves- RS
3	Kassada et al.	2015	Acta Paulista de Enfermagem	SciELO	Maringá-PR
4	Severo, Santos e Pereira.	2017	Rev. de Cienc. da Saúde Nova Esperança	SciELO	João Pessoa-PB
5	Silva et al.	2017	Rev. da Esc. de Enfermagem da USP	SciELO	Sul de Minas Gerais-MG
6	Lima et al.	2017	Acta Paulista de Enfermagem	SciELO	São Paulo- SP
7	Silva et al.	2019	Jornal Bras. de Psiquiatria	SciELO	Guimarães- Portugal
8	Guimarães et al.	2019	Enfermería Global	SciELO	Vitória de Santo Antão-PE

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

**Quadro 2** - Distribuição dos artigos de acordo com tema, objetivo, desenho e principais resultados.

Nº	TEMA	OBJETIVO	DESENHO	RESULTADOS
1	Transtornos mentais comuns e auto-estima na gestação: prevalência e fatores associados	Verificar a prevalência de transtornos mentais comuns e sua relação com auto-estima, bem como outros fatores associados à ocorrência de TMC em gestantes.	Estudo transversal quantitativo.	A prevalência de TMC em gestantes foi de 41,4%. Evidenciou-se, também, que quanto menor a auto-estima da grávida maiores são as chances de associação a TMC ( $p < 0,001$ ).
2	Transtornos mentais em uma amostra de gestantes da rede de atenção básica de saúde no Sul do Brasil	Estimar a prevalência de transtornos mentais na gestação em uma amostra de grávidas de duas cidades do sul do país, e analisar a sua distribuição segundo variáveis sociodemográficas.	Estudo de Coorte quantitativo.	A prevalência de um provável transtorno mental foi de 41,7%. O transtorno depressivo maior (21,6%) foi o mais prevalente, seguido pelo Transtorno de Ansiedade Generalizada (19,8%).
3	Prevalência de transtornos mentais e fatores associados em gestantes	Identificar a prevalência de transtornos mentais e fatores associados em gestantes.	Pesquisa quantitativa, exploratória e descritiva.	Referiram diagnóstico de transtorno mental 51 gestantes (12,94%) e isto foi significativamente maior entre aquelas com idade entre 19 e 30 anos, sem companheiro, de cor branca, que estavam no segundo trimestre de gestação.

4	Ansiedade em mulheres no período gestacional	Investigar nível ansiedade em mulheres no período gestacional.	Descritivo de natureza quantitativa.	Verificou-se semelhança nos scores das escalas em relação a ansiedade, onde a maioria apresentou nível médio (86%) de Traço de Ansiedade e de Estado de Ansiedade.
5	Ansiedade na gravidez: prevalência e fatores associados	Avaliar os possíveis fatores associados entre as medidas de ansiedade em gestantes e comparar a presença de ansiedade em cada trimestre gestacional.	Estudo descritivo e correlacional, de corte transversal.	A ansiedade esteve presente em 26,8% das gestantes, sendo mais frequente no terceiro trimestre (42,9%).
6	Sintomas depressivos na gestação e fatores associados: estudo longitudinal	Identificar a frequência de sintomas depressivos no decorrer da gestação e verificar sua associação com variáveis sociodemográficas, obstétricas e de saúde.	Estudo longitudinal.	A frequência de sintomas depressivos foi de 27,2%, 21,7% e 25,4%. Sofrer ou ter sofrido violência psicológica foi fator de risco independente do período gestacional.
7	Sintomatologia depressiva no termo da gestação, em mulheres de baixo risco	Calcular a prevalência de sintomatologia depressiva pré-natal em grávidas de baixo risco, no termo da gestação, avaliar seus preditores e desfechos materno-	Estudo quantitativo.	A prevalência de sintomatologia depressiva pré-natal foi de 41,7%.

		fetais.		
8	Adoecimento mental em gestantes	Analisar a ocorrência de adoecimento mental em gestantes e os fatores associados ao mesmo.	Estudo transversal, com abordagem quantitativa.	A proporção de sugestão de adoecimento mental em gestantes foi de 31,9% e esteve associada com estar solteira, ter estudado até o ensino fundamental, não ter planejado a gravidez e possuir doença crônica.

Fonte: Dados da pesquisa, 2019

Dos artigos selecionados no quadro acima, 3 foram produzidos na região Sul do Brasil, 2 na região Nordeste, 2 na região Sudeste e apenas 1 internacional, produzido em Portugal. As regiões Sudeste e Sul são responsáveis pelo maior índice de publicações científicas brasileiras, em razão da quantidade de Campi Federais e Estaduais que possuem (SIDONE; HADDAD; MENA-CHALCO, 2016).

Dos estudos, 6 utilizaram como fonte de coleta de dados gestantes usuárias do Sistema Único de Saúde – SUS, cadastradas em Unidades Básicas de Saúde e/ou na Estratégia de Saúde de Família. O estudo internacional utilizou como amostra, gestantes atendidas num hospital especializado em atendimento de pré-natal.

Tanto os estudos nacionais e internacionais trouxeram como TMC prevalente de maior índice na gestação a ansiedade e a depressão. Silva et al. (2017) evidencia no seu estudo que, 56 gestantes de 153 entrevistadas, apresentaram quadro de ansiedade, tendo índice maior no terceiro trimestre (42,9%) quando comparado ao 1º (17,9%) e o 2º (39,3%) revelando que ansiedade no terceiro trimestre de gravidez está relacionada ao medo do parto e posterior vivência com o recém-nascido, visto que a aproximação do nascimento do filho pode trazer anseios que ao acentuar-se podem causar sofrimento psíquico.

Já Silva et al. (2010), revelou que, o maior índice TMC foi apresentado em gestantes no segundo trimestre de gestação, porém não deixa claro qual transtorno obteve maior índice. No tocante da depressão, Kassada et al. (2015) corrobora que cargas emocionais depressivas comprometem a saúde física e mental da gestante sendo fator de risco eminente para a depressão pós parto.

Nesse contexto, a mulher deprimida tende a desenvolver menor preocupação com sua saúde, que consequentemente poderá leva-la a situações de risco, como, falta de apetite, baixa qualidade e quantidade de

nutrientes e a desnutrição (PEREIRA; LOVISI, 2008). Segundo Menezes et al. (2012) episódios depressivos a partir do segundo trimestre da gravidez, podem ocasionar parto prematuro e baixo peso ao nascer, sendo esta condição a maior causa de gastos públicos e ocupações em UTI's Neonatal ( Unidades de Tratamento Intensivo Neonatal), situação que diminui a quantidade de leitos para neonatos que sofrem por doenças congênitas ou por situações menos evitáveis.

O uso de drogas, foi um fator relevante utilizado pelas gestantes para aliviar os sintomas da depressão. Muitas, costumam automedicar-se ou utilizar drogas como álcool e cigarros. Sabe-se que a nicotina é extremamente prejudicial à saúde materno-fetal, além de causar dependência, que dificulta de um certo modo o cumprimento das orientações obtidas durante as consultas de pré natal e o abandono do vício posteriormente (KASSADA et al., 2015).

Em comparação com mulheres gestantes estrangeiras, obtiveram prevalência de sintomatologia depressiva de 42% (SILVA et al., 2019). Sendo equiparado com um estudo brasileiro realizado na região Sul onde 41,7% das gestantes apresentaram provável transtorno psiquiátrico, onde o transtorno depressivo maior e transtorno depressivo em remissão parcial totalizaram 30,6%, seguido por transtorno de ansiedade generalizada, transtorno de pânico, distímia e bulimia nervosa (ALMEIDA et al., 2012).

A depressão não possui etiologia, porém existem fatores predisponentes que são condições relacionadas as situações negativas da vida que quando presentes aumentam a probabilidade do indivíduo a desenvolver sofrimento emocional. Em relação aos fatores de risco para desenvolvimento de TMC na gestação, foi citado em comum aos artigos a situação socioeconômica e demográfica, possuir outros filhos, não possuir cônjuge, estar desempregada, escolaridade, risco de internações e principalmente o suporte social do início ao final da gravidez. O fator planejar a gravidez foi citado por Lima et al. (2017) como um fator de proteção para desenvolvimento de TMC, logo, uma gravidez não planejada seria também um fator de risco para desenvolvimento de TMC.

O apoio familiar mostra-se um pilar importante, onde atenua a probabilidade da gestante de tomar decisões que prejudicariam sua saúde e a gravidez. Segundo Pereira e Lovisi (2008) o apoio do cônjuge durante e após a gestação é um fator crucial para a saúde e bem estar mental da mulher. Nesta condição a mesma consegue se sentir segura em meio as incertezas que a aflige.

Guimarães et al. (2019) evidenciou em sua pesquisa que a idade gestacional e o número de gestações tiveram associações estatísticas irrelevantes quanto o adoecimento mental da gestante. Isso pode ser decorrente da homogeneidade dos dados amostrais utilizados pelos estudos, sendo que a maioria utilizou gestantes com idade gestacional entre o segundo e terceiro trimestre.

Nesta circunstância, torna-se importante a implantação de serviços especializados para atendimento integral a população, pois a presença de transtorno mental durante a gravidez acaba tornando-a de alto risco por conta dos prejuízos físicos, mentais e sociais que acarretam. O Sistema Único de Saúde (SUS), oferece

através da Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher, programas e estratégias que oportunizam o rastreio, diagnóstico e tratamento dessas doenças. A assistência pré-natal adequada tem como objetivo a detecção precoce e intervenções das situações de risco que venham trazer prejuízos a saúde materno-fetal até o período puerperal (BRASIL, 2012).

É necessário, que a enfermeira (o) em conjunto com a equipe de saúde, estejam atentos para conseguir identificar sinais e sintomas de TMC em gestantes durante a consulta de pré-natal. A constatação de TMC precocemente diminui a probabilidade desta gestante evoluir para situações de sofrimento emocional puerperal e intercorrências obstétricas. É indubitavelmente necessário a criação de vínculo com a gestante e sua família, para que a mesma sinta-se à vontade para confidenciar suas emoções, pois, a boa aceitação do programa de pré natal, dá ao enfermeira (o) a oportunidade de atuar nas condições da melhora psicossocial e física da mesma (ALMEIDA et al., 2012; BORGES et al., 2011).

#### **4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O estudo desvelou a prevalência de ansiedade e depressão durante o período gestacional, de forma significativa, bem como os fatores de risco que podem desencadeá-los.

Espera-se que a enfermeira (o) e a equipe de saúde estejam preparadas para detectar sinais e sintomas que configuram sofrimento emocional durante as consultas de pré-natal, porém, mediante as dificuldades profissionais encontradas, somente as queixas físicas que venham atrapalhar o desenvolvimento da gravidez são valorizadas.

Sugere-se o desenvolvimento de manuais técnicos e sistematizados para nortear a equipe de saúde na assistência as gestantes durante as consultas de pré-natal, quanto a prevenção, diagnóstico e tratamento de TMC, assim como criação de novas estratégias de abordagem e acolhimento as mesmas, planos de educação continuada para sensibilização profissional, bem como atendimento humanizado e apoio matricial para garantia da assistência integral, qualificada e equânime.

Pretende-se com este estudo, colocar esta temática em foco, para que novos estudos sejam produzidos, visto que há um déficit de publicações que tratam de transtornos mentais gestacionais se comparado aos que tratam sobre transtornos mentais puerperais, fato que corrobora com a questão de altos índices de TMC durante a gestação.

#### **REFERÊNCIAS**

ALMEIDA, M. S. DE et al. Transtornos mentais em uma amostra de gestantes da rede de atenção básica de saúde no Sul do Brasil TT - Mental disorders in a sample of pregnant women receiving primary health care in

- Southern Brazil. **Cad Saude Publica**, v. 28, n. 2, p. 385–394, 2012.
- BORGES, D. A. et al. A depressão na gestação: uma revisão bibliográfica. **Rev. de Iniciação Científica da Libertas**, v. 1, n. 1, p. 85–99, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.
- GUIMARAES, F. J. et al. Preferencias Enfermedad mental en mujeres embarazadas. **Enfermería Global**, v. 18, p. 499-534, 2019.
- KASSADA, D. S. et al. Prevalência de transtornos mentais e fatores associados em gestantes. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 28, n. 6, p. 495–502, 2015.
- LIMA, M. O. P. et al. Sintomas depressivos na gestação e fatores associados: estudo longitudinal Depressive symptoms in pregnancy and associated factors: longitudinal study. **Acta Paul Enferm**, v. 30, n. 301, p. 39–4639, 2017.
- LUCCHESI, R. et al. Factors associated with the probability of common mental disorders in pregnant women: a cross-sectional study. **Escola Anna Nery**, v. 21, n. 3, p. 1–6, 2017.
- MENEZES, L. O. et al. O impacto do baixo peso ao nascer relacionado à depressão gestacional para o financiamento federal da saúde pública: uma análise do Município de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 10, p. 1939–1948, 2012.
- NOGUEIRA, S. M.; MENDONÇA, J. B. Fatores de risco para o desenvolvimento de transtornos mentais comuns em adolescentes gestantes do município de Ceres-GO. **Revista Eletrônica da Faculdade de Ceres**, v. 4, n. 2, 2015.
- PEARSON, R. M. et al. Maternal depression during pregnancy and the postnatal period risks and possible mechanisms for offspring depression at age 18 years. **JAMA Psychiatry**, v. 70, n. 12, p. 1312–1319, 2013.
- PEREIRA, P. K.; LOVISI, G. M. Prevalência da depressão gestacional e fatores associados. **Revista De Psiquiatria Clinica**, v. 35, n. 4, p. 144–153, 2008.
- SAVIANI-ZEOTI, F.; PETEAN, E. B. L. Apego materno-fetal, ansiedade e depressão em gestantes com gravidez normal e de risco: estudo comparativo. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, v. 32, n. 4, p. 675–683, 2015.
- SEVERO, M.; SANTOS, A.; PEREIRA, V. Ansiedade em mulheres no período gestacional. **Revista De Ciências Da Saúde Nova Esperança**, v. 15. N. 1, 80-91, 2017.
- SIDONE, O. J. G.; HADDAD, E. A.; MENA-CHALCO, J. P. A ciência nas regiões brasileiras : evolução da produção e das redes de colaboração científica Science in Brazilian regions : Development of scholarly production and research. **TransInformação**, v. 28, n. 1, p. 15–31, 2016.
- SILVA, M. M. D. J. et al. Ansiedade na gravidez: prevalência e fatores associados. **Revista Escola Enfermagem**, v. 51, n. e03253, p. 1–8, 2017.
- SILVA, R. A. DA S. et al. Transtornos mentais comuns e auto-estima na gestação : prevalência e fatores associados Common mental disorders and self-esteem in pregnancy : prevalence and associated factors. **Cad Saude Publica**, v. 26, n. 9, p. 1832–1838, 2010.
- SILVA, V. et al. Sintomatologia depressiva no termo da gestação , em mulheres de baixo risco. **J.Bras. Psiquiatria**, v. 68, n. 2, p. 65–71, 2019.
- SOUZA, M. T. DE; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. DE. Revisão integrativa : o que é e como fazer. **Enstein**, v. 8, p. 102–106, 2010.

## CAPÍTULO 5

### O CUIDADO DE ENFERMAGEM NO PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO DE MULHERES SUBMETIDAS À MASTECTOMIA

Hélida Caroline da Silva Oliveira<sup>1</sup>  
Larissa de Oliveira Ulisses<sup>2</sup>

#### RESUMO

**OBJETIVO:** Descrever as ações de enfermagem no pré e pós-operatório de mulheres submetidas à mastectomia. **METODOLOGIA:** trata-se de estudo de revisão bibliográfica do tipo integrativa de abordagem qualitativa, em que foi realizada uma busca no banco de dados da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), com os seguintes descritores: assistência de enfermagem, mastectomia, perioperatório e pós-operatório. Para coleta de dados foram considerados os artigos publicados em língua portuguesa, disponíveis na íntegra e original, publicados entre 2008 e 2019 e que respondem à questão norteadora. **RESULTADOS:** Observou-se que os cuidados de enfermagem nos dois períodos devem ser voltados aos aspectos emocionais da mulher, além das orientações relacionadas ao preparo antes e depois da cirurgia, dos aspectos biológicos, psicológicos, sociais e espirituais. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Sabendo que a mama condiciona a vaidade e estética da mulher, os aspectos psicológicos e sociais tendem a ser perturbados com sua remoção. Assim, conclui-se que a Enfermagem Perioperatória deve cuidar da mulher submetida à mastectomia como um ser humano com sentimentos e necessidades humanas próprias.

**Palavras-chave:** Assistência de enfermagem; Mastectomia; Perioperatório; Pós-operatório.

#### 1 INTRODUÇÃO

Sabe-se que o câncer de mama é uma doença causada pela multiplicação desordenada de células da mama, onde células anormais se agrupam e formam os tumores. Há vários estágios do câncer de mama, alguns tumores têm se desenvolvido mais rápido, enquanto outros crescem mais lentamente. Esses comportamentos distintos são devidos às características próprias de cada tumor (BRASIL, 2019).

<sup>1</sup> Graduanda em Enfermagem pela Faculdade Metropolitana de Camaçari (FAMEC), 10º semestre. E-mail: helida\_caroline2@hotmail.com

<sup>2</sup> Enfermeira, Mestra em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Coordenadora do Curso de Enfermagem da Faculdade Metropolitana da Camaçari (FAMEC). E-mail: lariulisses@gmail.com. ORCID ID: <http://orcid.org/0000-0002-8762-2392>



O câncer de mama é a neoplasia com maior taxa de casos em mulheres no Brasil e no mundo. Os estudos realizados pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA) apontam que surgem a cada ano 25% de novos casos no mundo e 29% de novos casos no Brasil. Para o ano de 2018 foram esperados 59.7000 de novos casos de câncer de mama no Brasil. Excluído o câncer de pele não melanoma, ele é o mais frequente nas mulheres das regiões Sul, Sudeste, Centro-Oeste e Nordeste (BRASIL, 2019).

Existem vários avanços ao longo dos anos no tratamento do câncer de mama e inúmeras terapêuticas estão disponíveis para o seu controle. Seu tratamento depende muito do estadiamento em que a doença se encontra e o tipo de tumor. Podem ser incluídos a cirurgia (mastectomia), radioterapia, quimioterapia, hormonoterapia e terapia biológica (terapia alvo). O tratamento é dividido em duas fases, tratamento local: cirurgia e radioterapia e tratamento sistêmico: quimioterapia, hormonoterapia e terapia biológica (FONSECA et al., 2019).

Nos estágios I e II do câncer de mama, a conduta adotada nas fases iniciais é a cirúrgica, que pode ser a conservadora (retirada apenas do tumor) ou mastectomia (retirada parcial ou total da mama), podendo haver reconstrução mamária ou não. No estágio III, pacientes com tumor maior que 5 cm, o tratamento adotado é a quimioterapia, após a diminuição do tumor é realizada a cirurgia. O estágio IV é quando há metástase, sendo a fase em que o câncer já se espalhou para outros órgãos, neste caso, o objetivo da terapêutica é o equilíbrio da doença e o aumento da sobrevida (BRASIL, 2019).

O tratamento padrão para o câncer de mama em estágio inicial é a cirurgia, em que segmentos específicos da mama são removidos ou a mastectomia radical é realizada. A mastectomia radical se baseia na retirada total da mama com uma margem de segurança adequada na pele adjacente e tecido subcutâneo, em monobloco, removendo-se o peitoral maior e músculos menores e os tecidos adiposos da região, que inclui os linfonodos axilares (BARCELOS et al., 2018; RIBEIRO, PESSOA, 2018). Vários profissionais são envolvidos nesse processo, tendo a equipe de enfermagem o papel chave no acompanhamento dessa mulher desde a admissão na unidade, no atendimento às suas necessidades durante o procedimento cirúrgico, bem como no cuidado e apoio no pós-operatório (SALIMENA et al., 2014; PAIVA et al., 2016).

As ações desenvolvidas no período perioperatório iniciam-se no pré-operatório, com a constatação médica da necessidade da intervenção cirúrgica; depois, o período transoperatório, com o encaminhamento do paciente para a mesa cirúrgica até a saída da cirurgia e; a fase pós-operatória, que começa na Sala de Recuperação Pós-Anestésica (SRPA) e conclui com o acompanhamento na unidade clínica ou no domicílio (PAIVA et al., 2016).

O cuidado de enfermagem nesse período objetiva reabilitar a mulher, cujo comprometimento da autoimagem pode trazer traumas físicos, emocionais e sociais, que influenciam negativamente recuperação do tratamento, assim como garantir a segurança e qualidade da assistência oferecida, tendo no estabelecimento

do vínculo e da confiança um ponto fundamental para o enfrentamento dos desafios que envolvem todo o processo cirúrgico (SALIMENA et al., 2014; PAIVA et al., 2016).

Sabe-se que são múltiplos os desafios na área da saúde. Na saúde pública, o câncer de mama ocupa uma posição significativa de crescimento anual, o que demanda certa atenção da rede de saúde. No caso das mulheres que passam pela cirurgia de mastectomia, ainda há a realidade de conviver com a amputação da mama, seja total ou parcial, o que interfere em sua vida de diferentes formas. Sabe-se que cada mulher e sua família enfrentam a doença de sua maneira, sendo assim necessário que a equipe dê o suporte necessário e individualizado para que esta mulher, abalada no seu emocional e na sua qualidade de vida, possa enfrentar a doença e assim continuar em busca da cura ou da melhor sobrevida.

Diante do exposto, este estudo tem como questão norteadora: Como se dá o cuidado de enfermagem no pré e pós-operatório de mulheres submetidas a mastectomia? Para tanto, o objetivo deste artigo é descrever o cuidado de enfermagem no pré e pós-operatório de mulheres submetidas à mastectomia.

Nesse sentido, essa revisão pode auxiliar a equipe de enfermagem nos principais problemas referentes ao tratamento das mulheres, possibilitando que medidas e estratégias sejam adotadas para a minimização dos desafios encontrados constantemente. Por conseguinte, as mulheres e seus familiares de modo geral serão atendidos positivamente. O estudo pode contribuir ainda para o desenvolvimento da temática no âmbito acadêmico, ampliando assim as discussões sobre o assunto.

## **2 METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo de revisão integrativa, de abordagem qualitativa, que teve como questão norteadora: Como se dá o cuidado de enfermagem no pré e pós-operatório de mulheres submetidas a mastectomia? Conforme Galvão et al. (2004) a revisão integrativa permite que o profissional se baseie em evidências sendo que os resultados de pesquisa após coletados são avaliados e sintetizados, permitindo a visualização das respostas, no qual podem ser usados os resultados de pesquisa e assim unido à assistência à saúde prestada nos diversos níveis de atenção, reforçando a importância da pesquisa para a atuação do profissional em enfermagem.

Foi realizado um levantamento de artigos disponíveis no banco de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), publicados no Brasil, no período de 2008 a 2019, utilizando os seguintes descritores: perioperatório, pós-operatório, assistência de enfermagem e mastectomia, empregando o operador booleano “and” entre as expressões. Os critérios de inclusão definidos para a seleção dos artigos foram: artigos originais e disponibilizados na íntegra, publicados no idioma português, no período de 2008 a 2019. Foram excluídos artigos resumos, monografias, dissertações e teses; duplicados e aqueles que não respondiam à questão de pesquisa.

Definiram-se os estudos pela leitura dos títulos e resumos das pesquisas de acordo com os critérios de inclusão e exclusão. Posteriormente, foi feita uma leitura exaustiva das publicações pré-selecionadas para determinar quais seriam utilizadas na análise final e, por conseguinte, a definição das categorias temáticas de acordo a análise e a apresentação dos resultados da revisão e da síntese do conhecimento.

### 3 RESULTADOS

Inicialmente foram selecionados 136 estudos, após o filtro temporal, 76 foram excluídos. Após a etapa seguinte, com a leitura dos títulos e resumos, restou o total de 20 estudos. Por conseguinte, procedeu-se a leitura exaustiva na totalidade dos artigos utilizados para selecionar elementos relevantes e para o processo de avaliação dos dados e a seleção das informações que estivessem associadas diretamente ao tema abordado, tendo como resultado, 06 publicações para essa revisão que estão apresentados no quadro 1.

Desta forma, respeitando fidedignamente a autoria dos artigos manuseados e interpretados, obedecendo os direitos autorais, realizou-se a discussão descritiva desses achados de acordo com eixos temáticos elaboradas no decorrer da pesquisa.

**Quadro 1** – Descrição dos estudos sobre as ações de enfermagem no pré e pós-operatório de mulheres submetida a mastectomia segundo o ano de publicação autoria, periódico, objetivo e as considerações.

Nº	ANO	AUTOR	PERÍODICO	OBJETIVO(S)	CONSIDERAÇÕES
1	2019	Diniz et al.	Saúde e pesquisa	Verificar o comportamento da mulher mastectomizada e as complicações mais frequentes no pós-operatório tardio.	Há a necessidade de aumentar a qualidade das orientações, visto que apesar de a fim de disseminar informações acerca dos cuidados necessários desta cirurgia.
2	2016	Santos e Araújo	Revista Universo & Extensão	Discorrer sobre o câncer de mama e a assistência de enfermagem às mulheres mastectomizadas, identificando de que maneira a mastectomia interfere no estilo de vida quando submetidas a este procedimento.	A enfermagem está inserida em todas as etapas de uma assistência com excelência e qualidade. Contribuindo também para o encaminhamento e atuação na equipe multiprofissional nos grupos de apoio, aonde proporciona melhor recuperação na vida da mulher mastectomizada.

3	2011	Moniz et al.	Revista de enfermagem	Promovendo a crescente qualidade das intervenções de enfermagem perioperatória face a mulheres com cancro da mama submetidas a mastectomia; auxiliar na orientação de investigações futuras acerca da temática abordada.	Verificou-se o importante papel que o enfermeiro desempenha em contexto de prática clínica.
4	2010	Fernandes et al.	Rev. bras. enferm	Refletir acerca do cuidado pré-operatório da mulher portadora de câncer de mama, baseada na comunicação terapêutica como referência do cuidar pelo(a) enfermeiro(a) atuante na área oncológica.	Essa estratégia se apresenta como um modelo de transformação no planeamento de cuidado, significando a garantia de conquistas para a mulher que vivencia o pré e pós-operatório de câncer de mama. Conquistas voltadas a uma concepção positiva do restabelecimento da saúde com qualidade, revelando-se parceria bastante positiva entre enfermeiros (as) e mulher com câncer de mama.
<b>Nº</b>	<b>ANO</b>	<b>AUTOR</b>	<b>PERÍODICO</b>	<b>OBJETIVO(S)</b>	<b>CONSIDERAÇÕES</b>
5	2010	Alves, et al	<u>Revista da Escola de Enfermagem da USP</u>	Compreender no período pré-operatório da mastectomia o conhecimento, as preocupações e expectativas das pacientes portadoras de câncer de mama com relação à cirurgia.	Entende-se que para uma maior adequação e enfrentamento eficaz da mulher, inserida neste processo, esta deve ser orientada recebendo um guia de informações e cuidados com os seguintes dados: tipo de cirurgia, cuidados com o braço operado, manejo do dreno, troca de curativo, mobilização do membro operado e retorno ao ambulatório.
6	2008	Barreto et al.	Rev. Eletr. Enf.	Verificar com as mulheres que serão mastectomizadas, quais as informações que gostariam de receber no pré-operatório e levantar as necessidades de informações de mulheres mastectomizadas em pós-operatório imediato.	Entende-se que cabe à enfermagem e outras profissões a construção de trabalhos como este que focaliza a atenção na cliente e em suas necessidades. Acredita-se que as evidências científicas são fundamentais, mas não podem estar separadas da reflexão, do contato com a cliente, do desenvolvimento do serviço e da sensibilidade.

Fonte: Dados da pesquisa, 2020.

## 4 DISCUSSÃO

Os estudos apresentam que o cuidado de enfermagem no pré e pós-operatório de mulheres submetidas a mastectomia é de extrema importância. Compete a equipe de enfermagem o planejamento e organização da assistência prestada ao paciente no pré e pós-operatório, o qual diz respeito às necessidades físicas, emocionais e espirituais de cada mulher, além da orientação quanto à cirurgia bem como do preparo físico necessário para a intervenção cirúrgica.

### 4.1 CUIDADOS NO PRÉ-OPERATÓRIO

Segundo Fernandes et al. (2010) o pré-operatório corresponde ao período que transcorre desde a indicação da cirurgia até a véspera de sua realização. Os cuidados pré-operatórios de enfermagem que devem ser prestados nesse momento se concentram na intervenção e plano de cuidados para prevenir e minimizar possíveis complicações da cirurgia.

As ações de enfermagem prestadas às mulheres no período pré-operatório não abrangem somente o atendimento das necessidades fisiológicas, mas ainda, os seus valores pessoais e principalmente o modo como ela se sente como mulher portadora de um câncer de mama, os quais refletem, sobretudo, na hora da cirurgia. Na equipe de enfermagem a(o) enfermeira(o) tem um papel indispensável, por estabelecer com a mulher uma comunicação direta, através das ações de enfermagem que, por sua vez, atende às expectativas e necessidades da mulher, assegurando conforto físico, emocional e espiritual (FERNANDES et al., 2010).

A mastectomia traz consigo um impacto na vida da mulher no quesito sexualidade, imagem corporal e as suas implicações para as intervenções de enfermagem no pré-operatório. Com isso, a equipe de enfermagem deve ser conhecedora da importância que as informações passadas de forma clara e coerente assumem para a mulher mastectomizada. Esta que, por sua vez, quando compreendida pode ajudar a lidar com a sua doença (ALVES et al., 2016).

Assim, os enfermeiros deverão contemplar no seu plano de ações as necessidades de informação da mulher mastectomizada criando um vínculo de oportunidades para que esta possa fazer perguntas, esclarecer suas dúvidas e desconstruir seus medos e estando atento à natureza individual das suas necessidades de informação, bem como ao seu estilo de aprendizagem (MONIZ, 2011).

Entretanto, o que se pode observar nos artigos é que pacientes que são submetidas à mastectomia enfrentam um turbilhão de medos e sentimentos, a preocupação e a ansiedade, ressaltam de maneira tão generalizada nos momentos que antecedem a cirurgia e que mostram diretamente para a falta de informação e esclarecimento referentes à doença, ao tratamento e à extirpação da mama e que devem ser trabalhados no pré-operatório, pela equipe de enfermagem, que está ligada diretamente à paciente.

Fernandes et al. (2010) descreve o estresse emocional, no pré-operatório, como sintoma de alta incidência na mulher portadora de câncer de mama. Os quadros de ansiedade aparecem em consequência do diagnóstico ou imediatamente e após a cirurgia mutiladora. Os enfermeiros têm papel fundamental nessa fase inicial, tendo em vista que estes são responsáveis pelos cuidados pré-operatório da mulher com câncer de mama na unidade de internação, devendo ser planejado e estabelecido metas em cima dos seguintes desconfortos: reações emocionais relacionadas ao diagnóstico de câncer; déficit de conhecimento sobre o câncer de mama e opções de tratamento; medo relacionado aos tratamentos específicos; alterações da imagem corporal ou possível morte; aceitação ineficaz (individual e familiar) do diagnóstico; dor e desconforto pós-operatório.

Dessa maneira, é de grande importância nessa fase do pré-operatório o diálogo, a troca de informações, a partilha de sentimentos e reações, a exploração de ideias e a discussão de relacionamentos, pois quando agimos para fortalecer um relacionamento com o outro, o sistema imunológico responde com maior atividade e se torna mais forte e os outros sistemas do organismo passam a atuar melhor (ALVES, 2010).

Barreto (2008) descreve o déficit da autoimagem corporal como um fator que necessita da intervenção da equipe de enfermagem, porém, acrescenta que a visita pré-operatória da enfermagem tem impacto positivo na internação dessa paciente e deve ser uma ação comum durante a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE).

A SAE deve envolver todos os aspectos de vulnerabilidade da paciente, podendo ser estabelecido pelos evidentes riscos cirúrgicos. Potencial para injúrias, hipotermia, alteração no nível do conforto (dor, náuseas e vômitos), ansiedade, limpeza ineficaz das vias aéreas superiores, padrão respiratório ineficaz, retenção urinária e alteração na perfusão tecidual devem ser observadas e descritas pela equipe de enfermagem (FONSECA; PENICHE, 2009). Nesse sentido, a equipe de enfermagem deve estar atenta e bem treinada com uma visão holística pra esses fatores, pois o despreparo desses, tende a influenciar diretamente nos pós-operatórios dessa mulher, devendo ser este profissional capacitado tecnicamente para essa assistência.

## 4.2 CUIDADOS NO PÓS-OPERATÓRIO

Segundo Alves et al. (2010), o pós-operatório da mastectomia traz consigo muitas dificuldades para as mulheres, devido ao comprometimento da autoimagem tanto da própria cirurgia como do preconceito da parte de si mesma e dos que estão a sua volta, o medo da dor e das dificuldades físicas e motoras.

A proximidade com estas mulheres mediante as ações de enfermagem envolvendo a comunicação, favorece a capacidade de um melhor enfrentamento, a promoção e a participação nos cuidados de forma

compartilhada. Portanto, permite o preparo para a alta e o estabelecimento, principalmente do cuidado continuado com a perspectiva de adesão dessa mulher frete aos enfermeiros (SANTOS; ARAÚJO, 2010).

Após a cirurgia as mulheres recebem as orientações a respeito dos cuidados necessários para uma boa recuperação, os sentimentos e medos dessas mulheres mastectomizadas pode influenciar no seu processo de recuperação. Cabe ao enfermeiro ser bem capacitado para conhecer o comportamento seguido por estas pacientes, pois, assim, ele poderá analisar as negligências, os erros, a falta de conhecimento e trabalhar na melhoria dos cuidados prestados a estas mulheres (DINIZ et al., 2019).

Para alcançar um pós-operatório de eficiência é necessário o desenvolvimento pela equipe de enfermagem de ações educativas que ajudem as pacientes e seus cuidadores a adquirirem conhecimento e habilidades sobre os diversos aspectos do seu autocuidado. Lopes et al. (2013) traz em seu estudo que uma das funções da equipe de enfermagem no pós-operatório é assegurar a qualidade de vida da mulher mastectomizada através de ações educativas, se tornando assim a experiência da mastectomia menos traumática para as mulheres com câncer de mama, se haver pleno empenho dos enfermeiros ao considerarem os aspectos psicossociais, a fim de estabelecerem diagnósticos de enfermagem que embasam essas ações como o cuidado.

Já Barreto et al. (2008) destaca os cuidados direcionados para que essas mulheres sejam orientadas após a alta. É fundamental o esclarecimento a essas pacientes que, no domicílio, certos cuidados deverão ser tomados para evitar complicações e facilitar a pronta recuperação, como o uso de roupas mais largas e folgadas para acomodar melhor o dreno, que deve ser colocado dentro de uma saquinho de plástico para proteger na hora de pôr no chão e durante o transporte, esvaziar o coletor duas vezes ao dia e medir em qualquer recipiente graduado, anotar a quantidade em formulário próprio que o serviço deve fornecer. Na hora da higiene corporal, lavar a incisão com movimentos leves e secar com pano limpo, praticar a respiração profunda para a movimentação do tórax e um ótimo exercício para a ajudar no relaxamento e na redução de tensões do corpo e da mente.

A Enfermagem exerce fundamental importância nos trabalhos de pós-operário, pois é papel do enfermeiro ensinar o autocuidado; valorizar o indivíduo como ser único, com seus medos e suas dúvidas, visando promover um crescimento individual a partir da aceitação do indivíduo como ser único e singular, dando-lhe estímulo e apoio para seguir a nova fase da vida dessa mulher (FERNANDES et al., 2010).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Os estudos revelaram que as ações de enfermagem no pré e pós-operatório de mulheres submetidas a mastectomia, que a equipe de enfermagem é a peça chave para o tratamento das mulheres mastectomizadas, proporcionando um suporte emocional e afetivo para os cuidados fundamentais para a

reabilitação no pós operatório, além de proporcionar tranquilidade e conforto perante os sentimentos e as expectativas, Cabe ainda, ao enfermeiro orientar para a alta e direcionar a mulher para o autocuidado, a reintegração à sociedade e a seu cotidiano familiar.

Essa estratégia se dá como um modelo de transformação no planejamento de cuidado, significando a garantia de conquistas para a mulher que vivencia o pré e pós-operatório de câncer de mama. Conquistas voltadas a uma concepção positiva do restabelecimento da saúde com qualidade, revelando uma parceria bastante positiva entre a equipe de enfermagem e as mulheres com câncer de mama.

Deste modo, esta pesquisa influenciará no aperfeiçoamento teórico-científico e prático das ações de enfermagem, abastecendo acervos de busca para profissionais que buscam conhecimento científico, sendo capaz de nortear cada etapa da evolução de seu paciente e sua acessibilidade, podendo assim prestar assistência adequada e individualizada, confirmando a afirmativa que o profissional de qualquer área, em especial da saúde deve sempre buscar novos conhecimentos, requalificação e inovação.

## REFERÊNCIAS

ALVES, Pricilla Cândido et al. Cuidados de enfermagem no pré-operatório e reabilitação de mastectomia: revisão narrativa da literatura. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 64, n. 4, p. 732-737, 2011.

BARCELOS, L. D. P. et al. Percepção de câncer de mama e reconstrução mamária em estudantes de medicina. **Rev. Bras. Cir. Plást.** 2018; 33 (2): 174-180.

BARRETO, Regiane Aparecia dos Santos et al. As necessidades de informação de mulheres mastectomizadas subsidiando a assistência de enfermagem. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Estimativa 2019: Incidência de Câncer de Mama no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2019. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-mama>>. Acesso em 20 de março de 2019

DINIZ, Fernanda Santos et al. Aspectos comportamentais da mulher mastectomizada e a ocorrência de complicações no pós-operatório. **Saúde e Pesquisa**, v. 12, n. 2, p. 275-282, 2019.

FONSECA, Rosa Maria Pelegrini; PENICHE, Aparecida de Cássia Giani. Enfermagem em centro cirúrgico: trinta anos após criação do Sistema de Assistência de Enfermagem Perioperatória. **Acta Paul Enferm**, v. 22, n. 4, p. 428-33, 2009.

FONSECA, A.B.C., et al. Estimate for the female breast cancer: and nursing care in prevention. **Temas em Saúde** [Internet]. 2016; 16(4):1-17. Disponível em: <http://temasemsaude.com/wpcontent/uploads/2017/01/16402.pdf> 3. Sociedade Brasileira de Oncologia. Acesso em 20 de março de 2019.

FERNANDES, Ana Fátima Carvalho et al. O prognóstico de câncer de mama na gravidez: evidências para o cuidado de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 19, n. 6, p. Tela 1-Tela 10, 2011.



GALVÃO, Cristina Maria; SAWADA, NamieOkino; TREVIZAN, Maria Auxiliadora. Revisão sistemática. **Rev Latino-am enfermagem**, v. 12, n. 3, p. 549-56, 2004.

MONIZ, Patrícia da Assunção Fonseca; FERNANDES, Ana Mafalda; O

OLIVEIRA, Luís. Implicações da mastectomia na sexualidade e imagem corporal da mulher e resposta da enfermagem perioperatória. **Revista de enfermagem referência**, n. 5, p. 163-171, 2011.

PAIVA, A. C. P. C.; et al. Construção de instrumentos para o cuidado sistematizado da enfermagem: mulheres em processo cirúrgico de mastectomia. **Enferm. Cent. O. Min.** 2016 mai/ago; 6(2):2282-2291 DOI: 10.19175/recom.v6i2.707.

RIBEIRO, Rogério De Oliveira; PESSOA, Salustiano Gomes De Pinho. Complicações da reconstrução imediata da mama após mastectomia total com uso de prótese cônica e não cônica. **Rev. bras. cir. plást**, p. 463-468, 2018.

SALIMENA, A.M.O. et al. Mulheres portadoras de câncer de colo de útero: percepção da assistência de enfermagem. **Rev. Enferm. Cent. O. Min.** 2014; 4(1): 909-920. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/401/566>. Acesso em 20 de março de 2019.

SANTOS; ARAÚJO et al. Assistência de enfermagem às mulheres acometidas por câncer de mama com consequente mastectomia. **Revista Universo & Extensão**, v. 4, n. 4, 2016.

## CAPÍTULO 6

## PERFIL CLÍNICO E SOCIODEMOGRÁFICO DE CRIANÇAS COM NECESSIDADES ESPECIAIS DE SAÚDE EM PROCESSO DE DESOSPITALIZAÇÃO

Larissa de Oliveira Ulisses<sup>1</sup>  
Agatha Barbosa Caldas<sup>2</sup>  
Thaysy Andrade Silva Bispo<sup>3</sup>  
Maria Carolina Ortiz Whitaker<sup>4</sup>  
Climene Laura Camargo<sup>5</sup>  
Erivânia Guedes da Paz<sup>6</sup>  
Mariana Teles dos Santos<sup>7</sup>

## RESUMO

**Introdução:** O perfil epidemiológico de crianças brasileiras passou por várias mudanças ao longo do tempo. **Objetivo:** caracterizar o perfil clínico e sociodemográfico de crianças com necessidades especiais de saúde em processo de desospitalização acompanhadas em um hospital pediátrico de Salvador-Ba. **Método:** abordagem quantitativa, descritivo, realizado em uma enfermaria que realiza o processo de desospitalização de crianças com necessidades especiais de saúde. **Resultados:** 51,5% são do sexo masculino, 45,5% com idade variando entre 1 a 3 anos, 51,6% foram consideradas negras, 97% realizaram até seis consultas de pré-natal, 72,7% nasceu a termo, 69,7% não referiram fator de risco na gestação, 72,7% nasceram de parto normal, 97% nasceram no hospital. A origem da necessidade de saúde, 90,9% de causas congênitas, 54,5% diagnosticado com Encefalopatias, 84,8% tem demandas de cuidado tecnológico em uso de Traqueostomia e 75,8% de Ventilação mecânica. **Conclusão:** As crianças vivem em condições clínicas e sociais de vulnerabilidade, com demandas de cuidados complexas e extensas, exigindo dos seus cuidadores o atendimento às suas necessidades através de iniciativas públicas que otimizem a sua visibilidade na rede de saúde a saúde.

**Palavras-chave:** enfermagem pediátrica; criança com deficiência; doença crônica.

<sup>1</sup>Enfermeira. Mestre em Enfermagem na Universidade Federal da Bahia. Coordenadora de enfermagem da Faculdade Metropolitana de Camaçari. Camaçari, Bahia, Brasil. E-mail: lariulisses@gmail.com ORCID iD: 0000-0002—8762-2392

<sup>2</sup>Enfermeira. Graduada em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. Salvador, Bahia, Brasil. agatha-caldas@hotmail.com

<sup>3</sup>Enfermeira. Graduada em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. Salvador, Bahia, Brasil. thaysy.silva@hotmail.com

<sup>4</sup>Doutora em Ciências da Saúde (Área Enfermagem) pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Professora Adjunta da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. Salvador, Bahia, Brasil. Integrante do Grupo de Pesquisa CRESCER.

<sup>5</sup>Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Titular da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia Salvador, Bahia, Brasil. climenecamargo@hotmail.com

<sup>6</sup>Graduada em Fisioterapia. Faculdade Metropolitana de Camaçari. Camaçari, Bahia, Brasil. E-mail: vaniaguedes2505@outlook.com ORCID iD: 0000-0001-7305-3961

<sup>7</sup>Graduada em Fisioterapia. Faculdade Metropolitana de Camaçari. Camaçari, Bahia, Brasil. E-mail: telesmariana01@gmail.com ORCID iD: 0000-0001-5547-7410

## 1 INTRODUÇÃO

O perfil epidemiológico de crianças brasileiras passou por várias mudanças ao longo do tempo. O desenvolvimento da tecnologia proporcionou um aumento na sobrevivência e expectativa de vida de crianças com doenças crônicas, com a malformação congênita, traumas adquiridos e prematuridade (OKIDO; HAYASHIDA; LIMA, 2012).

O desenvolvimento de políticas públicas de saúde como a ampliação da Atenção Básica, Programa Nacional de Imunização, Programa Nacional de Aleitamento Materno, Estratégias da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI) neonatal e pediátrico contribuíram, entre outros fatores, para essa mudança de perfil (CABRAL; MORAES, 2015).

Nesse cenário, surge um novo grupo de crianças de alto risco, chamadas de Crianças com Necessidades Especiais de Saúde (CRIANES), clinicamente frágeis, dependentes de tecnologia de cuidado, em condições crônicas de saúde e que muitas vezes exige a utilização de dispositivos que monitorem e auxiliem funções vitais (SILVEIRA; NEVES, 2011).

As CRIANES representam uma população crescente nos países, tendo nos Estados Unidos a representação variando entre 15 e 20% de todas as crianças no país (QUACH. *et al.*, 2015; CLEAVE, 2015). No Brasil, não se tem estudos epidemiológicos que evidenciem o número de crianças no Brasil que sobrevivem por uso de tecnologia ou outra demanda de cuidado, o que por sua vez contribui para o quadro de negligência no oferecimento desse tipo de tratamento e na assistência à criança e aos seus familiares (RABELLO; RODRIGUES, 2010; DUARTE, E. D. *et al.*, 2015). Frente a essa realidade há necessidade da implementação de programas de intervenção desenvolvidos através de planejamentos e implementação do suporte de cuidados às crianças (OKIDO; HAYASHIDA; LIMA, 2012).

As necessidades de saúde das CRIANES demandam não apenas de tecnologia de cuidado, mas inclui longas hospitalizações e rehospitalizações, por vezes em Unidades de Terapia Intensiva (UTI), necessitando de uma equipe especializada e de cuidadores treinados e capacitados para o cuidado hospitalar e domiciliar, e seu processo de transição (HANASHIRO, 2013).

O processo de desospitalização tem na atenção domiciliar inúmeros benefícios, tanto no que se refere ao impacto gerado ao paciente, com diminuição do risco de infecção, redução de taxa de mortalidade, aumento da resposta da terapia, aumento da qualidade de vida, maior conforto para a família e paciente; quanto às repercussões para o hospital com a redução de custo da hospitalização, racionalização das demandas de leitos hospitalares, possibilidades de controle de infecção; e para a sociedade, o processo de desospitalização diminui o risco de propagação de infecção na comunidade e riscos de reinternação por infecção (VASCONCELOS. *et al.*, 2015).

Devido à complexidade dos cuidados prestados e as reinternações frequentes, o enfermeiro torna-se imprescindível nesse processo, pois trabalhará em conjunto com a família, desenvolvendo uma boa comunicação, realizando o acolhimento, sendo fundamental para o desenvolvimento do cuidado à criança, desde a descoberta da condição crônica até o momento de alta hospitalar, e acompanhamentos posteriores em domicílio (FIGUEIREDO; SOUSA; GOMES, 2016; NEVES; CABRAL; SILVEIRA, 2013).

A enfermagem precisa compreender as CRIANES de forma integral, seus aspectos biopsicossociais, entendendo a criança e sua família como um objeto único de intervenção. Conhecer essa população permite não apenas identificar quais as condições de saúde e de demandas de cuidados, mas como viabilizar e desenvolver políticas públicas que atendam às necessidades delas e de seus cuidadores.

Diante do exposto, esse estudo nos leva ao seguinte questionamento: Qual é o perfil clínico e sociodemográfico de crianças com necessidades especiais de saúde em processo de desospitalização acompanhadas em um hospital pediátrico no município de Salvador- BA? Tendo como objetivo descrever o perfil clínico e sociodemográfico de crianças com necessidades especiais de saúde em processo de desospitalização acompanhadas em um hospital pediátrico no município de Salvador- BA.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo descritivo, a partir de dados secundários, com abordagem quantitativa, realizado em um hospital pediátrico no município de Salvador, Bahia, Brasil.

O estudo foi realizado em uma unidade pioneira e de referência no estado da Bahia na desospitalização de crianças com necessidades especiais de saúde, através do treinamento dos seus cuidadores familiares, em um hospital filantrópico, com os leitos mantidos pelo Sistema Único de Saúde.

A amostra desse estudo foi composta de 33 crianças com necessidades especiais de saúde acompanhadas na unidade de treinamento de desospitalização no período de junho a setembro de 2017, durante a coleta de dados. Como critério de inclusão tem-se os prontuários disponíveis cuja informação contemplasse os dados para atender as questões de pesquisa e como critério de exclusão os prontuários de crianças que estejam com informações fragmentadas ou indisponíveis durante a coleta de dados da pesquisa.

O estudo recebeu aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, Certificado de Apresentação para Apreciação Ética - CAAE nº 68745317.7.0000.5531 em cumprimento à Resolução nº 466/2012, do Ministério da Saúde, que versa sobre pesquisa envolvendo seres humanos sob o Protocolo nº 251.308 de 22 de abril de 2013.

A coleta de dados foi realizada utilizando-se um formulário a partir dos dados extraídos dos prontuários das CRIANES, contemplando: gênero, idade, raça/cor, tipo de parto, local de nascimento, idade gestacional, fator de risco gestacional, quantos pré-natais foram realizados, quem é o cuidador principal, qual a origem da

necessidade especial de saúde, demanda de cuidados tecnológicos, demanda de cuidado medicamentoso, medicações de uso contínuo, demanda cuidado de desenvolvimento.

Os dados foram registrados pelas iniciais do nome pessoal, sendo preenchidos em tabela formatada do programa Excel e alimentados por meio da tabulação em banco de dados utilizando o software Statistical Package for the Social Science (SPSS) versão 21. Para análise dos dados foi utilizada a estatística descritiva (proporções e medidas de tendência central), média e desvio padrão para as variáveis com distribuição normal.

## RESULTADOS

Das 33 crianças com necessidades especiais de saúde, 17 (51,5%) são do sexo masculino e 16 (48,5) são do sexo feminino, com idade variando entre 1 a 3 anos 15 (45,5%), 4 a 8 anos 7 (21,1%), maior ou igual a 13 anos 4 (12,1%), 9 a 12 anos 4 (12,1%), menor que 1 ano, 3 (9,1%). Quanto a raça/cor das crianças declarada pelas cuidadoras, 13 (39,4%) foram consideradas brancas, 17 (51,6%) negras (pardas e pretas) e 1 (3%) não soube identificar.

Conforme dados da tabela 1 no que se refere as condições de gestação das genitoras, observa-se que 32 (97%) das mães referiram ter realizado até 6 consultas do pré-natal e 1 (3%) realizou mais que 6 consultas.

Em relação à idade gestacional de nascimento das CRIANES, 24 (72,7%) nasceram a termo, 8 (24,2%) nasceram prematuras, e 1 (3%) nasceu com mais de 42ª semana, ou seja, pós-termo.

Sobre as condições de nascimento, 24 (72,7%) crianças nasceram de parto normal, 9 (27,3%) de parto cesárea. O local de nascimento variou entre hospital, com 32 (97%) crianças enquanto que 1 (3%) nasceu no trânsito.

Sobre o risco gestacional das mães, 23 (69,7%) não referiram fator de risco na gestação, enquanto 10 (30,3%) tiveram fator de risco, como descolamento prévio da placenta, hipertensão arterial, idade inferior a 16 anos.

**Tabela 1.** Características das condições de gestação e nascimento das CRIANES acompanhadas na Unidade de Treinamento para Desospitalização entre Junho e Setembro de 2017, Salvador, Bahia.

	<b>N=33</b>	<b>%</b>
<b>Pré-natal</b>		
Sim até 6 consultas	32	97
Sim > 6 consultas	1	3
<b>Idade Gestacional</b>		
A termo	24	72,7
Prematura	8	24,2
Pós termo	1	3
<b>Fator de risco gestacional</b>		
Não	23	69,7

Sim	10	30,3
<b>Causa do fator de risco</b>		
Hipertensão Arterial Sistêmica	4	12,1
Descolamento Prévio de Placenta	2	6,1
Menor que 16 anos	2	6,1
<b>Tipo de parto</b>		
Normal	24	72,7
Cesáreo	9	27,3
<b>Local de nascimento</b>		
Hospital	32	97
Trânsito	1	3

Fonte: Dados da pesquisa

Sobre a origem das necessidades especiais de saúde, as causas congênicas totalizaram 30 (90,9%) casos e apenas 3 (9,1%) estavam relacionadas a causas adquiridas. Conforme a tabela 2, que apresenta a origem das necessidades especiais de saúde e a origem da demanda de cuidados.

Em relação a demanda de cuidados tecnológicos das CRIANES, 30 (90,0%) necessitavam do uso de Traqueostomia, 28 (84,8%) apresentavam a necessidade do uso de Ventilação mecânica contínua, 25 (75,8%) o uso da Gastrostomia, 4 (12,1%) Sonda Nasoenteral (SNE) e 3 (9,1%) Oxigenoterapia sob cateter.

Quanto ao cuidado medicamentoso, todas as CRIANES apresentavam necessidade de cuidado medicamentoso contínuo, sendo 26 (78,8%) são polifármacos, fazendo uso de 4 ou mais medicações contínuas. Dentre as medicações de uso contínuo mais utilizadas estão o uso de polivitamínico 25 (75,8%), broncodilatador 19 (57,6%), anticonvulsivante 17 (51,5%), antiemético 15 (45,5%), antiespasmódico 13 (39,4%), laxante 12 (36,4%), antiarrítmico 10 (30,3%).

Sobre o cuidado multiprofissional de desenvolvimento, predomina a necessidade de cuidado fisioterapêutico contínuo, abrangendo 100% das CRIANES, seguida pela Fonoaudiologia com 23 (69,7%) crianças e 1 (3%) acompanhadas pela Terapia Ocupacional (TO).

**Tabela 2.** Características da origem das necessidades especiais de saúde e a origem da demanda de cuidados, das CRIANES acompanhadas na Unidade de Treinamento para Desospitalização entre Junho e Setembro de 2017, Salvador, Bahia.

	N=33	%
<b>Origem das necessidades especiais de saúde</b>		
Causas congênicas	30	90,9
Causas adquiridas	3	9,1
<b>Cuidado tecnológico</b>		
Traqueostomia	30	90
Ventilação mecânica contínua	28	84,8
Gastrostomia	25	75,8
Sonda Nasoenteral	4	12,1
Oxigenoterapia	3	9,1
<b>Cuidado medicamentoso</b>		

<b>contínuo</b>		
Sim	33	100
<b>Polifármaco</b>		
Sim	26	78,8
Não	7	21,2
<b>Medicações de uso contínuo mais utilizadas</b>		
Polivitamínicos	25	75,8
Broncodilatador	19	57,6
Anticonvulsivante	17	51,5
Antiemético	15	45,5
Antiespasmódico	13	39,4
Laxante	12	36,4
Antiarrítmico	10	30,3
<b>Cuidado de desenvolvimento</b>		
Fisioterapia	33	100
Fonoaudiologia	23	69,7
Terapia Ocupacional	1	3

Fonte: Dados da pesquisa

O diagnóstico que levou a necessidade de cuidados especiais de saúde é apontado por 18 (54,5%) com Encefalopatias, 7 (21,2%) apresentam Cardiopatia congênita, 5 (15,2%) Amiotrofia da medula espinhal, 3 (9,1%) com síndrome de Pompe, Traumatismo crânio-encefálico e tumor cerebelar. A média de tempo de internamento hospitalar foi de 686 dias (1,90 anos).

## DISCUSSÃO

O conhecimento do perfil clínico e sociodemográfico das CRIANES é necessário para guiar a construção de políticas públicas específicas para essa população, bem como novas pesquisas e avanços nos cuidados adaptativos que essas famílias necessitam.

No estudo houve predomínio de CRIANES do sexo masculino, o que corrobora com estudo realizado em Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, que avaliou o perfil de 103 CRIANES, tendo como resultado 57% de meninos (OKIDO; PINA; LIMA, 2016). Em estudo de coorte realizado com crianças com necessidades especiais na Austrália, o sexo masculino também teve maior número, com mais de 50 % da amostra nos dois grupos acompanhados (QUACH, J. *et al.*, 2015).

Um dos principais motivos do sexo masculino obterem maior risco de mortalidade é a menor velocidade no amadurecimento global e principalmente dos pulmões, sendo esta uma das justificativas em existir a predominância do sexo masculino como CRIANES (DUARTE; MENDONÇA, 2005).

Quando avaliamos a raça/cor autodeclaradas pelos cuidadores familiares das crianças, o maior número de CRIANES foram consideradas negras, com resultado oposto ao da pesquisa nacional de crianças com necessidades especiais de saúde realizada nos Estados Unidos da América, entre 2009-2010, cujo o

percentual de brancos não hispânicos foi o maior (JO. et al. 2015). Isso é reflexo do município de Salvador, Bahia, ter uma população de 83% de negros e negras, que estão em condições de vulnerabilidade pelo diferencial racial, ainda que tenha um nível médio de renda familiar e educacional, por exemplo (BATISTA; WERNECK; LOPES, 2012).

Torna-se evidente com os números apresentados que a sobrevida de CRIANES vem aumentando a cada ano, mostrando o predomínio da idade variando entre 1 a 3 anos, tendo também o registro de crianças até com idade maior ou igual 13 anos, representando uma população crescente no país devido aos avanços tecnológicos e medicamentosos (QUACH. *et al.*, 2015; CLEAVE, 2015). Em estudo realizado em São Paulo, com o objetivo de traçar o perfil das CRIANES, evidenciou que a idade também se concentrou na faixa etária entre 1 a 4 anos, com 40,2 % das crianças estudadas (OKIDO; HAYASHIDA; LIMA, 2012).

Destaca-se uma preocupação com as CRIANES com idade maior ou igual a 13 anos, pois remete a questionamentos sobre a rede de atenção assistencial a essas crianças e familiares na fase de transição para a adolescência e vida adulta. Estima-se que haja a transição anual de 750.000 de CRIANES para a fase adulta, nos EUA (GOODMAN. *et al.*, 2011). Não foram encontrados dados relacionados no Brasil. A eficácia dessa transição exige uma rigorosa articulação entre os serviços de saúde, incluindo a adoção de tecnologias, informações sobre os sistemas de saúde, progressão da doença e aspectos individualizados dos pacientes (DAVIS. *et al.*, 2014).

Nos EUA, que já apresentam um sistema de atenção bem articulado para o cuidado as crianças com necessidades especiais, apenas uma pequena proporção das CRIANES recebe todos os atributos identificados de um sistema de serviços de alta qualidade. Além disso, existem disparidades significativas em que as mais afetadas pelas suas condições são menos bem atendidas pelo sistema atual. Há necessidade de adotar esforços para conseguir articular as necessidades das CRIANES na rede de atenção à saúde, muitas vezes fruto do esforço individual da família, para que possamos suprir a insuficiência existente no durante o cuidado de transição (STRICKLAND. *et al.*, 2015; ASTOLPHO; OKIDO; LIMA, 2014).

Nesse estudo, além da avaliação da rede de atenção direta a criança, foi necessário descrever aspectos relacionados a saúde materna durante a gestação das CRIANES. Conforme os resultados apresentados quanto ao período do pré-natal, a maior parte das mães referiram ter realizado até 6 consultas do pré-natal, atendendo ao parâmetro estabelecido pelo Ministério da Saúde; entretanto, não foi descrito como foi realizado e a qualidade desses acompanhamentos prestados, destacando-se que a maioria das crianças tiveram como origem da necessidade especial uma causa congênita (BRASIL, 2010).

Reforçando esse resultado, o maior número de mães referiu não ter risco gestacional, no entanto, não se sabe a qualidade das assistências oferecidas a estas grávidas, já que estavam sendo acompanhadas pelos serviços de saúde. O local do nascimento foi prioritariamente hospitalar, com parto normal. Esse resultado



implica na necessidade do desenvolvimento de ações que qualifiquem os serviços de atenção perinatal, adotando medidas preventivas de complicações durante o parto e nascimento (BRASIL, 2010).

Em relação a prematuridade, observa-se que as CRIANES do estudo obtiveram intervenção clínica para que atingissem a maturidade, e em um estudo feito no Rio Grande do Sul, Brasil, sobre a fragilidade clínica e a vulnerabilidade social das crianças com necessidades especiais de saúde, apontou a prematuridade como uma das causas para o início das necessidades especiais de saúde (OKIDO; HAYASHIDA; LIMA, 2012).

O estudo revelou que preponderância dos casos da origem da necessidade de saúde das crianças relacionados às causas congênitas. Esse resultado conduz a necessidade de identificação e notificação das malformações congênitas, estabelecendo-se ações adequadas para sua prevenção e assistência, bem como para melhorias na atenção materno-infantil, com ampla e adequada cobertura pré-natal, assim como centros de referências para as malformações infantis (RODRIGUES. *et al.*, 2014).

Sobre o diagnóstico que levou a necessidade de cuidados especiais de saúde, as disfunções neuromusculares obtiveram o maior número, representado pelas encefalopatias e atrofia medular espinhal, seguida das disfunções cardiovasculares. Esse achado é semelhante ao encontrado em um estudo realizado na Califórnia, EUA, que traçaram um perfil de crianças com condições crônicas complexas no final da vida, que encontraram 53,83% das causas das condições crônicas associadas as afecções neuromusculares, seguida pelas cardiovasculares, com 46,38%. Destaca-se que as CRIANES são acometidas por inúmeras comorbidades associadas (LINDLEY; LYON, 2013).

Apesar de haver a predominância das causas congênitas na origem das necessidades especiais de saúde, as causas adquiridas também foram representadas nos casos. O traumatismo crânio-encefálico secundário a atropelamento é considerado como acidente representado pelas causas externas. As causas externas infantis ocasionam impacto social, emocional, econômico e até danos irreversíveis para a criança (OKIDO; HAYASHIDA; LIMA, 2012).

As demandas de cuidado que são necessárias as CRIANES estão relacionadas ao cuidado necessário para garantir a sobrevivência dessas crianças em tanto no âmbito hospitalar como no domicílio. Nesse sentido, as substituições e modificações no modo de cuidar dependem da transmissão de saberes, segundo os princípios científicos e técnicas oriundo da enfermeira para serem reproduzidos em domicílio pelas cuidadoras (GÓES; CABRAL, 2017). Com isso, o estudo evidencia que todas as crianças dependem de cuidados tecnológicos, seja a Traqueostomia, Ventilação mecânica, Gastrostomia, Sonda Nasoenteral ou Oxigenoterapia, sendo essas, demandas diferentes e inovadoras na rotina da família.

O processo de ensino da família no que se refere à formação teórica e prática dos cuidados tecnológicos devem ultrapassar o momento da alta hospitalar, pois as dúvidas surgem diariamente na prática no domicílio (MONSEN. *et al.*, 2013). Torna-se necessário que a enfermagem esteja próxima da família para que elas possam buscar estratégias juntas para atender às necessidades vitais bem como o acompanhamento

contínuo em casa. Nos Estados Unidos, os programas de assistência às CRIANES no domicílio preveem cuidados centrados na família e comunidade, com presença de enfermeiros da família, sendo uma importante ferramenta para predição do bem-estar infantil e familiar (NEVES. *et al.*, 2015).

Sobre o cuidado de desenvolvimento, nota-se a necessidade de atendimento de profissionais de diversas especialidades, como apontado em uma pesquisa em São Paulo onde também há o fornecimento de um atendimento multidisciplinar, neste presente estudo predominando fisioterapia e a Fonoaudiologia, evidenciado pelo comprometimento da fala e deglutição, onde 90% das CRIANES necessitavam da dependência tecnológica da traqueostomia (MILLER. *et al.*, 2013; ASTOLPHO; OKIDO; LIMA, 2014).

Além de apresentar os cuidados tecnológicos, nota-se que o cuidado medicamentoso é presente nas CRIANES de maneira contínua, isso quer dizer que potencializa os desafios para o aprendizado, justificando-se a devida importância do papel do enfermeiro no processo de cuidado, trazendo em questão o processo educativo como facilitador no processo de aprendizado, pois fortalece o vínculo entre a equipe e as cuidadoras, aproximando as orientações diante a realidade inserida no contexto social de cada indivíduo (CABRAL; MORAES, 2015; ESTEVES. *et al.*, 2015).

Os dados em questão trouxeram o maior número de crianças utilizando polifármacos, isso quer dizer que fazem uso de cinco ou mais medicamentos de maneira contínua. Há um custo envolvido neste processo que é altamente dispendioso para os sistemas de saúde, sendo evidenciado por um estudo feito nos EUA de que as CRIANES consomem uma alta parcela de dólares nos serviços de saúde, devido ao número de dependência de cuidados e ao longo internamento (NEVES. *et al.*, 2015). Assim como também há as dificuldades mencionadas pelos estudos, que por vezes acontecem de que os planos de saúde, não oferecem toda a cobertura necessária para o cuidado da criança ou de que o benefício de saúde para esse tipo de serviço solicitado foi alcançado, em contrapartida no Brasil os serviços públicos custeiam essas despesas que são necessárias a integralidade e a vida mais saudável possível que consigamos atingir apesar de que ainda precisamos melhorar muito os serviços, programas e atenção as CRIANES (EILEEN, 2015; NEVES. *et al.*, 2013).

A média do tempo de internamento hospitalar revela a baixa rotatividade dos leitos e a complexidade da desospitalização dessas crianças, onde ocorre, por vezes, o retorno do domicílio para o hospital (HANASHIRO, 2013).

Diante dessas demandas imprevisíveis, as reinternações acontecem e os serviços de saúde precisam acolhê-los mesmo diante da invisibilidade deste grupo no que se refere às políticas públicas de saúde específicas para essa população (LAW; MCCANN; O'MAY, 2011; ASTOLPHO; OKIDO; LIMA, 2014). Um estudo realizado no Reino Unido com o objetivo de descrever o papel do enfermeiro e da equipe multiprofissional que trabalham com CRIANES na comunidade desvelou que compartilhar informações das

condições clínicas e preferências pessoais são dados importantes no processo de referência e contra referência da rede dessas crianças (ZANELLO. *et al*, 2015).

Na Itália, uma pesquisa sobre a continuidade do atendimento de crianças com necessidades especiais de saúde reforça a necessidade de enfoque da equipe multiprofissional no preparo do cuidador familiar para o cuidado domiciliar. Quando programado a alta, esse preparo deve ser iniciado pelos profissionais do hospital e apoiado pelos profissionais da comunidade após a alta. Esses achados indicaram que o empoderamento dos pais é uma questão importante ao lidar com necessidades especiais de saúde das crianças, durante todo o processo de atendimento, formando do hospital para o lar (ZANELLO. *et al*, 2015).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Considerando o crescimento das CRIANES, o desenvolvimento deste estudo revelou um aumento da sua sobrevivência dessas crianças, predominância do sexo masculino, demandas de cuidados medicamentosos contínuos, tendo nas causas congênitas a sua maior causa de dependência tecnológica, além do longo período de internamento.

Diante as demandas das necessidades de saúde e complexidade dos cuidados, as CRIANES necessitam de cuidados multiprofissionais, com destaque para a enfermagem. O cuidado às CRIANES é fortemente marcado pela relação com os serviços de saúde, com isso mostra a necessidade de uma melhor organização no sistema público, visando o atendimento que atenda às suas necessidades e limitações funcionais, que foram bem evidentes.

Embora a literatura existente forneça conhecimento sobre CRIANES no mundo, falta um perfil abrangente de suas características demográficas e de saúde no Brasil, bem como a utilização de cuidados de saúde e despesas. Este estudo começa a preencher essa lacuna, fornecendo um exame fundamental de suas características demográficas e de saúde, o que proporcionará uma imagem mais completa de algumas das crianças com mais necessidades do nosso sistema de saúde. Além disso, investigar a utilização dos cuidados de saúde e as despesas delas fornecerá informações de linha de base oportunas necessárias para os formuladores de políticas e construção de planos de cuidados adaptados para às necessidades singulares dessa população.

Desta forma, este estudo contribui para novas pesquisas e iniciativas públicas para as CRIANES e sua família, otimizando a sua visibilidade na rede de saúde, realizando atividades tais como o treinamento de novas equipes de enfermagem e de equipe multidisciplinar, tornando-o especializados no cuidado a essas crianças e ampliando unidades de treinamento para desospitalização e de novos programas domiciliares, com recursos adequados, oferecendo segurança, qualidade e suporte para essa clientela.

## REFERÊNCIAS

- ASTOLPHO, M. P.; OKIDO, A. C. C.; LIMA, R. A. G. Caring network for children with special health needs. **Rev Bras Enferm**, v. 67, n. 2, p. 213-9, 2014.
- BATISTA, L.; WERNECK, J.; LOPES, F. **Saúde da População Negra**, 2. ed. Brasília: Associação Brasileira de Pesquisadores Negros, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Gestação de alto risco: manual técnico - 5. ed.* – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.
- CABRAL, I. E.; MORAES, J. R. M. M. Family caregivers articulating the social network of a child with special health care needs. **Rev Bras Enferm**. Brasília, v.68, n. 6, p. 769-76, 2015.
- CLEAVE, J. V. Children With Special Health Care Needs: With Population-Based Data, Better Individual Care Plans. **Pediatrics**, v.135, n. 4, p. 1041-1042, 2015.
- DAVIS, A. M. D. *et al.* Transition Care for Children With Special Health Care Needs. **Pediatrics**, v. 134, n. 5, p.900-908, 2014.
- DUARTE, E. D. *et al.* Cuidado à criança em condição crônica na atenção primária: desafios do modelo de atenção à saúde. **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis, v. 24, n. 4, p. 1009-17, 2015.
- DUARTE, J. L. M. B.; MENDONÇA, G. A. S. Fatores associados à morte neonatal em recém-nascidos de muito baixo peso em quatro maternidades no Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n, p. 181-191, 2005.
- EILEEN, K. F. B. The ACA and Insurance Implications for Children with Special Health Care Needs. **J Pediatr Health Care**, v. 29, n. 2, p. 212– 215, 2015. DOI:10.1016/j.pedhc.2014.11.002
- ESTEVES, J. S. *et al.* Families' concerns about the care of children with technology-dependent special health care needs. **Invest Educ Enferm**, v. 33, n. 3, p. 547-555 2015.
- FIGUEIREDO, S. V.; SOUSA, A. C. C.; GOMES, I. L. V. Menores com necessidades especiais de saúde e familiares: implicações para a enfermagem. **Rev Bras Enferm**, v. 69, n. 1, p. 88-95, 2016.
- GÓES, F. G. B.; CABRAL, I. E. Discourses on discharge care for children with special healthcare needs. **Rev Bras Enferm**. v. 70, n. 1, p. 154-61, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0248>.
- GOODMAN, D. M. *et al.* Adults With Chronic Health Conditions Originating in Childhood: Inpatient Experience in Children's Hospitals. **Pediatrics**, v. 128, n. 1, p. 5-13, 2011.
- HANASHIRO, M. Perfil de crianças e adolescentes dependentes de ventilação mecânica. Dissertação (Mestrado em Ciências). 2013 - Programa de Pediatria, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo.
- JO, H. *et al.* Age at Autism Spectrum Disorder (ASD) Diagnosis by Race, Ethnicity, and Primary Household Language Among Children with Special Health Care Needs, United States, 2009-2010. **Matern Child Health J**, v. 19, n. 8, p. 1687-1697, 2015.
- LAW, L.; MCCANN, D.; O'MAY, F. Managing change in the care of children with complex needs: healthcare providers' perspective. **J Adv Nurs**. v. 67, n. 12, p. 2551-60, 2011.
- LINDLEY, L. C.; LYON, M. E. Um perfil de crianças com condições crônicas complexas no final da vida entre os beneficiários da Medicaid: implicações para a reforma dos cuidados de saúde. **J Palliat Med**, v. 16, n. 11, p. 1388-1393, 2013.

- MILLER, J. E. *et al.* Reasons for Unmet Need for Child and Family Health Services among Children with Special Health Care Needs with and without Medical Homes. **PLoS ONE**, v. 8, n. 12, p. 1-10, 2013. DOI:10.1371/journal.pone.0082570.
- MONSEN, K. A. *et al.* A Statewide Case Management, Surveillance, and Outcome Evaluation System for Children with Special Health Care Needs. **ISRN Nursing**, v. 2013, p. 1-7, 2013. DOI: <http://dx.doi.org/10.1155/2013/793936>
- NEVES, E. T. *et al.* A rede social de cuidados de uma criança com necessidade especial de saúde. **Rev. Eletr. Enf**, v. 15, n. 2, p. 533-40, 2013. DOI: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i2.17064>. doi: 10.5216/ree.v15i2.17064.
- NEVES, E. T. *et al.* Rede de cuidados de crianças com necessidades especiais de saúde. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 24, n. 2, p.399-406, 2015.
- NEVES, T. E.; CABRAL, E. I.; SILVEIRA, A. Family network of children with special health needs: implications for Nursing. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 21, n. 2, p. 562-70, 2013.
- OKIDO, A. C. C.; HAYASHIDA, M.; LIMA, R. A. G. Profile of technology-dependent children in Ribeirão Preto-SP. Journal of Human Growth and Development. **Rev. bras. crescimento desenvolv.** São Paulo, v. 22, n. 3, p. 291-296, 2012.
- OKIDO, A. C. C.; PINA, J. C.; LIMA, R. A. G. Factors associated with involuntary hospital admissions in technology-dependent children. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 50, n. 1, p. 29-35, 2016.
- QUACH, J. *et al.* Trajectories and Outcomes Among Children With Special Health Care Needs. **Pediatrics**, v. 135, n. 4, p. 842-850, 2015.
- RABELLO, C. A. F. G.; RODRIGUES, P. H. A.; Saúde da família e cuidados paliativos infantis: ouvindo os familiares de crianças dependentes de tecnologia. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15 n. 2, p. 379-388, 2010.
- RODRIGUES, L. S. *et al.* Características das crianças nascidas com malformações congênitas no município de São Luís, Maranhão, 2002-2011. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 23, n. 2, p. 295-304, 2014.
- SILVEIRA, A.; NEVES, E. T. Crianças com necessidades especiais de saúde: tendências das pesquisas em enfermagem. **R. Enferm.** Santa Maria, v. 1, n. 2, p. 254-260, 2011.
- STRICKLAND, B. B. *et al.* Assessing Systems Quality in a Changing Health Care Environment: The 2009–10 National Survey of Children with Special Health Care Needs. **Matern Child Health J.** v. 19, n. 2, p. 353-361, 2015.
- VASCONCELOS, J. F. *et al.* Impactos da linezolidina na desospitalização. **J Bras Econ Saúde**, v. 7, n. 2, p. 110-115, 2015.
- ZANELLO, E. *et al.* Continuity of care in children with special healthcare needs: a qualitative study of family's perspectives. **Italian Journal of Pediatrics**, v. 41, n. 7, p. 1-9, 2015. DOI: 10.1186/s13052-015-0114-x

## CAPÍTULO 7

## CUIDADO DE ENFERMAGEM ÀS CRIANÇAS COM NECESSIDADES ESPECIAIS DE SAÚDE

Larissa de Oliveira Ulisses<sup>1</sup>  
Thaysy Andrade Silva Bispo<sup>2</sup>  
Agatha Barbosa Caldas<sup>3</sup>  
Maria Carolina Ortiz Whitaker<sup>4</sup>  
Climene Laura Camargo<sup>5</sup>

## RESUMO

**Objetivo:** caracterizar as produções científicas sobre as ações de enfermagem no cuidado às crianças com necessidades especiais de saúde. **Método:** trata-se de um estudo bibliográfico, tipo revisão integrativa, realizado por meio de consulta a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e PUBMED, utilizando como descritores nursing pediatric; children with disabilities; chronic disease, sendo incluídos os estudos que contemplaram a temática, possuíam texto completo disponível em inglês, português ou espanhol, publicados entre 2012 a 2017, e com foco nas ações de enfermagem no cuidado à crianças com necessidades especiais de saúde, resultando em uma amostra final de 15 artigos. **Resultados:** identificou-se que a enfermagem atua no cuidado às crianças com necessidades especiais de saúde desde o diagnóstico, nos períodos de hospitalização e no cuidado domiciliar, com ações voltadas principalmente em capacitar tecnicamente as mães para o cuidado às CRIANES frente às especificidades impostas pela condição de saúde. **Considerações finais:** os estudos revelaram que as ações de enfermagem desenvolvidas no cuidado integral a criança está relacionada ao empoderamento da família para o cuidado a CRIANES, sendo importante a realização de estudos como este, a fim de capacitar os profissionais de enfermagem para melhor cuidar desse público.

**Palavras-chave:** Enfermagem; Cuidado da criança; Criança com incapacidade; Doença crônica; Cuidados de Enfermagem; Cuidadores.

<sup>1</sup> Mestra, Programa de Mestrado em Enfermagem, Universidade Federal da Bahia/UFBA. Salvador (BA), Brasil. E-mail: lariulisses@gmail.com ORCID iD: <http://orcid.org/0000-0002-8762-2392>

<sup>2</sup> Enfermeira, Universidade Federal da Bahia/UFBA. Salvador (BA), Brasil. E-mail: thaysy.siva@hotmail.com ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-7313-2085>

<sup>3</sup> Enfermeira, Universidade Federal da Bahia/UFBA. Salvador (BA), Brasil. E-mail: ORCID iD: agatha-caldas@hotmail.com ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0001-8681-7238>

<sup>4</sup> Doutora, Programa de Doutorado em Enfermagem Materno Infantil pela Universidade São Paulo, Professora Adjunta da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia/UFBA. Salvador (BA), Brasil. E-mail: maria.ortiz@ufba.br ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0003-0253-3831>

<sup>5</sup> Doutora, Programa de Doutorado em Saúde Pública pela Universidade São Paulo, Professora Titular da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia/UFBA. Salvador (BA), Brasil. E-mail: climenecamargo@hotmail.com ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-4880-3916>

## 1 INTRODUÇÃO

Segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), considera-se como criança a pessoa com até doze anos incompletos, enquanto que entre os doze e dezoito anos encontra-se o período da adolescência. A infância é entendida como uma fase do desenvolvimento humano que traz consigo muitas mudanças decorrentes do crescimento e desenvolvimento do indivíduo, além de ser fortemente influenciada pelas variações do ambiente físico, familiar e social em que a criança está inserida, onde os acontecimentos dessa fase exercerão grande influência na fase adulta (VIERA et al., 2015).

Tendo em vista as particularidades que rondam o período da infância e da adolescência, a esse grupo da população cabem necessidades específicas de saúde e proteção, e com isso são garantidos alguns direitos, como a proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência (BRASIL, 1990).

Dentro dessas necessidades de saúde específicas do período da infância, podemos destacar um grupo de crianças que tem seu estado de saúde cronicado, e por conta disso tornam-se portadoras de alguma necessidade ainda mais especial de saúde.

O termo *Children with special health care needs* (CSHCN) foi criado pelo Maternal and Child Health Bureau, para representar o grupo de crianças que apresentam condições crônicas, físicas, de desenvolvimento, comportamental ou emocional e que necessitam dos serviços de saúde, além daqueles exigidos pelas crianças em geral. No Brasil, o termo foi traduzido como “crianças com necessidades especiais de saúde” (CRIANES), e refere-se a crianças clinicamente frágeis, em sua maioria herdeiros de tecnologias de cuidado neonatal e pediátrico, como ventilação mecânica, gastrostomia, colostomia, entre outros (ARRUE et al., 2016).

De acordo com o último censo populacional do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a incidência de crianças abaixo de 14 anos de idade com pelo menos um tipo de deficiência foi de 21,68%, representando quase um quarto da população infantil, o que alerta para a necessidade de reconhecimento desse grupo específico da população infantil e suas necessidades de saúde (IBGE, 2011).

Sendo este um grupo crescente atualmente, seja pelo advento das arboviroses, como exemplo pode-se citar a dada associação da infecção por Zica vírus na gestação e a síndrome congênita do Zica Vírus, que está relacionada a microcefalia e outras alterações neurológicas no recém-nascido, que irão comprometer de forma significativa o seu crescimento e desenvolvimento (SCHRAM, 2016), seja pelo avanço tecnológico, farmacêutico, assistencial e político na área.

Contribui também para o aumento desse grupo de crianças com necessidades especiais de saúde, o constante avanço tecnológico no campo da terapia intensiva neonatal, que traz equipamentos e procedimentos inovadores que permitem a sobrevida de prematuros extremos, entretanto com alto risco de desenvolvimento de morbidade futura nessa população (CASTRO; RUGOLO; MARGOTTO, 2012).

A condição crônica na infância interfere no funcionamento do corpo da criança em longo prazo, requer assistência e seguimento por profissionais de saúde, limita as atividades diárias, causa repercussões no seu processo de crescimento e de desenvolvimento, afetando o cotidiano de todos os membros da família (DANTAS et al., 2012), sendo de fundamental importância compreender como se dá a inserção da família nesse processo.

No que diz respeito ao cuidado na população infantil em geral, a partir da promulgação da Lei nº 8.069 de 1990, as instituições de saúde foram obrigadas a proporcionar condições para que um dos pais ou responsável permanecesse com a criança ou adolescente em tempo integral nos casos de internação hospitalar, o que modificou expressivamente o cotidiano dos profissionais de saúde, e o objeto do cuidado passa a ser ampliado para o binômio criança-família (RODRIGUES et al, 2013).

No que tange a crianças com necessidades especiais de saúde, a relação com a família se dá de modo particular, uma vez que a chegada dessa criança em condição crônica de saúde, exige da família uma enorme capacidade de adaptação, onde o filho deficiente representa para esta a quebra de expectativas, a alteração de papéis e a não-continuidade da família, o que gera alterações na vida familiar, podendo levar a conflitos e a instabilidade emocional, alteração no relacionamento do casal e distanciamento entre seus membros (BARBOSA; BALIEIRO; PETTINGILL, 2012).

Com isso, faz-se necessário compreender a importância das coletividades na garantia da saúde e bem-estar das CRIANES uma vez que devido a complexidade e a alta demanda de funções requeridas por essas crianças, as famílias compartilham a responsabilidade de cuidar/assistir a criança, envolvendo outros membros da família e da sociedade através de instituições, formando assim uma rede de apoio. (NEVES; CABRAL; SILVEIRA, 2013)

Com isso, percebe-se a fundamental importância que os profissionais de saúde, em especial os de enfermagem, por caber a estes o cuidado direto a criança e a sua família, reconheçam tais particularidades e se aprofundem teoricamente no tema, para que o cuidado prestado seja resolutivo e integral.

Diante dessa necessidade questiona-se: o que tem sido produzido na literatura científica sobre as ações de enfermagem no cuidado a crianças com necessidades especiais de saúde? Tendo esse estudo o objetivo de caracterizar as produções científicas que abordam as ações de enfermagem no cuidado às crianças com necessidades especiais de saúde.

## **2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

### **2.1 As CRIANES**

Diante dos avanços tecnológicos na terapia intensiva neonatal e implantação das políticas de atenção à saúde da criança, podemos destacar o aumento da expectativa de vida de um grupo de crianças que



apresentam condições crônicas, físicas, de desenvolvimento, comportamental ou emocional e que necessitam dos serviços de saúde, além daqueles exigidos pelas crianças em geral, crianças com necessidades especiais de saúde, denominadas CRIANES. (ARRUE et al., 2016)

De acordo com o último censo populacional do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a incidência de crianças abaixo de 14 anos de idade com pelo menos um tipo de deficiência foi de 21,68%, representando quase um quarto da população infantil, o que alerta para a necessidade de reconhecimento desse grupo específico da população infantil e suas necessidades de saúde (IBGE, 2011).

Além de ser um grupo populacional crescente atualmente nos serviços de saúde, os diversos cuidados requeridos pelas CRIANES envolvem procedimentos de enfermagem, tais como aspiração de vias áreas, administração de dietas e cuidados com os dispositivos utilizados para este fim, uso contínuo de medicamentos, o que exige destes profissionais conhecimentos técnicos específicos e a adoção de práticas que visem otimizar a qualidade de vida dessa população. (SILVEIRA; NEVES; PAULA, 2013)

Nesse contexto, os tipos de cuidados exigidos por essas crianças podem ser divididos em cinco grupos: desenvolvimento, medicamentoso, tecnológico, cuidados habituais modificados e mistos, que englobam mais de uma dessas demandas. Sendo necessário considerar tais necessidades especiais de saúde deste grupo populacional em todos os níveis de atenção a saúde, e exige um acompanhamento de reabilitação em longo prazo pela equipe multiprofissional. (DRUCKER, 2007; ESTEVES, 2015).

## 2.2 A ENFERMAGEM E O CUIDADO CENTRADO NA FAMÍLIA DAS CRIANES

De acordo com a Lei nº 8. 069, de 1990, referente aos direitos da criança e do adolescente, as instituições hospitalares devem fornecer condições para que um dos pais ou responsável permaneça com a criança ou adolescente em tempo integral durante o período de internação, ampliando o objeto do cuidado o binômio criança-família (RODRIGUES et al, 2013).

A chegada de uma criança em condição crônica de saúde, gera alterações na dinâmica familiar, uma vez que exige da família o acompanhamento constante desta criança, além de representar para esta a quebra de expectativas, a alteração de papéis e a não-continuidade da família. Nesse sentido, as necessidades das famílias das CRIANES precisam ser valorizadas e assistidas pelos profissionais de saúde. (BARBOSA; BALIEIRO; PETTENGILL, 2012)

Sabe-se que principalmente no momento do diagnóstico, é imprescindível o acesso a informação pela família das CRIANES, pois, gera medo e angústia aos familiares perante o desconhecido, além das dúvidas de como eles passaram a lidar com os desafios para proceder aos cuidados diários decorrentes de sequelas da doença. (ESTEVES, et al 2015)

Nesse sentido, a equipe de enfermagem, junto com os demais membros da equipe multiprofissional, precisa esclarecer as dúvidas dos familiares dessa criança, pois essas explicações iniciais são consideradas um fator facilitador importante para o enfrentamento dos familiares de Crianças com Necessidades Especiais de Saúde (CRIANES) quanto aos cuidados relacionados ao uso de tecnologias (ESTEVES, et al 2015).

O período da hospitalização deve também ser considerado um período crítico no cuidado a família de Crianças com Necessidades Especiais de Saúde (CRIANES), pois é durante a internação que a enfermagem assume o cuidado direto a essa criança, e prepara o cuidador para o cuidado domiciliar. Diante disso, nessa fase do cuidado a CRIANES, as ações de enfermagem devem estar voltadas para as ações pedagógicas de explicar, demonstrar e permitir que os cuidadores realizem o atendimento, buscando capacitá-los a atender as necessidades de saúde dessas crianças no âmbito domiciliar com qualidade. (MORAES; CABRAL, 2012)

Para tanto, faz-se necessário fortalecer os vínculos cuidador-enfermeira e enfermeira-cuidador, onde estudos apontam que tais vínculos são considerados harmônicos, entretanto a enfermeira atua como educadora transmitindo conhecimento de forma verticalizada e pedagógica. (MORAES; CABRAL, 2012)

Diante disso, faz-se necessário que os profissionais de enfermagem reconheçam a importância do processo de cuidado desenvolvido pelos familiares/cuidadores, proporcionando a estes momentos de escuta, reconhecendo, na subjetividade do cuidado desenvolvido pelo familiar, espaços para educação em saúde de forma mais efetiva/objetiva, em prol de um cuidado com mais qualidade no domicílio. (MORAES; CABRAL, 2012)

### 2.3 A ENFERMAGEM NO CUIDADO ÀS CRIANES

A enfermagem, como parte da equipe multiprofissional, participa do cuidado as Crianças com Necessidades Especiais de Saúde (CRIANES), desde o momento do diagnóstico dessa criança, seja no âmbito hospitalar ou domiciliar, desenvolvendo importante papel de cuidados diretos a criança e no cuidado a sua família.

Os cuidados requeridos pelas CRIANES exigem conhecimento técnico específico de procedimentos de enfermagem, que precisam ser apreendidos pela família, de forma a otimizar o cuidado que será prestado no domicílio. Uma vez que as habilidades de cuidar que os familiares trazem consigo são insuficientes para atender a complexidade desses cuidados no ambiente domiciliar, constitui-se um desafio para a equipe de enfermagem o preparar essa família para o cuidado a Criança com Necessidade Especial de Saúde. (SILVEIRA; NEVES; PAULA, 2013)

Nesse sentido, estudos desvelam que para superar tal desafio, a enfermagem coloca em ação um saber-fazer que advém do núcleo comum das profissões de saúde: a educação em saúde. Apesar de estar no

território compartilhado pelas profissões, a educação em saúde é atribuída à enfermagem passando a compor, portanto, seu núcleo específico de ação. (DUARTE et al., 2015)

### 3 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo bibliográfico, tipo revisão integrativa, englobando os manuscritos publicados entre os anos de 2012 e 2017. A revisão integrativa é um método que tem como finalidade sintetizar resultados obtidos em pesquisas sobre um tema ou questão, de maneira sistemática, ordenada e abrangente. (ERCOLE; MELO; ALCOFORADO, 2014)

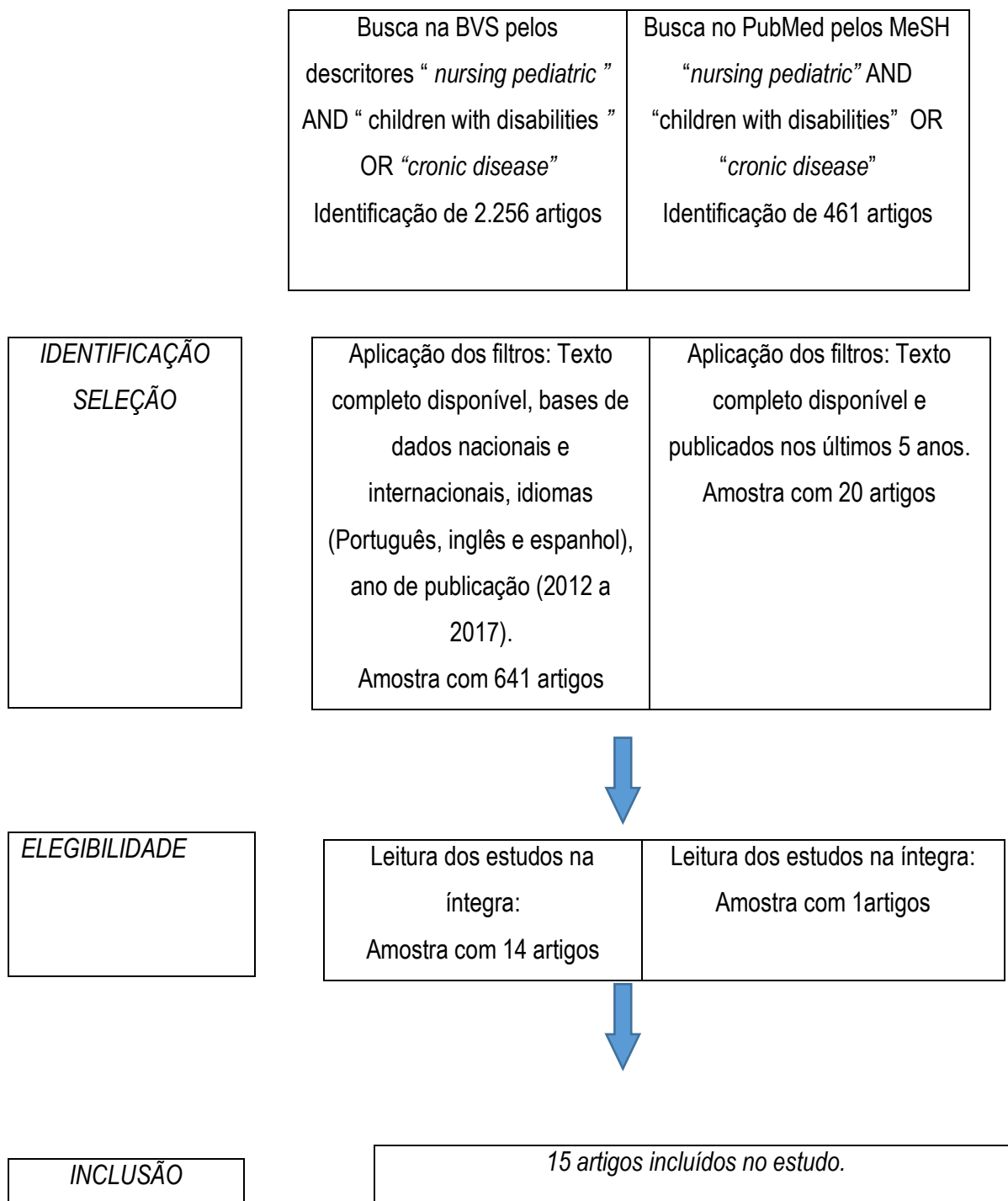
A primeira etapa da realização do estudo se deu com a busca dos artigos por meio da consulta a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), onde estão indexados os bancos de dados nacionais e internacionais (MEDLINE, PUBMED, LILÁSC, SCOPUS, PSYCOINFO), e consulta ao banco de dados PubMed, utilizando como palavras-chaves para busca: nursing pediatric AND children with disabilities OR cronic disease de acordo com os Descritores em Ciências da Saúde (DECS) e o Medical Subject Headings (MeSH). Os operadores booleanos “AND”, “OR” e “NOT” foram utilizados para associação das palavras-chaves e utilizados os filtros de acordo com a disponibilidade, ano de publicação, língua e banco de dados.

A pesquisadora realizou a busca pelos artigos em três momentos diferentes, utilizando os mesmos descritores supracitados, buscando-se encontrar o maior número de artigos possíveis e para validar os resultados encontrados foi realizado a busca de literatura revisada por pares com a utilização dos mesmos descritores em momentos, lugares e datas diferentes da pesquisadora principal, a fim de validar os descritores quando buscado por pessoas diferentes.

Foram incluídos os manuscritos que contemplaram a temática principal, que possuíam texto completo disponível em inglês, português ou espanhol, publicados entre 2012 e 2017, e que tiveram como foco em seus resultados e discussão nas ações de enfermagem no cuidado a crianças com necessidades especiais de saúde. Foram excluídos do estudo os artigos direcionados aos adultos com necessidades especiais de saúde e aqueles direcionados as outras profissões da área da saúde.

Posteriormente, os artigos incluídos no estudo foram analisados por meio da leitura minuciosa dos artigos na íntegra e construção de tabelas no Excel, buscando identificar o ano de publicação, idioma, autores, tipo de estudo e principais ações de enfermagem a CRIANES.

Figura 1 – Estratégia de busca do desenvolvimento do estudo de revisão, segundo o Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA 2009). Salvador (BA), Brasil, 2018.



#### 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ao realizar análise dos artigos da amostra, foi possível identificar que estes abordaram principalmente questões relacionadas ao cuidado centrado na família da criança com necessidade especial de saúde, destacando o importante papel da enfermagem em três momentos: No momento do diagnóstico, esclarecendo as dúvidas que surgem com frequência dentre os familiares dessas crianças e assim diminuindo a angústia nesse momento, durante a hospitalização da criança, onde a enfermagem atua de modo a incluir família no processo de cuidado, buscando capacitá-la e prepará-la para o momento da alta hospitalar, e no acompanhamento do cuidado domiciliar da criança, onde destaca-se o campo da atenção básica como privilegiado nesse seguimento do cuidado (Quadro 2).

A Tabela 1 apresenta um panorama referente aos artigos analisados, com relação ao ano de publicação, idioma e tipo de estudo, onde identificou-se maior prevalência de artigos publicados no ano de 2015, com 5 artigos, publicados em português e inglês, com 7 artigos, e estudos do tipo qualitativo, com 14 artigos.

Quadro 2- Ações de enfermagem no cuidado às CRIANES

<b>CUIDADO DE ENFERMAGEM AS CRIANES</b>		
AMBIENTE HOSPITALAR	NO MOMENTO DO DIAGNÓSTICO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promover suporte emocional a família;</li> <li>• Realizar escuta sensível e esclarecimentos de dúvidas da família.</li> </ul>
	NO PREPARO PARA ALTA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Basear suas ações no Cuidado Centrado na família;</li> <li>• Preparar tecnicamente a família para o cuidado domiciliar;</li> <li>• Promover a escuta, diálogo e aconselhamento familiar.</li> </ul>
AMBIENTE DOMICILIAR		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar educação em saúde com a família.</li> <li>• Coordenar serviços de cuidados.</li> <li>• Estabelecer vínculos com a família e a comunidade.</li> <li>• Fortalecer as redes de atenção à saúde das CRIANES.</li> </ul>

#### 4.1 CUIDADO DE ENFERMAGEM NO MOMENTO DO DIAGNÓSTICO

Sabe-se que o momento do diagnóstico, com o nascimento do filho portador de uma necessidade especial de saúde, gera medo e angústia aos familiares perante o desconhecido, além das dúvidas de como eles passaram a lidar com os desafios para proceder aos cuidados diários decorrentes de sequelas da doença. Nesse contexto, a enfermagem assume o importante papel de promover suporte emocional a família, buscando minimizar os efeitos da notícia, além de dar orientações dos cuidados que serão necessários a criança com necessidade especial de saúde. (FIGUEIREDO; SOUSA; GOMES, 2016)

Sendo assim, a equipe de enfermagem, precisa esclarecer as necessidades de adaptações dessa criança, pois essas explicações iniciais são consideradas um fator de proteção quanto a forma de enfrentamento dos familiares de Crianças com Necessidades Especiais de Saúde quanto aos cuidados relacionados ao uso de tecnologias.

Em estudo realizado por Figueiredo et al. (2016) com famílias de crianças portadores de mielomeningocele, desvela-se que a falta de informação sobre as condições de saúde de seus filhos gera muitas dúvidas aos familiares, não estando assim, os profissionais, preparados para lidar com a criança com necessidade especial e sua família, gerando expectativas distorcidas aos cuidadores.

O acesso a informação é crucial nessa fase de descoberta da família das CRIANES, pois, apesar do desenvolvimento tecnológico e dos avanços da ciência, os cuidadores e a criança são acometidos por uma trajetória repleta de lutas, sofrimentos e desafios, e o profissional precisa demonstrar-se sensível a esse sofrimento vivenciado. (SILVA ET AL., 2017)

Nesse contexto, enquanto membro da equipe de saúde, o enfermeiro deve se apropriar do Cuidado Centrado na Família em sua prática, reconhecendo a família como cliente do cuidado, assegurando sua participação no planejamento das ações, pois seus pressupostos favorecem uma aproximação entre o profissional e a família, respeitando sua individualidade e promovendo seu fortalecimento. (REIS; MENDES; OLIVEIRA; KOEPPE, 2016)

Nesse sentido, fornecer informações à família a respeito do processo saúde-doença do filho é uma ação que deve ser incorporada na prática cotidiana assistencial, e sendo o enfermeiro o profissional que acompanha a criança e sua família de forma contínua, este deve ter capacidade para exercer essa atividade a fim de estimular e auxiliar a família no processo de cuidar da criança com necessidade especial de saúde, favorecendo o processo de enfrentamento da doença e colaborando para o crescimento da CRIANES como indivíduo. (RODRIGUES ET AL., 2013)

## 4.2 CUIDADOS DE ENFERMAGEM DURANTE A HOSPITALIZAÇÃO

Já durante o período de hospitalização da criança com necessidade especial de saúde, a enfermagem assume a linha de frente do cuidado direto as crianças com necessidades especiais de saúde, e nesse momento ganham visibilidade as ações que colocam a enfermeira no papel de educadora para o cuidado em saúde, onde por meio de seus conhecimentos, habilidades gerenciais, assistenciais e dialógicas, deve assumir a função de coordenar o preparo para o cuidado domiciliar. (RAMOS et al., 2015)

Durante toda a internação hospitalar o cuidador deve ser orientado pela enfermagem e pelos demais profissionais de saúde sobre quais são as necessidades de cuidado de seu(sua) filho(a) e como cuidar dele(a) em casa. Tais orientações devem ser desenvolvidas no transcorrer durante todo o período de internação e contribui para o desenvolvimento de maior segurança e confiança por parte dos cuidadores para realizar os cuidados necessários as CRIANES no domicílio. (RAMOS et al., 2015)

Para manutenção da vida dessas crianças, a equipe de enfermagem utiliza-se de saberes científicos e tecnológicos próprio do conhecimento profissional: preparo e manutenção de infusões venosas; administração de oxigênio; manuseio de sondas para alimentação, prevenção de acidentes e lesões de pele, devido à redução da sensibilidade dos membros inferiores, cuidado com órteses, auxílio com a alimentação, higiene e locomoção dentre outros. Sendo assim, o cuidador precisa adquirir conhecimentos e realizar atividades do campo de saber e prática dos profissionais, sendo de fundamental importância as ações do enfermeiro para a educação em saúde desses cuidadores, durante o período da hospitalização. (TAVARES; SENA; DUARTE, 2016). Essa construção do conhecimento e o desenvolvimento das habilidades precisa acontecer em parceria, considerando os saberes adquiridos e as possibilidades de o familiar continuar cuidando da criança no domicílio.

Alguns estudos desvelam as estratégias utilizadas pela equipe de enfermagem, para desenvolver o cuidado as crianças com necessidades especiais de saúde durante o período de hospitalização, destacando-se o diálogo, que favorece a aproximação do cuidador com a equipe e fortalece o vínculo, a escutam que se constitui em saber ouvir e identificar as queixas/necessidades do outro, e a empatia, valorizada por enfermeiros como ferramenta de interação nas suas relações com clientes em espaço hospitalar. (SILVA et al., 2015)

O cuidado da enfermagem durante a hospitalização das CRIANES precisa objetivar a dimensão do cuidado pautado em um investimento na qualidade de vida e não na cura dessas crianças (SANTOS; MOREIRA, 2014), ressaltando-se ainda que a enfermagem mantém um relacionamento mais próximo com o indivíduo, a família e a comunidade, porém que não se pode perder a dimensão cuidadora própria da enfermagem.

#### 4.3 CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO ÂMBITO DOMICILIAR

No âmbito domiciliar a família passa a ocupar-se totalmente dos cuidados diretos a criança com necessidade especial de saúde, nesse contexto a enfermagem destaca-se por suas ações de ampará-las no processo de transição para o cuidado domiciliar e posterior acompanhamento desse cuidado. (ASTOLPHO; OKIDO; LIMA, 2014)

A adaptação a realidade da família é o ponto chave para o sucesso da desospitalização e continuidade do cuidado a CRIANES no domicílio. Nesse sentido, o enfermeiro precisa ser capaz de, por meio da escuta, identificar as necessidades e às demandas da família decorrentes do estado crônico de saúde da criança, e auxiliar nesse processo. (SOUSA, 2013)

Em um estudo realizado no Rio de Janeiro, Brasil, com mães de CRIANES no cuidado domiciliar, as enfermeiras utilizaram-se de estratégias de negociação para superar as dificuldades encontradas pelas genitoras durante a administração de medicamentos, tais como: utilização de calendários, despertadores, alarmes de relógio e administração de medicamentos de gosto ruim junto com alimentos. Para tanto, a relação entre a família e a enfermagem deve ser valorizada pelo enfermeiro quando nos referimos a crianças com necessidades especiais de saúde, para o desenvolvimento do cuidado domiciliar.

No campo da atenção básica, no que diz respeito a Estratégia de Saúde da Família - ESF, o cuidado de enfermagem a CRIANES se baseia em ações voltadas principalmente para as consultas de enfermagem como parte do acompanhamento de crescimento e desenvolvimento, ações de vacinação, administração de medicamentos, realização de curativos e cuidados com dispositivos tecnológicos, além de fornecimento de insumos e as articulações da rede de apoio a criança com necessidade especial de saúde. (DUARTE, 2015)

Ainda se tratando da atenção básica, a enfermagem coloca em ação a educação em saúde. Assim, a prática educativa visa oportunizar as mães e aos familiares uma melhor compreensão da condição crônica e fornecer orientações sobre os cuidados com o uso dos medicamentos e dietas, manuseio dos dispositivos para este fim, posicionamento e estimulação da criança, além das orientações sobre as características próprias do crescimento e desenvolvimento de uma criança com cronicidade. (DUARTE, 2015)

Como já é sabido, as CRIANES necessitam de cuidados especializados no domicílio, para tanto, tem-se a visita domiciliar como um importante instrumento de ação da enfermagem, pois assim, poderá observar e acompanhar a rotina diária da criança e inclusive identificar o conhecimento do cuidador e como este poderá interferir ou colaborar no desenvolvimento da criança. (SILVA *et al.* 2015)

O cuidado no domicílio vai exigir do enfermeiro a capacidade de conhecer a rede de apoio a criança e apresentá-la a família, sendo esta o principal apoio e o seu alicerce durante o processo de adaptação a sua condição de vida, uma vez que é com os pais e com os irmãos que aprendem as ações corriqueiras, e é deles



que as mesmas também sentem saudades quando permanecem em períodos internação hospitalar. (CABRAL et al., 2013)

Sendo assim, a participação efetiva da família nos cuidados dispensados cotidianamente a uma criança com enfermidade crônica é essencial, e a articulação dessa rede de assistência às CRIANES no domicílio deve fazer parte do cuidado de enfermagem. (SILVA et al., 2017)

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo desvelou que o cuidado de enfermagem às CRIANES envolve desde o momento do diagnóstico médico, no cuidado direto em âmbito hospitalar e no cuidado domiciliar da criança.

Percebe-se, a partir da análise dos estudos, que o cuidado de enfermagem descrito se refere às práticas que deveriam ser adotadas e/ou aperfeiçoadas para minimizar o desgaste vivenciado pela criança e sua família, do que ações propriamente realizadas na prática pelos enfermeiros que assistem esse binômio.

A ausência de estudos experimentais sobre essa prática de cuidado desvela a necessidade de aproximação das ações de enfermagem às CRIANES baseadas em evidências científicas.

Desta forma, este estudo contribui para a construção de conhecimento sobre o cuidado de enfermagem a Crianças com Necessidades Especiais de Saúde nas suas diversas dimensões, além de incentivar o desenvolvimento a novas pesquisas, buscando dar visibilidade para as necessidades de saúde requeridas por essas crianças, suas famílias e pelos profissionais que as assiste, assim como ampliar a visibilidade dos cuidados de enfermagem dentro da demanda de cuidados necessários às CRIANES, fortalecendo a Enfermagem como parte da rede social dessa criança.

## REFERÊNCIAS

ARRUE, Andrea Moreira et al. Tradução e adaptação do Children with Special Health Care Needs Screener para português do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 6, 2016. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2016000604002](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016000604002)> Acesso em: 30/08/2016.

ASTOLPHO, Monique Pio; OKIDO, Aline Cristiane Cavicchioli; LIMA, Regina Aparecida Garcia. Rede de cuidados a crianças com necessidades especiais de saúde. **Rev Bras Enferm**; v. 67. N.2, pp. 213-219, 2014. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n2/0034-7167-reben-67-02-0213.pdf>>

BARBOSA, Maria Angélica Marcheti; BALIEIRO, Maria Magda Ferreira Gomes; PETTENGILL, Myriam Aparecida Mandetta. Cuidado centrado na família no contexto da criança com deficiência e sua família: uma análise reflexiva. **Texto contexto - enferm.**, v. 21, n. 1, p. 194-199, 2012 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072012000100022&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000100022&lng=en&nrm=iso)>.

Brasil. Lei Federal nº 8069, de 13 de julho de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente. Brasília, DF. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm)> Acesso em: 09/02/2017

CABRAL, et al. Percepção da criança e do adolescente em estar dependente de tecnologia: aspectos fundamentais para o cuidado de enfermagem. **Text. Contx. Enferm.**; v. 22, n.2, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n2/v22n2a10.pdf>>

CASTRO, Márcia Pimentel de; RUGOLO, Lígia Maria Suppo Souza; MARGOTTO, Paulo Roberto. Sobrevida e morbidade em prematuros com menos de 32 semanas de gestação na região central do Brasil. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 5, p. 235-242, May 2012 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-72032012000500008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032012000500008&lng=en&nrm=iso)>

DANTAS, Meryeli Santos de Araújo et al . Facilidades e dificuldades da família no cuidado à criança com paralisia cerebral. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre , v. 33, n. 3, p. 73-80, Sept. 2012 . Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472012000300010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472012000300010&lng=en&nrm=iso)

DUARTE, et al. Cuidado à criança em condição crônica na atenção primária: desafios do modelo de atenção à saúde. **Texto Contexto Enferm**, v.24, n.4, p.1009-17, 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072015000401009&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072015000401009&script=sci_abstract&tlng=pt)>

DUARTE et al. Desafios do trabalho da enfermagem no cuidado às crianças com condições crônicas na atenção primária. **Esc.An.Ner. [online]**. V. 19, n. 4, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n4/1414-8145-ean-19-04-0648.pdf>>

ESTEVES et al. Families' concerns about the care of children with technology-dependent special health care needs. **Invest Educ Enferm**; v. 33, n.3, 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-53072015000300019&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072015000300019&lng=en&nrm=iso&tlng=en)>

FIGUEIREDO et al. Menores com necessidades especiais de saúde e familiares: implicações para a enfermagem. **Rev Bras Enferm [Internet]**. jan-fev; V. 69, N.1, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n1/0034-7167-reben-69-01-0088.pdf>>

MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO ORÇAMENTO E GESTÃO (BR). Censo demográfico 2010. Características da população e dos domicílios: resultados do universo. Rio de Janeiro: IBGE; 2011.

MORAES, Juliana Rezende Montenegro Medeiros de; CABRAL, Ivone Evangelista. A rede social de crianças com necessidades especiais de saúde na (in)visibilidade do cuidado de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto , v. 20, n. 2, p. 282-288, Apr. 2012 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692012000200010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692012000200010&lng=en&nrm=iso)>. access on 17 Aug. 2017.

RAMOS et al. Maternal care at home for children with special needs. **Invest. educ. enferm [online]**. V. 33, N. 3, 2015. Disponível em: < [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-53072015000300013](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072015000300013)>

REIS et al. Vivências de mães que acompanham filhos com fibrose cística no hospital: subsídios para a enfermagem. **Rev. Ciênc. Méd.**; v.25, n. 2, 2016. Disponível em: <<http://periodicos.puccampinas.edu.br/seer/index.php/cienciasmedicas/article/view/2642/2423>>

RODRIGUES, Polianna Formiga et al . Interação entre equipe de enfermagem e família na percepção dos familiares de crianças com doenças crônicas. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro , v. 17, n. 4, p. 781-787, Dec. 2013 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452013000400781&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452013000400781&lng=en&nrm=iso)>

SANTOS, Rosilene Aparecida dos; MOREIRA, Martha Cristina Nunes. Resilience and death: the nursing professional in the care of children and adolescents with life-limiting illnesses. **Ciência & Saúde Coletiva.**; v. 19, n. 12, 2014. Disponível em: < [http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n12/pt\\_1413-8123-csc-19-12-04869.pdf](http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n12/pt_1413-8123-csc-19-12-04869.pdf)>

SCHRAM, Patricia Cintra Franco. Zika virus e saúde pública. **J. Hum. Growth Dev.**, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 7-8, 2016. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12822016000100001&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822016000100001&lng=pt&nrm=iso)>.

SILVA et al. Busca ativa de crianças com necessidades especiais de saúde na comunidade: Relato de experiência. **Rev Enferm UFSM**; v. 5, n. 1, 2015. Disponível em:< <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/13024>>

SILVA et al. Network and social support in children with chronic diseases: understanding the child's perception. **Texto Contexto Enferm**, v. 26, n. 1, 2017. Disponível em:< [http://www.scielo.br/pdf/tce/v26n1/pt\\_0104-0707-tce-26-01-e6980015.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v26n1/pt_0104-0707-tce-26-01-e6980015.pdf)>

SILVA et al. Estabelecendo estratégias de ação/interação para o cuidado à criança com condição crônica hospitalizada. **Esc Anna Nery**; v. 19, n.2, 2015. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n2/1414-8145-ean-19-02-0279.pdf>>

SILVEIRA, Andressa da; NEVES, Eliane Tatsch; PAULA, Cristiane Cardoso de. Family care of children with special healthcare needs: a process of (super)natural care and (over)protection. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 22, n. 4, p. 1106-1114, Dec. 2013. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072013000400029&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000400029&lng=en&nrm=iso)>. access on 17 Aug. 2017.

SOUSA et al. Acompanhamento de famílias de crianças com doença crônica: percepção da equipe de Saúde da Família. **ReV. Esc. Enferm. USP**. v.47, n.6, 2013. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n6/0080-6234-reeusp-47-6-01367.pdf>>

TAVARES, Tatiane Silva; Sena, Roseni Rosângela de; Duarte, Elysângela Dittz. Implications for nursing care concerning children discharged from a neonatal unit with chronic conditions. **Rev Rene**.; V. 17, n. 5, 2016. Disponível em:< <http://www.periodicos.ufc.br/index.php/rene/article/viewFile/6197/4433>>

VIERA et al. Atenção da enfermagem na saúde da criança: revisão integrativa da literatura. **Revista Uniara**, V.18, n. 1, 2015. Disponível em:< <http://www.revistarebram.com/index.php/revistauniara/article/view/341>> Acesso em: 09/

## CAPÍTULO 8

ASPECTOS DESENCADEADORES DA SÍNDROME DE *BURNOUT* EM ENFERMEIROS

Andréia Azevedo Bastos<sup>1</sup>  
Aline Lopes de Lima<sup>2</sup>  
Larissa de Oliveira Ulisses<sup>3</sup>

## RESUMO

**OBJETIVO:** Descrever as causas da Síndrome de *Burnout* em enfermeiros. **MÉTODO:** Trata-se de um estudo descritivo, do tipo revisão integrativa de literatura, englobando os artigos publicados entre o ano de 2014 a 2018, utilizando os Descritores em Ciências da Saúde: esgotamento profissional; enfermagem; fatores estressantes. A partir do objetivo do estudo e critérios de inclusão e exclusão, a amostra final correspondeu a 07 estudos. **RESULTADOS:** Foram destacados como fatores que causam Síndrome de *Burnout* em enfermeiros: condições precárias de trabalho, falta de materiais, constante rotina de óbitos, curto prazo para realização de atividades assistenciais, sobrecarga de trabalho, relacionamento com equipe, remuneração financeira, entre outros. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** É imprescindível investir em resolutividades que supram as necessidades da equipe, proporcionando um ambiente saudável e prazeroso de trabalho, e sobretudo, diminuir índices preocupantes à saúde, consequentemente garantindo uma prestação de serviço de excelência.

**Palavras-chave:** Síndrome de *Burnout*; Estresse Ocupacional; Enfermeiros.

## 1 INTRODUÇÃO

A Síndrome de *Burnout* (SB) é conceituada como estresse laboral que ocorre pelo esgotamento emocional e físico do trabalhador. Ou seja, o estresse crônico faz que o profissional perca o interesse e o entusiasmo pelo seu vínculo empregatício, ocorrendo o isolamento, a sensação de que nada que faça é satisfatório, angústia ao pensar em ir para o trabalho, sentimento de inferioridade em relação aos colegas de trabalho. Trazendo prejuízos nas atividades exercidas, além do acometimento físico e mental deste indivíduo (OLIVEIRA, et al., 2017).

<sup>1</sup> Bacharel em Enfermagem pela Faculdade Metropolitana de Camaçari (FAMEC). E-mail: dea.azevedo15@outlook.com

<sup>2</sup> Enfermeira, Pós Graduada em Urgência e Emergência pela Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. Salvador (BA), Brasil. E-mail: alinelopes96@hotmail.com

<sup>3</sup> Enfermeira, Mestra em Enfermagem e Saúde pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia/UFBA. Salvador (BA), Brasil. Coordenadora do Curso de Enfermagem da Faculdade Metropolitana da Camaçari (FAMEC). E-mail: lariulisses@gmail.com

Atualmente há sinais de alerta com patologias relacionadas ao trabalho, dada ênfase ao número de trabalhadores afastados, doentes e morrendo por conta dos sintomas causados por complicações adquiridas durante o exercício da profissão. É interessante destacar a Síndrome de *Burnout*, que por ser uma doença de difícil diagnóstico, visto a falta de conhecimento e importância aos sintomas apresentados por ela (OLIVEIRA, et al., 2017).

Síndrome de *Burnout* (SB) consiste em um conjunto interligado com resposta a estressores interpessoais crônicos no trabalho. Caracterizado por três principais dimensões: Exaustão Emocional EE, Despersonalização DE e Realização Profissional — RP. De acordo com estas dimensões ocorre o alerta e encaminhamento para o diagnóstico da SB (MASLACH; LEITER, 2016).

Os sintomas deste desgaste incluem a presença de irritabilidade, estresse, falta de ar, cefaleia, ansiedade, depressão, cansaço físico e mental, queda de cabelo, dificuldade no bom relacionamento, tontura, desleixo, distúrbio do sono, oscilações de humor, distúrbio neurológico, entre outros. Dentre estes sintomas, destaca-se também o absenteísmo, que é caracterizado pela soma dos períodos em que o empregado se encontra ausente do seu trabalho por algum motivo interventor, considerado uma das principais consequências da SB (MOURÃO et al., 2017).

Segundo Larre, Abud e Inagaki (2018) a SB está diretamente ligada ao estilo de vida capitalista vivido na atualidade, e se desenvolve silenciosamente, através do ritmo de trabalho acelerado e pela diminuição da realização de atividades prazerosas. Entretanto, Pêgo e Pêgo (2016) acredita que a SB é um processo que se apresenta através da relação entre as características do ambiente de trabalho e características pessoais. O desenvolvimento dessa síndrome acomete profissionais em serviço, especialmente os que desenvolvem atividades de cuidado com o outro. Os profissionais de saúde, principalmente os enfermeiros, apresentam predisposição para o desenvolvimento da SB por causa da responsabilidade da sua profissão, exigências de conhecimentos que vão além da sua capacidade profissional, falta de autonomia, sobrecarga de trabalho, violência laboral, superlotação em unidades emergências, o cuidado de pacientes com risco de morte, entre outros (LARRE; ABUD; INAGAKI., 2018; OLIVEIRA et al., 2017).

Por isso, a equipe de enfermagem em conjunto com seus gestores precisa estar atenta para identificar possíveis estressores em seu ambiente de trabalho. Visto que, o absenteísmo é frequente pelos profissionais de enfermagem acometidos pela SB, necessita que as autoridades competentes invistam em políticas públicas e adotem medidas urgentes com o objetivo de prevenir doenças laborais (LARRE; ABUD; INAGAKI., 2018; MOURÃO et al., 2017).

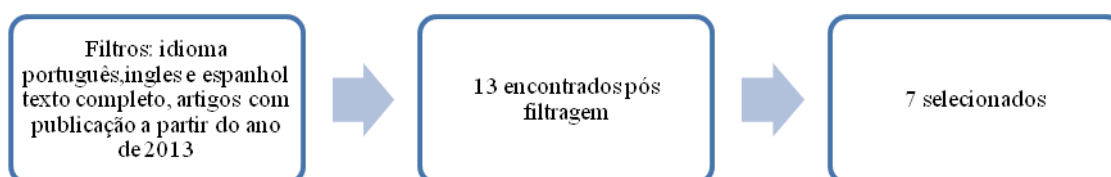
Buscando proporcionar maior visibilidade a esta temática, este artigo tem por objetivo descrever as causas da Síndrome de *Burnout* em enfermeiros, visando solucionar a seguinte indagação: Quais são as causas da Síndrome de *Burnout* em enfermeiros?

## 2 METODOLOGIA

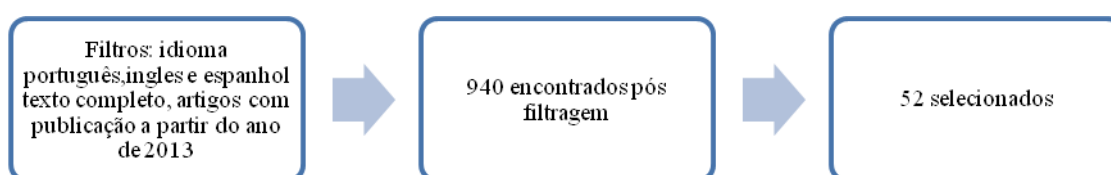
Trata-se de um estudo descritivo, do tipo revisão integrativa de literatura, englobando os artigos publicados entre o ano de 2013 a 2019. A revisão integrativa é uma forma utilizada para realizar práticas baseadas em evidências científicas, uma vasta coleta de dados, que tem como finalidade reunir conhecimentos sobre um determinado tópico, mesclando itens como: definição de conceitos, revisão de teorias e evidências, e análise de problemas metodológicos, com isso, concedendo uma compreensão completa do assunto estudado (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

Os artigos foram obtidos por meio da consulta a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), onde estão indexados os bancos de dados nacionais e internacionais (MEDLINE, LILACS, SCOPUS, PUBLIMED, PSYCOINFO), utilizando os Descritores em Ciências da Saúde (DECS): esgotamento profissional; enfermagem; fatores estressantes. O operador booleano “AND”, foi utilizado para associação das palavras-chaves e utilizados os filtros de acordo com a disponibilidade, ano de publicação, língua e banco de dados. Como critérios de inclusão, os artigos que contemplaram a temática principal, que possuíam texto completo disponível em português, inglês ou espanhol, publicados no período de 2013 a 2019, pois este intervalo de datas nos proporciona encontrar dados atuais sobre a Síndrome de *Burnout* em enfermeiros. Foram excluídos deste levantamento, resumos de dissertações, artigos de revisão da literatura/reflexão, estudos não publicados em periódicos que não estão disponíveis online pelos mesmos motivos alegados no critério anterior, artigos que não estavam disponíveis na íntegra e direcionados as outras profissões da área da saúde.

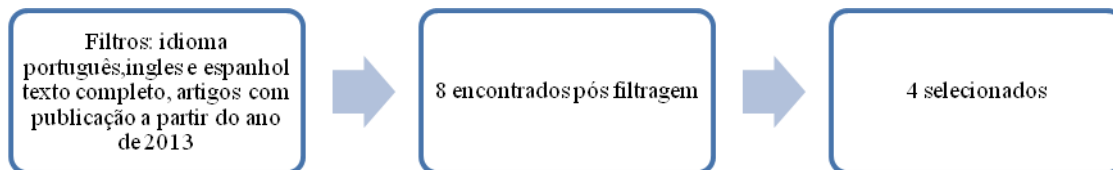
Inicialmente buscou-se estudos referentes ao descritor enfermagem AND fatores estressantes, sendo encontrados 56 estudos. Após a filtragem restaram 13. A partir disto foram selecionados 7 estudos para análise.



No cruzamento enfermagem AND esgotamento profissional foram encontrados 4.375 estudos. Após a filtragem restaram 940. A partir disto foram selecionados 52 estudos para análise.



No cruzamento enfermagem AND esgotamento profissional AND fatores estressantes foram encontrados 15 estudos. Após a filtragem restaram 8. A partir disto foram selecionados 4 estudos para análise.



Desses 961 estudos encontrados pós filtragem, foram pré selecionados 63 estudos. Através do levantamento dos mesmos, foi realizada uma leitura exploratória do material encontrado. Para concretizar essa análise foram realizadas releituras exaustivas seguidas de leituras criteriosas procurando identificar aspectos que se repetiam ou que geravam maior frequência das incidências que posteriormente, geraram temas e/ou categorias a serem representados.

Após realizada a leitura na íntegra dos 63 estudos, e a partir dos critérios de inclusão e exclusão, a amostra final correspondeu a 7 artigos. Para maior entendimento dos dados, foi construído um quadro apresentado nos resultados, contendo: ano de publicação, autor, periódicos, objetivo e principais resultados (Quadro 1).

### 3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

**Quadro 1** – Descrição dos estudos sobre as principais causas e consequências da Síndrome de Burnout, segundo o ano de publicação autoria, periódico, objetivo e os resultados.

Nº	ANO	AUTOR	PERÍODICO	OBJETIVO	RESULTADOS
1	2019	Santos et al.	Revista Online de Pesquisa	Descrever os fatores estressores para a equipe de enfermagem do setor de emergência de um hospital público	Os profissionais da equipe de enfermagem da Emergência estão expostos a fatores de riscos psicológicos, inclusive ao estresse ocupacional, devido à sobrecarga de trabalho, à demanda maior do que as condições assistenciais da equipe e ao número insuficiente de profissionais da enfermagem no setor.

2	2019	Silva et al.	Enferm. Foco	Conhecer a predisposição para a Síndrome de Burnout na equipe de Enfermagem do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)	A maioria dos profissionais apresenta nível baixo para exaustão emocional; nível moderado para despersonalização; e nível alto de reduzida realização profissional, evidenciando predisposição a Síndrome de Burnout.
3	2018	Sobral et al.	Rev Bras Med Trab.	Identificar os fatores de risco psicossociais e da organização do trabalho preditores de sofrimento mental, bem como estimar a prevalência da Síndrome de Burnout em uma população de profissionais de Enfermagem de um hospital público do interior do Estado de São Paulo	Os profissionais identificaram como Fatores Psicossociais de Risco no Trabalho - FPRT a alta demanda de trabalho; a ausência de autonomia na realização das suas funções laborais, evidenciada principalmente pelos protocolos rígidos a serem cumpridos; o excesso de burocracias; as pressões por produtividade; as condições indevidas de trabalho; as situações ergonômicas inadequadas; e a falta de equipamentos (ou ausência de manutenção).
4	2018	Moreno et al.	Rev Enferm UFPE on line	Identificar os riscos da Síndrome de <i>Burnout</i> e fatores de estresse em	Após a coleta de dados, organização e análise, foram elaboradas cinco categorias para a descrição e a compreensão dos



				enfermeiros nefrologistas.	resultados. 1) Esgotamento físico e emocional; 2) frustração; 3) tensão; 4) sobrecarga de trabalho desencadeando conflitos de funções e 5) convivência diária com situações críticas.
5	2018	Llapa-Rodriguez et al.	Rev enferm UERJ	Analisar os fatores de estresse em enfermeiros de um hospital universitário da cidade de Aracaju, Sergipe, Brasil.	43% dos itens analisados foram fontes de estresse ocupacional entre os profissionais de enfermagem, sendo o fator papéis estressores da carreira o responsável por maior influência ao estresse (54%). O local de trabalho foi a única variável que apresentou diferença significativa quando associada aos fatores analisados.
6	2016	Pinto et al.	Rev Enferm UFSM	Avaliar a percepção do estresse ocupacional nos membros da equipe de enfermagem em um Hospital Universitário do Nordeste do Brasil.	Emergiram as seguintes categorias: Estressores no cotidiano laboral com as subcategorias: Rotina de cuidados vivenciada pela equipe; A dificuldade na resolução de problemas excedentes e sobrecarga de trabalho vivenciada; e Familiares acompanhantes e a equipe de enfermagem: implicações para a assistência.

7	2013	Monte et al.	Acta Paul. Enferm	Avaliar o estresse no ambiente de trabalho dos profissionais enfermeiros dentro das Unidades de Terapia Intensiva e identificar os agentes estressores associados ao desencadeamento do estresse segundo a Escala Bianchi de Estresse.	Os enfermeiros apresentaram maiores índices de estresse nas atividades relacionadas a assistência prestada aos pacientes, atingindo (100%) no desgaste emocional no quesito: Atender as necessidades dos familiares.
---	------	--------------	-------------------	--	--

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

As pesquisas sobre a Síndrome de Burnout (SB) cresceram em complexidade à medida que se aprofundaram na identificação e avaliação de suas causas e determinantes.

Nesta revisão integrativa, analisamos 07 (sete) artigos que atenderam os objetivos e responderam à questão norteadora, esses apresentados no quadro sinóptico descrito acima. Dentre os artigos, 3 artigos falavam detalhadamente sobre a Síndrome de *Burnout* e a predisposição nas equipes de enfermagem e 4 artigos falavam sobre estresse, influenciando na qualidade de vida dos profissionais da saúde.

A partir desses dados, busca-se facilitar a compreensão e entender de forma sistemática como está sendo estudada a SB em enfermeiros.

Assim sendo, a SB destaca-se dentre as doenças ocupacionais desenvolvidas em qualquer atividade profissional, no entanto, a enfermagem está entre as profissões mais acometidas, pelo fato das próprias situações características inerentes à profissão. Considerando esta importância, o presente artigo procurou relacionar alguns estudos sobre *burnout* em enfermeiros e disponibilizar os achados ressaltando pontos pertinentes quanto à temática (SILVA et al., 2019).

O estudo de Sobral et al. (2018) fragmenta os fatores desencadeadores da SB em um determinado tipo de categorização, dentre essas categorias destacam-se a demanda excessiva de trabalho; a ausência de autonomia na realização das suas funções laborais, evidenciada principalmente pelos protocolos rígidos a serem cumpridos; o excesso de burocracias; as imposição por produtividade; as condições precárias de trabalho; e a falta de equipamentos (ou ausência de manutenção) como principais causas para o possível adoecimento dos profissionais enfermeiros.

A falta de materiais, ou de manutenção destes, nas unidades de saúde, principalmente públicas, não é considerado um problema atual, gerando consideráveis problemas para o cotidiano laboral. Atingindo sobretudo, a saúde do trabalhador desta área, pois o mesmo sente-se incapaz, desanimado, impotente, refletindo negativamente na qualidade da assistência prestada (SANTOS et al., 2019).

Somado a isso, um estudo realizado com enfermeiros atuantes na unidade de terapia intensiva, realizado por Monte et al. (2013), evidencia como fatores relevantes ao surgimento do esgotamento laboral, a constante rotina de óbitos, recorrentes situações de emergência, controle rígido de materiais utilizados e equipamentos, assistência às necessidades dos familiares, escassez de pessoal e material, ruído constante dos aparelhos, o sofrimento e angústia dos familiares e realização de tarefas com tempo mínimo disponível.

No que diz respeito ao prazo curto para realização das atividades assistenciais, Llapa-Rodriguez et al. (2018) corrobora com o mesmo pensamento, ressaltando, que o dispêndio mínimo de tempo para execução de ações de enfermagem, geram pressões psicológicas e, portanto, predis põem ao estresse ocupacional.

Um estudo realizado com enfermeiros nefrologistas identificou que o tempo é uma ferramenta escassa aos enfermeiros, que necessitam concluir diversas atividades em um curto período de tempo, afetando sem dúvida a qualidade dessa prática (MORENO et al., 2018).

Salienta-se que no quesito rotina de cuidados vivenciada pela equipe de enfermagem, um dos motivos mais estressantes e determinantes para o esgotamento laboral é a falta de estrutura física adequada e carência de materiais, as quais interferem diretamente na completude da assistência prestada ao paciente. Do mesmo modo, constata que a carência de insumos básicos nas instituições, torna o ambiente de trabalho insalubre, expondo o trabalhador a uma rotina de desgaste físico e emocional. Porém, no que diz respeito à sobrecarga de trabalho vivenciada, surge como potencial estressor o déficit no quantitativo de pessoal, pois quando ocorre de o número de trabalhadores ser insuficiente, ocorre conseqüentemente uma sobrecarga de trabalho aos que estão exercendo a assistência (PINTO et al., 2016).

A falta de materiais, ou de manutenção destes, nas unidades de saúde, principalmente públicas, não é considerado um problema atual, gerando consideráveis problemas para o cotidiano laboral. Atingindo sobretudo, a saúde do trabalhador desta área, pois o mesmo sente-se incapaz, desanimado, impotente, refletindo negativamente na qualidade da assistência prestada (SANTOS et al., 2019).

Somado a isso, um estudo realizado com enfermeiros atuantes na unidade de terapia intensiva, realizado por Monte et al. (2013), evidencia como fatores relevantes ao surgimento do esgotamento laboral, a constante rotina de óbitos, recorrentes situações de emergência, controle rígido de materiais utilizados e equipamentos, assistência às necessidades dos familiares, escassez de pessoal e material, ruído constante dos aparelhos, o sofrimento e angústia dos familiares e realização de tarefas com tempo mínimo disponível.

No que diz respeito ao prazo curto para realização das atividades assistenciais, Llapa-Rodriguez et al. (2018) corrobora com o mesmo pensamento, ressaltando, que o dispêndio mínimo de tempo para execução de ações de enfermagem, geram pressões psicológicas e, portanto, predispõem ao estresse ocupacional.

Um estudo realizado com enfermeiros nefrologistas identificou que o tempo é uma ferramenta escassa aos enfermeiros, que necessitam concluir diversas atividades em um curto período de tempo, afetando sem dúvida a qualidade dessa prática (MORENO et al., 2018).

Salienta-se que no quesito rotina de cuidados vivenciada pela equipe de enfermagem, um dos motivos mais estressantes e determinantes para o esgotamento laboral é a falta de estrutura física adequada e carência de materiais, as quais interferem diretamente na completude da assistência prestada ao paciente. Do mesmo modo, constata que a carência de insumos básicos nas instituições, torna o ambiente de trabalho insalubre, expondo o trabalhador a uma rotina de desgaste físico e emocional. Porém, no que diz respeito à sobrecarga de trabalho vivenciada, surge como potencial estressor o déficit no quantitativo de pessoal, pois quando ocorre de o número de trabalhadores ser insuficiente, ocorre consequentemente uma sobrecarga de trabalho aos que estão exercendo a assistência (PINTO et al., 2016).

Em sintonia com esse raciocínio, Santos et al. (2019) reforça a relevância sobre a equipe se preparar qualitativamente e quantitativamente para prestar o cuidado efetivo. Disto isto, é de suma importância que o dimensionamento de pessoal aconteça de acordo com o preconizado, devendo se basear nas características inerentes à instituição, ao serviço de enfermagem e à clientela, pois ao contrário disto, expõe estes profissionais a riscos.

As jornadas de trabalho, os turnos e o lazer influenciam diretamente no tocante à qualidade de vida dos enfermeiros que são prejudicados tanto no aspecto biológico e psicológico-emocional. Dentro dessa ótica, consideram-se fatores que comprometem a eficácia na execução de atividades assistenciais: a falta de recursos materiais, falta de recursos humanos, excesso de atividades diárias, demanda exorbitante de pacientes, condições físicas do hospital inadequadas para atender a toda a demanda e muitas vezes devido à deficiência na resolutividade da atenção básica, falta de reconhecimento profissional por parte dos pacientes e acompanhantes. Tais fatores destroem a autoestima do profissional, trazendo à tona um sentimento de menos valia, contribuindo para a exposição da equipe de enfermagem ao esgotamento (SANTOS et al., 2019).

Um estudo realizado com uma equipe de enfermagem do serviço de atendimento móvel de urgência, frisa que inúmeros fatores podem estar relacionados ao desenvolvimento da síndrome de *burnout* no SAMU, dentre eles estão o trânsito caótico da cidade, o trabalho em áreas de risco, e o complicado relacionamento com a população, colegas de trabalho e chefia. Bem como a pressão psicológica e a rapidez exigida no atendimento geram um ambiente de trabalho vulnerável ao desenvolvimento de patologias. O *burnout* é uma síndrome ocasionada por fatores biopsicossociais associados ao ambiente de trabalho, ligada à gestão organizacional dos serviços de trabalho (SILVA et al, 2019).

Outro fato importante é a remuneração financeira, esse pesa quanto aos compromissos sociais, uma vez que, para ser autossuficiente financeiramente, obriga o enfermeiro a ter no mínimo mais de um vínculo empregatício, então, compreende-se que a baixa remuneração, a realização de tarefas que fogem de suas respectivas responsabilidades, assim como a ausência de plano de cargos e carreiras, como fatores potencializadores do estresse ocupacional (MONTE et al., 2013).

Considerando as pesquisas, confirma-se que os profissionais estudados, em sua maioria, estão em fase inicial e/ ou possuem forte tendência de desenvolver burnout, uma vez que, este é uma resposta ao estado laboral em virtude do comportamento do ser humano e suas alterações negativas correlacionadas ao contexto de trabalho (SILVA et al., 2019).

Tais fatores se somam e afetam diretamente a saúde do profissional, em evidência os profissionais enfermeiros, em aspectos biopsicossociais, contribuindo para que a equipe de enfermagem esteja exposta a situações que propiciem o desencadeamento da Síndrome de Burnout. Nesse cenário, surge à necessidade de haver uma melhoria nas condições de trabalho para que estes profissionais possam prestar uma assistência de qualidade aos pacientes, sem causar qualquer dano a si mesmo (SANTOS et al., 2019).

Nesse sentido, é indubitavelmente necessário que a instituição zele pela organização do ambiente laboral, identificando os fatores estressores e desenvolvendo estratégias de enfrentamento em conjunto com os profissionais em questão, realizando ações que beneficiem a promoção da saúde do profissional em todos os aspectos (SOBRAL et al., 2018).

Para que o processo de trabalho ocorra efetivamente e de forma saudável, faz-se necessário a incorporação de ações que propiciem mitigar os efeitos estressores originados por fatores de risco analisados, tais como, consonância do quantitativo profissional, condições adequadas em estrutura física, materiais e equipamentos (ou manutenção destes), demanda de trabalho equilibrada, autonomia na realização de suas funções, distribuição adequada da escala de serviço, comunicação efetiva entre as equipes, educação continuada, e sobretudo, implementação de aperfeiçoamento nas ações de gerenciamento (LLAPA-RODRIGUEZ et al., 2018).

#### **4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O desenvolvimento do presente estudo possibilitou ressaltar a necessidade de maior investigação sobre os fatores que possibilitem o desencadeamento da Síndrome de Burnout em enfermeiros. A enfermagem manifestou-se como uma profissão de risco para o estresse ocupacional, devido as características inerentes a profissão, ao contato direto com os pacientes e seus familiares, responsabilidades rígidas com burocracias e protocolos, condições insalubres de trabalho, entre outros.

Devido a quantidade de fatores encontrados e consequências desastrosas que eles podem causar ao profissional enfermeiro, afetando sua vida em diversos aspectos, vê-se a necessidade de identificar causas em potencial para o desenvolvimento de estresse, e com isso, implementar efetivas melhorias na qualidade da assistência. É imprescindível investir em resolutividades que supram as necessidades da equipe, proporcionando um ambiente saudável e prazeroso de trabalho, e sobretudo, diminuir índices preocupantes à saúde, conseqüentemente garantindo uma prestação de serviço de excelência.

Percebe-se a necessidade de se aprofundar em tal temática, pois há uma grande quantidade de estudos empenhados em mostrar apenas as consequências que a Síndrome de Burnout traz para o profissional, muitas vezes deixando de lado as principais causas e fatores estimuladores da Síndrome, não se atentando ao fato de que se forem estudadas as causas, pode-se então pensar na prevenção..

## REFERÊNCIAS

- LARRE, M. C.; ABUD, A. C. F.; INAGAKI, A. D. M. A relação da síndrome de burnout com os profissionais de enfermagem: uma revisão integrativa. **Revista Nursing**, v, 21, n. 237, p. 2018-2023, 2018.
- LLAPA-RODRIGUEZ, E. O. et al. Estresse ocupacional em profissionais de enfermagem. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 26, 2018.
- MASLACH, C.; LEITER, M. Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry. **World Psychiatry**, v. 15, n. 2, 2016.
- MONTE, P. F. et al. Estresse dos profissionais enfermeiros que atuam na unidade de terapia intensiva. **Acta Paul Enferm.** v. 26, v. 5, p. 421-7, 2013.
- MORENO, J. K. et al. Síndrome de Burnout e fatores de estresse em enfermeiros nefrologistas. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, v. 12, n. 4, p. 865-71, 2018.
- MOURÃO, A. L. et al. Síndrome de Burnout no contexto da enfermagem. **Rev. baiana saúde pública**, v. 41, n. 1, p.131-143. 2017.
- OLIVEIRA, R. S. et al. Síndrome de Burnout: percepção do profissional de enfermagem. **Rev. Enferm profissional**, v. 1, n. 1. p. 185-93, 2014.
- OLIVEIRA, R. F.; LIMA, G. G.; VILELA, G. S. Incidência da Síndrome de Burnout nos Profissionais de Enfermagem: Uma Revisão Integrativa. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, V. 7, 2017.
- PEGO, F. P. L.; PEGO, D. R. Síndrome de Burnout. **Rev.Bras.Med. Trab**, v. 14. n. 2. p. 171-176. 2016.
- PINTO, P. C. M. et al. Estresse no cotidiano dos profissionais de enfermagem: reflexos da rotina laboral hospitalar. **Rev Enferm UFSM**, v. 6, n. 4, p. 548-558, 2016.
- SILVA, F. G. S. et al. Predisposição para Síndrome de Burnout na equipe de enfermagem do serviço de atendimento móvel de urgência. **Enferm. Foco**, v. 10, v. 1, p. 40-45, 2019.
- SANTOS, J. N. M. O. et al. Estresse Ocupacional: Exposição da Equipe de Enfermagem de uma Unidade de Emergência. **Rev Fund Care Online**, v. 11, n. esp., p. 455-463, 2019.
- SOBRAL, R. C. et al. Burnout e a organização do trabalho de enfermagem. **Rev Bras Med Trab**, v. 16, n. 1, p. 44-52, 2018.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Enstein**, v. 8, p. 102–106, 2010.

## CAPÍTULO 9

### GENOGRAMA ENQUANTO FERRAMENTA PARA ABORDAGEM À FAMÍLIA NUMA PERSPECTIVA MULTIPROFISSIONAL: EXPERIÊNCIA DE PROFISSIONAIS RESIDENTES

Amanda Maria Villas Bôas Ribeiro<sup>1</sup>  
Bruna Santos de Oliveira<sup>2</sup>  
Narla Denise Rodrigues Fernandes<sup>3</sup>  
Ângela Cristina Fagundes Góes<sup>4</sup>

#### INTRODUÇÃO

A Atenção Básica, primeiro nível de complexidade e porta de entrada preferencial ao sistema de saúde, tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para reorganização da atenção à saúde, segundo os preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2012).

O Programa Saúde da Família (PSF) foi instituído oficialmente em 1994 na tentativa de modificar o modelo assistencial de Atenção à Saúde com a incorporação de novas práticas, objetivando influenciar os determinantes sociais do processo saúde-enfermidade, buscar um controle social e participação popular (ESCOREL, 2007), e em 1996, o PSF passa, então, a ser considerado pelo Ministério da Saúde não mais um Programa, mas uma estratégia, sendo denominado Estratégia Saúde da Família (ESF).

A ESF busca uma nova dinâmica de atuação dos profissionais priorizando as ações de proteção e promoção da saúde, em que cada equipe de saúde da Família (EqSF) é responsável por uma determinada área de abrangência e quantitativo de famílias adscritas, sendo essencial ao seu processo de trabalho conhecer o contexto sócio-econômico-cultural das famílias, por meio do cadastramento e da identificação de suas características, além de determinantes sociais do processo saúde-doença.

A produção de trabalho em saúde neste âmbito é executada entre os trabalhadores e usuários, a partir de encontros que possibilitam a construção de respostas para seus problemas de saúde, tornando ambos, trabalhador e usuário, sujeitos ativos do processo de produção do cuidado. E para

<sup>1</sup> Enfermeira. Doutoranda no Instituto de Saúde Coletiva (ISC/UFBA). Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Feira de Santana-BA. Especialista em Saúde da Família pela Universidade do Estado da Bahia (UNEB).

<sup>2</sup> Farmacêutica. Especialista em Saúde da Família pela Universidade do Estado da Bahia (UNEB).

<sup>3</sup> Psicóloga. Mestranda no Instituto de Saúde Coletiva (ISC/UFBA). Especialista em Saúde da Família pela Universidade do Estado da Bahia (UNEB).

<sup>4</sup> Enfermeira. Mestre em Saúde da Família. Professora da Universidade do Estado da Bahia (UNEB).



isso, é essencial o vínculo, envolvimento e a co-participação (FARIA; ARAUJO, 2010), facilitando a identificação e o atendimento dos problemas de saúde da comunidade (BRASIL, 2010).

Para tanto, é preciso adotar uma concepção integral do processo saúde-doença na Atenção Básica, que implica a construção de sistemas de saúde orientados pelos princípios do SUS, articulados em rede, centrados no usuário e que respondam a todas as necessidades de saúde da população. E a atuação intersetorial é condição para que a Atenção Básica seja a base para todo o sistema de saúde, contemplando aspectos biológicos, psicológicos e sociais, incidindo sobre problemas coletivos nos diversos níveis de determinação dos processos saúde-enfermidade, promovendo a saúde (GIOVANELLA, 2009; SOUZA et al, 2010).

Os sistemas familiares constroem histórias, e nesse processo, algumas histórias permanecem e outras são abandonadas, para construir o contexto histórico intrínseco da família através das gerações. Quando a história da família está configurada em torno de um problema, ao selecionar partes da experiência que tenham sentido nesta narração, as pessoas vão incrementando a narrativa que mantém o significado problemático, perdurando por gerações. Acessar estas histórias que, com o passar do tempo, foram marginalizadas nas narrativas familiares, constitui um caminho para a elaboração de histórias alternativas que possam fazer sentido na experiência vivida pelas pessoas. (KRUGER, 2008).

Nesse sentido, são necessárias mudanças significativas das abordagens profissionais do indivíduo, sua família e comunidade, compreendendo o indivíduo em seu contexto familiar e valores sócio-culturais, diferentemente da atuação tradicional que possui uma tendência generalizante, fragmentada, descontextualizada e assistencialista (BRASIL, 2000).

No modelo biomédico hegemônico há atendimento individualizado, fragmentando, em que a abordagem acaba por privilegiar dados ligados diretamente à queixa atual, patologias, história clínica atual e pregressa, histórico familiar, dados epidemiológicos e endêmicos, condições físicas e habitacionais, entre outros, que, apesar da importância inquestionável, são insuficientes para uma abrangência maior na compreensão da complexidade do processo saúde-doença, que é preconizada na ESF (MUNIZ; EISENSTEIN, 2009).

Conforme aponta Brante *et al* (2016), a abordagem familiar na ESF assume papel crucial na garantia da atenção integral aos sujeitos em seus processos saúde-doença, pois, ao compreender os padrões das famílias atendidas, pode-se realizar intervenções condizentes com o contexto social em que estão inseridos.

Assim, os variados recursos de abordagem familiar utilizados podem ser úteis para criação de vínculos e adquirir conhecimento dessas famílias. Um desses dispositivos é o Genograma Familiar, representação gráfica da família, que mostra como uma família está estruturada: quem mora na mesma casa, as diversas configurações relacionais, financeiras, bem como patologias presentes nos componentes familiares.

Ou seja, o genograma é uma rica fonte sobre problemas clínicos que podem estar relacionado com o contexto familiar e sua evolução através do tempo. Assim, esta ferramenta pode auxiliar na busca por resolução de problemas que sofrem interferência não somente da patologia, mas de todo o contexto relacional que perdura entre gerações, facilitando o entendimento dos complexos processos de saúde-doença no contexto psicossocial, podendo também contribuir para o estabelecimento de estratégias terapêuticas, ampliando as ações de saúde. (PAVARINI, 2008; ROZEMBERG; MINAYO, 2001).

O Genograma pode ser compreendido, ainda, como “um método de coleta, armazenamento e processamento de informações sobre a família, onde é possível por meio da representação gráfica espacial de todos os seus membros, elaborar o diagrama de um grupo familiar”, com objetivo de avaliar a estrutura familiar e suas relações, na perspectiva da explicitação de riscos para desequilíbrio do processo saúde-doença, e propiciando fatores que contribuam para elaboração de planos terapêuticos eficientes (BRASIL, 2006, p.171).

Nesse sentido, o genograma é importante para avaliação familiar, fornecendo informações para planejamento do cuidado aos indivíduos e sua família, constituindo-se, então, em dispositivo de avaliação, planejamento dos cuidados à família, e intervenção (PAVARINI, 2013).

Este artigo tem por objetivo relatar a experiência de profissionais de saúde residentes no processo de construção multidisciplinar de um genograma familiar a fim de proporcionar uma abordagem integral às famílias no contexto da Atenção Básica.

## **METODOLOGIA:**

Trata-se de um relato descritivo com abordagem qualitativa da experiência de profissionais de saúde residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade do Estado da Bahia na construção de um genograma para avaliação de uma família acompanhada por uma equipe de Saúde da Família (EqSF) apoiada pelo Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF).

O cenário desta experiência ocorreu em um domicílio da área de abrangência da USF Humberto Castro de Lima, localizada no bairro de Pernambués, que tem a maior população da cidade de Salvador, pertencente ao Distrito Sanitário Cabula-Beirú.

A família foi selecionada considerando que a usuária índice apresenta um processo de adoecimento crônico, com autocuidado comprometido e suporte familiar inadequado, estando atrelado a isso fatores emocionais e relacionais que interferem no processo saúde-doença, requerendo mobilização dos profissionais de saúde para avaliação e intervenção em nível individual e familiar, a fim de alcançar a resolubilidade de conflitos e problemas de saúde de acordo seu contexto e histórico de vida.

Conforme ilustrado na figura 1, o genograma foi criado a partir da execução de momentos consecutivos de encontros no período de maio a julho de 2017. Inicialmente foi feita pelas autoras apropriação

teórica do instrumento a ser utilizado Para a aplicação desse instrumento, foram utilizadas literaturas que compreendiam o tema escolhido.

Inicialmente através de reuniões da equipe mínima com o NASF foram analisados aspectos das famílias, seus problemas e suas singularidades sendo detectados usuários em processo de adoecimento influenciado pela relações familiares e meio em que vivem. Nesse momento, foram selecionado os usuários referência para a construção do genograma.

As referidas reuniões são espaços essenciais para discussões entre NASF e equipe mínima permitindo a troca de saberes entre os profissionais, discussões de casos e encaminhamentos que envolvam maiores recursos no processo de cuidado.

No segundo momento, foi realizado o estudo e análise dos prontuários da usuária índice e sua família, registrando as informações básicas para um conhecimento prévio da família em questão e posterior marcação de visita domiciliar, através dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), para entendimento do contexto familiar e verificação dos laços afetivos e conflituosos que possam interferir na saúde da usuária.

A visita domiciliar facilita a ampliação do olhar do profissional de saúde para a família, proporcionando a observação do seu contexto de vida e conseqüente melhor análise dos aspectos sociais, culturais, psicológicos, espirituais e biológicos presentes. A anamnese foi realizada de forma individual e coletiva, através de questionamentos que resultaram em um conjunto de informações que nortearam os passos para a construção do genograma.

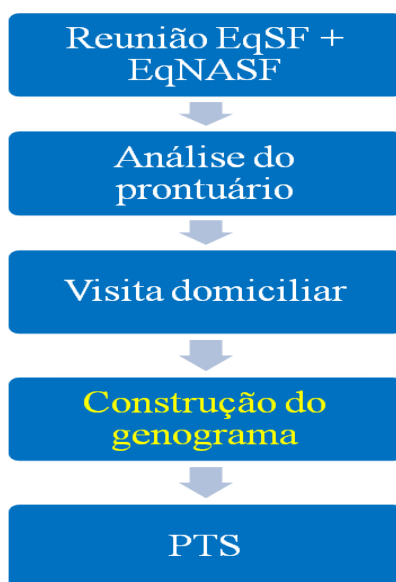


Figura 1: Fluxograma metodológico.

FONTE: Elaborado pelas autoras.

O genograma foi construído a partir da junção de dados oriundos do prontuário familiar e da visita domiciliar, com o auxílio de diversas literaturas para utilização de forma apropriada dos símbolos, linhas e dados relevantes para o caso.

Após análise dos dados obtidos considerados relevantes, os mesmos foram representados no genograma abrangendo três gerações familiares, o que melhor auxilia no entendimento do processo saúde-doença vivenciado pelos sujeitos e, particularmente pela usuária índice, com vista a construção de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS).

O PTS é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas numa perspectiva interdisciplinar e articuladas, focado em um sujeito individual ou coletivo, devendo ser resultado da discussão compartilhada entre os membros da equipe interdisciplinar, preferencialmente com o apoio matricial, onde são estabelecidos procedimentos de responsabilidade dos diversos profissionais envolvidos com vistas a intervenção em casos complexos. (SILVA et al, 2013; BRASIL, 2007)

Portanto, o PTS é uma estratégia multiprofissional que analisa vários aspectos do indivíduo através do olhar ampliado focado nas várias dimensões da pessoa. Logo, fortalece a interdisciplinaridade, possibilitando participação, reinserção e construção da autonomia para o usuário.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO:**

A ESF é potente dispositivo de mudança do modelo assistencial em saúde, tendo em vista sua atuação mais próxima à realidade dos indivíduos, valorizando a relação trabalhador-usuários, agindo sobre os determinantes sociais em saúde, objetivando a prevenção de agravos, promoção de saúde e reabilitação dos sujeitos.

A inserção do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde na ESF deve ajudar a transformar as práticas de saúde, que outrora, pelo próprio processo de trabalho se tornam rotineiras e sem a ampliação de novas possibilidades e potencialidades de cada sujeito inserido no contexto de cada família (LESSA, 2000). Pode-se dizer, então, que a Residência Multiprofissional, no âmbito da ESF, é compreendida como ferramenta de fortalecimento das ações cotidianas do processo de trabalho em saúde, buscando a integralidade da atenção, potencializando a articulação da equipe de saúde e ampliação do olhar sobre a população adscrita, a partir da relação teoria-prática (DOMINGOS; NUNES. CARVALHO, 2015).

A atuação em saúde, tendo como objeto as famílias, deve considerar suas especificidades, a singularidade dos sujeitos que a integram, o meio social, as crenças, os desejos, os medos, contradições e valores. E, apesar da potencialidade desta prática em promover avaliação e intervenção em famílias, é necessário criar um contexto de relacionamento, vínculo de confiança e parceria entre os profissionais de

saúde a as família assistidas, e sobretudo, criar espaço de cooperação para atender às necessidades de saúde de seus integrantes (SILVA; SILVA; BOUSSO,2011).

O genograma, enquanto instrumento de abordagem à família, possibilita a observação e análise das barreiras e padrões de comunicação entre as pessoas, explora aspectos emocionais e comportamentais no contexto familiar, além de ser considerada ferramenta de coleta de dados para uso terapêutico (NASCIMENTO; ROCHA; HAYES, 2005), auxiliando no planejamento dos cuidados em saúde, no projeto terapêutico singular (PTS).

A construção do genograma (figura 2) foi iniciada após a visita, previamente agendada, das profissionais residentes ao domicílio da família selecionada, acompanhadas pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS), dando a devida atenção ao respeito necessário a abordagens no território individual do sujeito, ou seja, no espaço denominado domicílio ou residência. Assim, no primeiro contato, tentou-se iniciar a criação de vínculos de confiança e parceria, para garantia da corresponsabilização no processo de cuidado implementado como intervenção terapêutica individual e coletiva.

Posteriormente, as informações foram sendo coletadas a partir de uma escuta empática e ativa com os membros da família, buscando conhecer a estruturação e histórico familiar, condições de saúde de cada indivíduo, os vínculos e qualidade das relações familiares, fatores de estresse familiar, fatores de riscos e adoecimentos dos membros da família, contexto sócio-econômico e cultural em que estão inseridos, condições de moradia e acesso aos serviços de saúde.

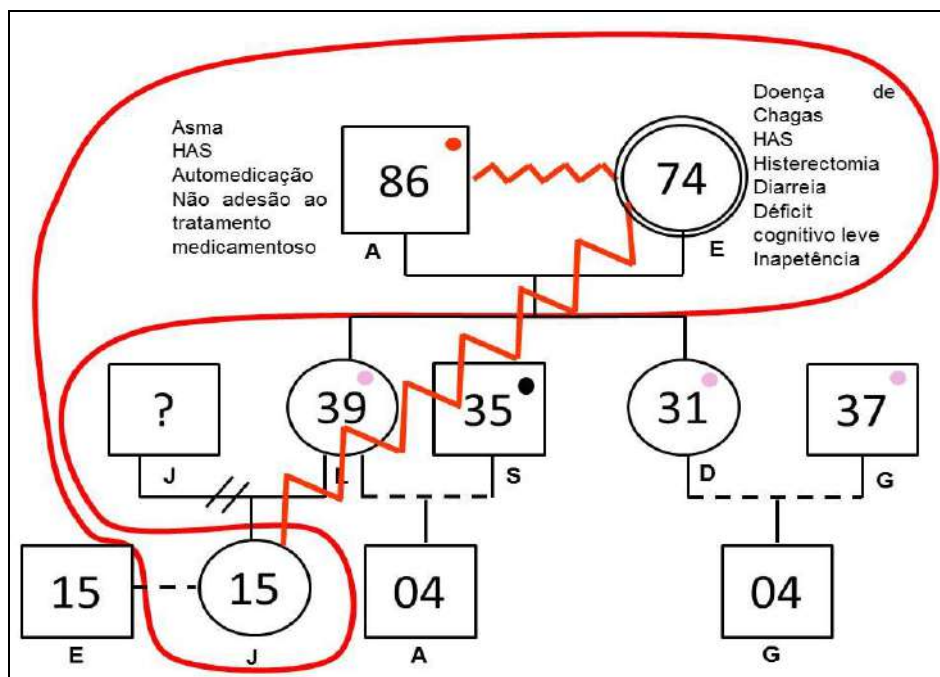


Fig. 2: Genograma Familiar  
 FONTE: Elaborado pelas autoras

A pessoa índice é uma senhora, denominada por **E**, que tem 74 anos de idade, histórico clínico de doença de Chagas, hipertensão arterial e déficit cognitivo leve, além de baixo peso. Reside com o esposo, **A**, que tem 86 anos de idade, histórico de asma brônquica, hipertensão arterial além de prática constante de automedicação e não adesão ao tratamento medicamentoso. O casal possui um relacionamento conflituoso, que interfere em seus cuidados cotidianos em saúde. Possuem duas filhas: **L**, com 39 anos, desempregada, que possui dois filhos **J**, com 15 anos e **A**, com 4 anos, fruto de um relacionamento estável com **S**; **D**, 31 anos, em relacionamento estável com **G**, com o qual possui um filho, **G** com 4 anos. O casal **E** e **A** possui renda familiar de um salário mínimo e encontram-se em situação de vulnerabilidade social. Residem no mesmo domicílio com a neta **J**, de 15 anos, com a qual **E** tem um relacionamento conflituoso, em virtude de seu relacionamento com **F**, adolescente também com 15 anos de idade.

Durante a visita domiciliar, foram identificados alguns problemas individuais e coletivos na família que podem estar interferindo negativamente na saúde de seus membros. A automedicação e não adesão à terapêutica medicamentosa, por exemplo, foi dialogada e abordada na família como um fator prejudicial aos cuidados e promoção da saúde do casal de idosos. Partimos dos conhecimentos prévios da família para mostrarmos a importância de ser acompanhado pelos profissionais da USF e seguir a terapêutica recomendada para prevenção de agravos.

Durante a visita domiciliar foi realizado uma abordagem inicial à adolescente, para criação de vínculo e sensibilizá-la para a necessidade de acompanhamento regular com profissional de saúde para esclarecimento de eventuais dúvidas e prevenção de agravos prevalentes na adolescência.

A partir do genograma elaborado pela profissionais residentes, o caso foi discutido em reunião conjunta da EqSF e EqNASF e residentes com vista à elaboração de uma proposta de projeto terapêutico singular.

Os resultados desta experiência apontam para a importância do uso do genograma, tendo em vista a possibilidade que ele traz para uma maior compreensão das questões relacionais e contextuais que interferem no processo de adoecimento da família e seus membros, ampliando as possibilidades de atenção integral à saúde da família em questão.

Portanto, a construção do genograma mostrou-se relevante para melhor visualização da estrutura e dinâmica familiar para os membros da equipe multidisciplinar, proporcionando uma maior amplitude de intervenções na família. O uso dessa ferramenta (genograma) é geradora de aproximação e abordagem qualificada do usuário índice e seus familiares por parte da equipe multiprofissional, proporcionando conhecimento contextualizado de seu cotidiano, crenças, valores, relações e práticas comportamentais.

Outro fator importante, com a inserção de residentes nas equipes de saúde da família, é a reorganização das práticas profissionais e estímulo às novidades, pois ao utilizar uma ferramenta como a do genograma, pode-se fazer um levantamento dos problemas e intervenções em equipe e traçar objetivos, de

forma compartilhada, de modo que todas as ações possam ter coesão e não somente serem realizadas de forma segregada, dando a possibilidade de transversalizar o cuidado de forma abrangente, numa perspectiva sistêmica e holística (LESSA, 2000)

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Este relato de experiência descreveu o processo de construção de um genograma familiar, desenvolvido por profissionais de saúde residentes de um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, desenvolvido no contexto da Estratégia de Saúde da Família.

Essa experiência possibilitou a reflexão-ação dos residentes e profissionais que compõem a EqSF e EqNasf quanto à importância do genograma no contexto do planejamento, intervenção e avaliação dos cuidados em saúde. Sendo assim, a partir da elaboração do genograma aliado a visita domiciliar foi possível identificar problemas para a elaboração de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) em conjunto com as referidas equipes de saúde aumentando a possibilidade de construção de ações de promoção de saúde e prevenção de doenças mais resolutivas para os problemas que afetam as famílias assistidas no contexto da Atenção Primária.

O estudo das diversas relações familiares, a partir do genograma possibilitou que as equipes de saúde da família tenham uma visão mais realista e ampla das relações familiares que se repetem em um processo intergeracional que tem grande repercussão no processo saúde-doença. É fundamental a compreensão do início das doenças em pacientes que apresentam alguma comorbidade, pois sua evolução e análise ao longo do tempo, permite tomar condutas que possibilitem a prevenção de doenças.

O genograma tem diversas aplicações e pode ser utilizado como sistema de registro, integrando dados da esfera biológica, psicológica e social; como instrumento de relação com o paciente; para a detecção de fatores de risco; para a detecção de problemas psicossociais; para a identificação da rede de apoio; para a identificação de famílias disfuncionais e também como ferramenta para o ensino e a pesquisa.

Além das aplicações no campo profissional, o genograma ajuda os componentes da família a enxergar-se como parte de um todo e a compreender que esse todo, que é a família, a qual tem participação ativa na determinação do processo saúde-doença de seus membros.

Para a equipe o uso do genograma permite ao profissional de saúde criar um vínculo com a família, pois, ao dar atenção, facilita ser aceito para investigar e intervir, obtendo a satisfação não só da população atendida, como também da equipe que executa a proposta, tendo mais aceitabilidade e compartilhando os mesmos processos de cuidado.

## REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. **A implantação da Unidade de Saúde da Família**. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: DF: Ministério da Saúde, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2012.
- BRANTE, A.R.S.D., et al. Abordagem Familiar: aplicação de ferramentas a uma família do município de Montes Claros/MG. **Rev Bras Med Fam Comunidade**. Rio de Janeiro, v.11, n. 38, p. 1-9, Jan-Dez, 2016
- BRASIL. Ministério da Saúde. Clínica ampliada, Equipe de referência e projeto terapêutico singular. 2 ed. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2007
- DOMINGOS, C.M.; NUNES, E.F.P.A. Potencialidades da Residência Multiprofissional em Saúde da Família: o olhar do trabalhador de saúde. **Interface – Comunicação, saúde, educação**. v.19, n.55, p. 1221-1232.
- ESCOREL, S.; et al. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo de atenção Básica no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, v. 2, n. 21, p. 164-176, 2007.
- FARIA, H.X.; ARAUJO, M. D. Uma perspectiva de análise sobre o processo de trabalho em saúde: produção do cuidado e produção de sujeitos. **Saúde Soc**. São Paulo, v. 19, n. 2, p. 429-439, 2010.
- GIOVANELLA, L. et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva [online]**. v.14, n.3, p.783-794,2009.
- KRUGER, L. L.; WERLANG, B. S. G. O genograma como recurso no espaço conversacional terapêutico. **Aval. psicol.**, Porto Alegre , v. 7, n. 3, p. 415-426, dez. 2008 .
- LESSA, G. M.. Residência multiprofissional como experiência de atuação interdisciplinar na assistência à saúde da família. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 53, n. esp, p. 107-110, Dec. 2000 .
- MUNIZ, J.R.; EISENSTEIN,E. Genograma: informações sobre família na (in)formação médica. **Revista brasileira de educação médica**. v.33, n.1, p. 72 -79, 2009.
- NASCIMENTO, L.C.; ROCHA,S.M.M.;HAYES,V.E. Contribuições do genograma e do ecomapa para o estudo de famílias em enfermagem pediátrica. **Texto Contexto Enferm**. v.14, n.2, p. 280-6. Abr-Jun, 2005.
- PAVARINI, S.C.I, et al. Genograma: avaliando a estrutura familiar de idosos de uma unidade de saúde da família. **Revista Eletrônica de Enfermagem [Internet]**. v.10, n.1, p.39-50. 2008.
- ROZEMBERG, B. ; MINAYO, M. C. de S. A experiência complexa e os olhares reducionistas. **Ciênc. saúde coletiva [online]**. 2001, v.6, n.1, p.115-123.
- SILVA, M.C.L.S.R; SILVA, L.; BOUSSO, R.S. A abordagem à família na Estratégia Saúde da Família: uma revisão integrativa da literatura. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.45, n.5, p.1250-1255, 2011.
- SILVA, E. P. da et al. Projeto Terapêutico Singular como Estratégia de Prática da Multiprofissionalidade nas Ações de Saúde. **R bras ci Saúde**, v. 17, n.2, 2013, p. 197-202.



## CAPÍTULO 10

## REFLEXÕES COTIDIANAS ACERCA DO PROCESSO DE TRABALHO DO NASF EM UM MUNICÍPIO DA BAHIA

Sabrina Nogueira Brito<sup>1</sup>  
Felipe do Carmo de Carvalho<sup>2</sup>  
Aleciane Rocha de Oliveira<sup>3</sup>

## RESUMO

**Objetivo:** Relatar as vivências e reflexões cotidianas acerca do processo de trabalho do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) em um município da Bahia. **Método:** O relato é caracterizado por reflexões particulares de observações cotidianas vivenciadas por profissionais da fisioterapia e da educação física, enquanto residentes de um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, durante o período de março de 2016 a julho de 2017. **Resultados e Discussão:** O NASF foi criado com o objetivo de ampliar a resolutividade, o escopo das ações e a abrangência da Atenção Básica sob a perspectiva técnico-pedagógica e clínico-assistencial, na lógica da clínica ampliada por meio do apoio matricial. Todavia, a predominância de currículos voltados para o mercado neoliberal intensifica a reprodução de trabalhadores que perpetuam o modelo de saúde biologicista foi identificado como barreira para o processo de trabalho voltado para produção do cuidado. Na práxis identificamos como importantes ferramentas as atividades coletivas, consultas individuais, interconsultas, articulação de rede, atenção domiciliar, controle social, entre outras. As ações desenvolvidas através de tais ferramentas foram percebidas como valiosas contribuições voltadas para a produção de um cuidado continuado e longitudinal, na perspectiva da integralidade direcionadas aos usuários daquele território. **Considerações finais:** Mesmo diante do notório desmonte que vem acontecendo com o NASF desde a sua criação, a exemplo do recente corte de financiamento, o vemos como importante estratégia de cuidado para atender os princípios e diretrizes do SUS. O processo de trabalho é dinâmico e desafiador, constante no movimento de reforma sanitária, necessitando ter a sua fomentação na formação básica do profissional de saúde, visto que este é essencial para a promoção da saúde integral da população.

**Palavras-chave:** Núcleo de Apoio à Saúde da Família; Processo de Trabalho; Atenção Primária; Cuidado Integral.

<sup>1</sup> Fisioterapeuta. Especialista em Saúde da Família. Professora da Faculdade Metropolitana de Camaçari.

<sup>2</sup> Professor de Educação Física. Especialista em Saúde da Família. Residente em Saúde Mental pela Universidade Federal de Sergipe.

<sup>3</sup> Professora de Educação Física. Especialista em Saúde da Família. Professora Municipal de Feira de Santana.

## INTRODUÇÃO

Tendo em vista a reorganização da Atenção Básica e a reorientação do modelo assistencial, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) foi criada visando ampliar o acesso às ações de prevenção e promoção à saúde, constituindo-se como a “porta de entrada” do Sistema Único de Saúde (SUS). O processo de trabalho das equipes de Saúde da Família (eqSF) é centrado no território-família-comunidade, sendo seu objeto de intervenção a família e seus aspectos sociais (VASCONCELOS, 2011).

Com o objetivo de ampliar a oferta de saúde na rede de serviços, além de aumentar a resolutividade e a efetividade da Atenção Básica, o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) foi criado em 2008 para atuar de forma integrada com as eqSF. Este se configura como uma equipe de apoio especializado formado por diferentes profissões que desenvolve o apoio clínico-assistencial e técnico-pedagógico direcionado às equipes de referência apoiadas e aos usuários do SUS. O NASF junto as eqSF, desenvolvem estratégias de prevenção e/ou controle de doenças e agravos que contribuem para o desenvolvimento de abordagens multisetoriais e integrais direcionada ao cuidado da população (BRASIL, 2012).

Os Programas de Residência em Saúde são ações estratégicas para a reorientação da formação em saúde no Brasil, e têm como foco a atuação no SUS, cujo modelo de atenção à saúde é orientado pelos princípios da universalidade, da integralidade e da equidade (SILVA, 2016). Contudo, tanto a formação quanto atuação dos profissionais da saúde no Brasil são historicamente orientadas por um modelo biomédico. No campo da formação, a organização curricular prioriza a transmissão de conhecimentos, de forma hierarquizada e verticalizada. No campo da atuação profissional, ignora-se os contextos socioeconômicos dos usuários do SUS, numa visão corpo-objeto (CARVALHO, 2012).

Considerando-se a necessidade da ampliação do escopo de produções acadêmicas no âmbito da educação física e da fisioterapia voltadas à saúde coletiva, e tendo em vista a importância da problematização dos déficits encontrados na formação profissional, objetivou-se relatar as vivências e reflexões cotidianas acerca do processo de trabalho do Núcleo de Apoio à Saúde da Família em um município da Bahia.

## METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência caracterizado por reflexões particulares de observações cotidianas vivenciadas por três profissionais da fisioterapia e da educação física, enquanto residentes de um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família.

O relato abrange o período de um ano e três meses – entre março de 2016 a junho de 2017 – com foco nas atividades desenvolvidas na Atenção Primária à Saúde (APS) de um município da região metropolitana de Salvador, sendo a quarta cidade mais populosa da Bahia. Esta abriga o primeiro complexo

petroquímico planejado do país e o maior complexo industrial integrado do hemisfério sul, possui forte vocação petroquímica e automobilística e se destaca como principal fonte de geração de emprego e renda para o município e região. Trata-se de um dos mais ricos municípios do nordeste brasileiro, com PIB per capita em de R\$71.012,33 (BANDEIRA, 2018).

Fora aqui incluídas as ações realizadas no contexto do NASF nas seguintes Unidades de Saúde da Família (USF): Programa Habitacional Organizado de Camaçari - Centro de Atenção Integral à Criança (PHOC CAIC), Programa Habitacional Organizado de Camaçari III (PHOC III), Piaçaveira e Parque das Mangabas e Nova Aliança. As atividades ocorriam em turno integral de 60 horas semanais de acordo com o regimento dos Programas de Residências Médicas e Multiprofissionais.

## RESULTADOS

Adentramos no NASF sem saber exatamente sobre seu funcionamento e sobre o processo de trabalho no seu modelo de atenção à saúde baseado na clínica ampliada. Tal modelo evita privilegiar alguma matriz do conhecimento disciplinar para construir sínteses singulares que tensionam os limites de cada matriz disciplinar.

Os Cadernos de Atenção Básica de números 27 e 39 trazem em seus conteúdos os princípios, as diretrizes gerais, o processo de trabalho e as ferramentas tecnológicas para serem aplicadas no NASF e na APS como um todo. Citamos aqui como exemplos a construção de Projeto Terapêutico Singular (PTS), Ecomapa, Genograma, Atendimento Individual e Compartilhado, Interconsulta, Atendimento Domiciliar e Atividades Coletivas. Porém, tais diretrizes não se faziam suficientemente claras no caso específico da atenção no campo da Educação Física e da Fisioterapia. Para a Nutrição, por exemplo, existem Cadernos específicos que contribuem para a orientação desse profissional para desenvolver ações na APS. Facilitando assim a compreensão da atuação do mesmo.

Atividades coletivas são instrumentos que fazem parte da produção do cuidado na APS, portanto constitui parte da agenda padrão dos profissionais de saúde. Podendo ser desenvolvida de várias maneiras. Assim, o trabalho em grupo, deve abarcar características que propiciam socialização, integração, apoio psíquico, trocas de experiências e de saberes e construção de projetos coletivos, ou seja, muito além de se enquadrar somente como uma forma de conter a demanda nos serviços de saúde. (BRASIL, 2014).

Muito embora seja um elemento que compõe a agenda de todos os profissionais, percebemos que por vezes é deixada de lado por boa parte deles, em sua maioria dele, reflexo de uma formação biologicista, com foco na assistência. Outro aspecto que podemos relacionar a isso é a formação cultural da sociedade em geral de compreender que o cuidado tem relação direta com o procedimento medicamentoso.

Nessa perspectiva, na USF PHOC III desenvolvíamos algumas atividades coletivas, como por exemplo, os atendimentos coletivos do Hiperdia. O núcleo de Educação Física estava envolvido tanto na parte

de planejamento quanto na parte de execução. O processo era dividido em: rodas de conversas, que tratava sobre diversos temas relacionados com o cuidado em saúde; triagem: aferição de pressão arterial, medição da glicemia, coleta das medidas antropométricas. Por fim, renovávamos as receitas e tentávamos construir uma linha de cuidado longitudinal para os usuários, de forma interna, através da inserção nos grupos da USF e externa, encaminhando para outros serviços de saúde no município.

Outras atividades coletivas que aconteciam nessa USF eram os grupos “Mais Saúde”, o “Lian Gong”, o “meditação e relaxamento”, além do grupo de mulheres e de tabagismo. O primeiro tinha o formato de um grupo de convivência, sendo um importante aliado na construção de vínculos entre profissionais e usuários. O segundo e o terceiro trabalhavam com exercícios e meditação. Esses dois grupos, segundo relato dos próprios usuários, possibilitavam diminuir o sofrimento mental, o isolamento social, e até para amenizar dores crônicas. O quarto abordava temas sobre a violência contra mulher, o empoderamento feminino, a relação com os contraceptivos, saúde mental entre outros temas. E por fim, o último grupo tinha como objetivo reduzir os danos referentes à saúde entre os fumantes e, até mesmo, influenciar na parada definitiva do vício.

Na USF Piaçaveira os professores de educação física em conjunto com os fisioterapeutas criaram o “Grupo de Coluna” com o objetivo de ofertar tratamento para dores nessa região. Contudo, no momento da avaliação, os usuários relatavam dores em quase todo o corpo, exigindo uma reformulação do escopo das atividades. Assim, o grupo ganhou um novo formato, passando a desenvolver atividades relacionadas com a reabilitação, promoção e prevenção. Nessa mesma USF éramos responsáveis também por um grupo de convivência que tinha como objetivo ofertar para os usuários a vivência de algumas práticas corporais com o intuito de contribuir significativamente para a oferta da produção do cuidado em saúde.

Enquanto que na USF de Mangabas, desenvolvíamos um grupo denominado “Arte de Viver” que tinha como objetivo construir com os usuários a produção do cuidado a partir das práticas corporais e da educação e saúde. No decorrer do processo fomos constatando o quanto esse grupo era importante para o território, pois por ser uma área mais distante, com característica rural, as ofertas de cuidado eram limitadas à USF e à uma associação no Bairro. Dessa forma, o grupo era uma das possibilidades de construção e do fortalecimento do vínculo com os usuários adscritos, o que contribuía para um apoio mútuo e estímulo a uma vida comunitária.

Na USF PHOC CAIC, conseguimos implantar um grupo de gestantes, objetivando construir de forma multi e interdisciplinar o processo de cuidado desse público. Além disso, desenvolvemos também o grupo “Enfrentamento da dor” a fim de ofertar e discutir estratégias de manejo voltadas para pacientes com dores crônicas. Por fim, fizemos parte da construção do atendimento coletivo do Hiperdia, que objetivava criar uma linha de cuidado longitudinal dos usuários. Esse atendimento se constituía através de: rodas de conversas; triagem (aferição de pressão arterial, medição da glicemia, coleta das medidas antropométricas) e renovação de receitas.

Na USF Nova Aliança, além de também acontecer o atendimento coletivo do Hiperdia, implantamos o Grupo de Práticas Corporais, cujo o objetivo central era reduzir os riscos de desenvolver doenças cardiovasculares causadas pela hipertensão e diabetes. Atividades diversas envolvendo práticas corporais eram realizadas duas vezes por semana com o grupo.

Todos esses grupos descritos acima se constituíam enquanto espaços riquíssimos para a construção do cuidado. Além de promover uma valiosa troca de experiências entre os profissionais, constituindo-se como um “matriciamento em ato”, podendo contribuir significativamente para a construção e o desenvolvimento da clínica ampliada.

Outra atividade que perpassou por todas as Unidades foi o acolhimento, a qual fazia parte da nossa agenda semanal. Constituía-se em acolher os usuários, com uma escuta qualificada objetivando a resolução das suas demandas. Pode-se perceber ao longo do processo o quão significativo para a nossa formação foi o desenvolvimento dessa atividade, pois por ser uma atividade de campo e ao mesmo tempo nuclear requeria um deslocamento, o que gerava uma discussão de casos em ato, proporcionando a ampliação da clínica de todos os profissionais.

Em síntese, a participação do planejamento e execução dessas atividades coletivas descritas acima se mostrou de suma importância para nossa formação profissional, pois nos proporcionou apreender competências como a de planejar e executar as atividades em equipe; além de perceber o quão fundamental é construir uma rede em saúde forte a fim de proporcionar o cuidado ao usuário; a importância do cuidado longitudinal com ofertas de atividades coletivas internas e externas para aos usuários e o quanto que as atividades coletivas são importantes ferramentas na construção de vínculos e por fim, a ampliação da clínica proporcionada pela discussão dos casos e do matriciamento.

Nessa perspectiva, outra atividade importante vivenciada foram as reuniões. As quais se constituem enquanto espaços de ocorrência com certa periodicidade, objetivando uma articulação e planejamento do processo de trabalho. Envolvendo as discussões e encaminhamentos pertinentes ao contexto do território, usuários, e aos profissionais de saúde. (BRASIL, 2014). Assim, a agenda do NASF, além de tantas outras atividades, também precisava encontrar espaço para as reuniões, as quais eram constituídas por, por exemplo, reuniões com as eqSF, de matriciamento, de comunidade, colegiado gestor e de Unidade.

Essas reuniões, cada uma com uma intenção, se constituíam enquanto espaços de disputa de consciência dos atores envolvidos no processo de trabalho, exemplo disso eram as reuniões de equipe e de Unidade. Já as reuniões de matriciamento, envolviam a troca de saberes entre os profissionais, seja a partir de uma discussão de caso, podendo gerar um PTS, bem como outras discussões. Existiam também as reuniões do colegiado gestor, composta por representantes de cada categoria profissional, com o intuito de pensar estratégias de resoluções de problemas do cotidiano do trabalho nas USF. Por fim, as reuniões de

comunidade, espaço muito significativo em relação à avaliação do processo de trabalho da eqSF, podendo contribuir para o planejamento/direcionamento da construção do projeto ESF.

Esse processo se fez fundamental para nossa formação profissional por entendermos que para a construção de um modelo de saúde integral é preciso disputar e defender esse projeto frente aos usuários e até mesmos com os colegas profissionais, visto que a construção do cuidado no SUS é feito por diversos atores. Assim, as reuniões foram locais em que discutíamos, planejávamos e avaliávamos as ações a serem desenvolvidas buscando uma síntese mais qualificada do processo de trabalho.

Uma importante ferramenta que perpassa por todo processo de trabalho é o controle social. A participação social na área da saúde foi institucionalizada pela Lei 8.142/90, através das Conferências que têm como objetivo avaliar e propor diretrizes para a política de saúde nas três esferas de governo, bem como também através dos Conselhos, que são instâncias colegiadas de caráter permanente e deliberativo, com participação dos usuários, assim como outros segmentos (gestores públicos e trabalhadores da saúde). (CORREA, 2006).

Para tanto, compreende-se que nos serviços de saúde há uma multiplicidade de redes operando em conexões entre si, em diversas direções e sentidos, construindo linhas de produção do cuidado. Desenhando uma cartografia do trabalho vivo, a qual é constituída por meio de muitas linhas em conexão, que se abrem em múltiplas direções. Consolidando uma extraordinária característica, caótica, revolucionária, potencialmente instituinte. (FRANCO, 2003).

Para fins didáticos, divide-se sistematicamente a rede em três níveis de organização. Primeiro sobre a imanência das redes no processo de trabalho em saúde, ou seja, as redes são constitutivas dos sistemas produtivos, nesse sentido, permeiam quaisquer tipos de trabalho em saúde. Enquanto que a segunda questão refere-se ao caráter rizomático das redes que se constituem no interior dos serviços de saúde, em especial na micropolítica dos processos de trabalho. Nessa perspectiva, são as múltiplas conexões feitas no trabalho vivo em ato. Por fim, a terceira e última questão diz respeito ao caráter auto-analítico e autogestionário presente na rede que opera na micropolítica dos processos de trabalho, ou seja, corresponde ao modo como o profissional vai gerir a gestão do cuidado. Leva-se em consideração a sua implicação com o processo de trabalho, bem como sua avaliação quanto às questões sócio- históricas do mundo. (FRANCO, 2006).

Nessa perspectiva, os residentes do NASF se articularam mediante reuniões periódicas, tendo como encaminhamento as visitas e preenchimento de uma ficha, contendo alguns dados a serem coletados de cada serviço da rede. Logo depois foi feito o compilado do material e distribuído entre as equipes das USF da residência com o objetivo de estreitar o vínculo e a comunicação entre os diversos serviços da rede com as USF para qualificar o encaminhamento e monitoramento do usuário na rede de oferta de serviços no município. Assim, com esse trabalho dos NASF, os demais profissionais de saúde da residência passaram a

conhecer os diversos pontos na rede do município, contribuindo diretamente para construção da linha de cuidado dos indivíduos dentro do sistema de saúde.

Durante esse processo pudemos observar as falhas e potencialidades da articulação da rede de saúde da cidade e o quão forte essas questões implicam na produção do cuidado dos usuários. Os pontos de fragilidade na rede influenciavam diretamente no processo de trabalho nas USF, visto que por vezes, a continuidade do cuidado ao usuário era quebrada devido à falta do compartilhamento da responsabilidade com outros pontos de atenção. Nesse processo foi possível perceber o quanto que produzir cuidado de forma qualificada depende de outros atores envolvidos no processo, desde o próprio usuário como corresponsável pelo seu cuidado, incluindo aqui também seu núcleo familiar, até a forma como os outros serviços na rede recebem, compartilham e dividem a responsabilidade com a equipe de referência desse indivíduo.

Quanto às atividades voltadas ao atendimento clínico aos indivíduos, participávamos de visitas domiciliares e de interconsultas com outros profissionais. Como profissionais que atuam diretamente com o corpo e com o movimento, conseguimos perceber uma ampliação desse olhar. A partir dessas vivências começamos a entender que os aspectos biológicos e fisiológicos são importantes sim, mas que não podem ser vistos de forma fragmentada, pois não se deve negar aspectos importantes específicos de cada sujeito, como por exemplo, condições sociais de saúde e sua história de vida. Nessa perspectiva, defendemos que os atendimentos clínicos devem se debruçar também na avaliação e compreensão das questões biopsicossociais do sujeito, levando em consideração seu contexto sócio-histórico, e dessa forma intervir enquanto núcleo por meio dos elementos da cultura corporal humana e da orientação dos exercícios físicos, com o intuito de proporcionar uma integralidade do cuidado em saúde.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Nesse período na Estratégia de Saúde da Família, enquanto residentes, podemos perceber o quanto a residência contribuiu significativamente para nossa formação. Foi possível a ampliação do nosso olhar frente à atuação da educação física e da fisioterapia na APS relacionado com a compreensão sobre os aspectos biológicos e das condições da vida social, que se complementam, dos usuários, não podendo ser priorizado um em detrimento do outro.

Com os avanços das políticas neoliberais, o SUS vem sofrendo um desmonte notório. Os espaços de formação estão cada vez mais em risco, a escola pública, as universidades estaduais e federais e principalmente os programas extra muro universitário como as Residências. Podemos ver isso de forma bem clara com a reforma do ensino médio, o congelamento dos investimentos em saúde e educação por vinte anos, o sucateamento das universidades estaduais, o aumento de investimento nas faculdades particulares, a venda

de planos de saúde “acessíveis”, falta de concursos para a saúde, a reforma trabalhista e a terceirização de vários serviços.

Tais acontecimentos vêm atingindo de forma sutil toda a população. Começamos a observar a redução dos números de bolsas para residência, principalmente da equipe multiprofissional. Percebemos que ainda há supervalorização da categoria médica em detrimento das demais classes profissionais da saúde por conta da visão medicalizada e biologicista predominante na sociedade. O NASF é uma política em risco, mesmo sendo algo totalmente revolucionário, e mesmo diante do notório desmonte que vem acontecendo com o desde a sua criação, a exemplo do recente corte de financiamento, o vemos como importante estratégia de cuidado para atender os princípios e diretrizes do SUS. O processo de trabalho é dinâmico e desafiador, constante no movimento de reforma sanitária, necessitando ter a sua fomentação na formação básica do profissional de saúde, visto que este é essencial para a promoção da saúde integral da população.

## REFERÊNCIAS

BANDEIRA, Aline Alves; ESQUERRE, Karla Rodríguez; BORGES, Roxana Brasileiro. A regulamentação sobre o tratamento e a disposição final de efluentes industriais: avaliação do gerenciamento de efluentes no Polo Industrial de Camaçari, estado da Bahia. **Revista Direito Ambiental e sociedade**, v. 8, n. 2, p. 121-148, 2018.

BRASIL. Cadernos de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde. 2014.

BRASIL. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde. 2012.

CARVALHO, Y M de. GOMES, I M. FRAGA, A B. Políticas de formação em Educação Física e Saúde Coletiva. **Trabalho, Educação e Saúde**. Rio de Janeiro, v.10, n.3, p. 367-386, nov. 2012.

FRANCO, T. B. Fluxograma descritor e projetos terapêuticos para análise de serviços de saúde, em apoio ao planejamento: o caso de Luz (MG). **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2003.

\_\_\_\_\_, T.B.; As Redes na Micropolítica do Processo de Trabalho em Saúde, in Pinheiro R. e Mattos R.A. (Orgs.), **Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**; Rio de Janeiro, CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO, 2006.

SILVA, Cristiane Trivisoli da et al. Residência multiprofissional como espaço intercessor para a educação permanente em saúde. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 25, n. 1, 2016.

VASCONCELOS, K. E. L.; CARNEIRO, T. S. Saúde da família em foco: uma análise da realidade de Campina Grande, PB. **Seguridade social e saúde: tendências e desafios (2. ed.)**. Campina Grande, PB: EDUEPB, 2011.



## **SOBRE A ORGANIZADORA**

### **AMANDA MARIA VILLAS BÔAS RIBEIRO**

Doutoranda no Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Mestra em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS). Especialista em Saúde da Família pela Universidade do Estado da Bahia (UNEB). Especialista em Educação, contemporaneidade e novas tecnologias pela Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF). Bacharel em Enfermagem pela Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS).

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2539194612823650>

E-mail: [amanda\\_marias@yahoo.com.br](mailto:amanda_marias@yahoo.com.br)

## ÍNDICE REMISSIVO

### A

acolhimento, 9, 10, 13, 17, 36, 53, 67, 116  
amostra, 44, 49, 51, 53, 67, 70, 77, 84, 91, 94  
ansiedade, 15, 44, 45, 50, 51, 52, 53, 54, 60, 61, 92  
atenção, 10, 9, 12, 17, 18, 19, 20, 24, 25, 32, 33, 37, 42, 49, 53,  
57, 59, 66, 71, 72, 73, 75, 79, 80, 84, 87, 89, 99, 103, 104,  
107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 118  
Atenção Básica, 25, 27, 30, 42, 54, 66, 103, 104, 105, 111, 112,  
113, 114, 119  
Atenção Primária à Saúde, 10, 19, 20, 113  
**ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**, 11, 19, 28

### B

biológicos, 55, 104, 106, 118  
**Burnout**, 91, 92, 93, 94, 95, 97, 100, 101  
**BURNOUT**, 12, 91

### C

cidadania, 19, 29  
cirurgia, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61  
clínico, 42, 65, 67, 70, 109, 112, 113, 118  
**CLÍNICO**, 11  
consultas, 40, 44, 52, 53, 65, 68, 71, 87, 112  
criança, 10, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 17, 18, 65, 66, 67, 71, 72,  
73, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90  
crianças, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 45, 65, 66, 67, 68, 69,  
70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 84, 85, 86,  
87, 88, 89, 90  
**CRIANÇAS**, 11, 13, 65, 77  
CRIANES, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 77, 78, 79, 80, 81,  
82, 84, 85, 86, 87, 88  
crônica, 32, 33, 34, 35, 36, 39, 41, 43, 51, 65, 67, 75, 77, 79,  
80, 87, 88, 89, 90  
**CRÔNICA**, 11, 32  
**CUIDADO**, 5, 7, 11, 9, 14, 55, 77, 80, 81, 84, 85  
cuidadores, 18, 62, 65, 66, 67, 70, 81, 85, 86  
cuidados, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 40, 43, 55, 58,  
59, 60, 61, 62, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 72, 73, 74, 75, 76, 80,  
81, 84, 85, 86, 87, 88, 96, 98, 99, 105, 108, 109, 110  
cuidados paliativos, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 43, 76

### D

depressão, 39, 44, 45, 46, 51, 52, 53, 54, 92  
desospitalização, 65, 66, 67, 73, 74, 76, 87  
**DESOSPITALIZAÇÃO**, 11, 65

### E

educação física, 112, 113, 115, 118  
enfermagem, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 30, 36, 37,  
43, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 67, 72, 74, 75,  
76, 77, 79, 80, 81, 82, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93,  
94, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 111  
**ENFERMAGEM**, 11, 9, 13, 55, 77, 80, 81, 84, 85, 86, 87  
Enfermagem Perioperatória, 55, 63  
enfermeiro, 9, 10, 13, 14, 16, 17, 18, 36, 37, 58, 59, 61, 62, 67,  
73, 85, 86, 87, 100, 101  
enfermeiros, 12, 17, 18, 59, 60, 61, 62, 73, 86, 88, 91, 92, 93,  
95, 96, 97, 98, 99, 100, 101  
**ENFERMEIROS**, 12, 91  
espirituais, 55, 60, 106  
estética, 39, 41, 55  
Estratégia de Saúde da Família, 19, 32, 34, 43, 87, 110, 113, 118  
Estratégia Saúde da Família, 103  
estratégias, 15, 20, 23, 36, 44, 53, 57, 72, 86, 87, 90, 100, 105,  
113, 115, 116  
**ESTRATÉGICO**, 11, 19, 22, 26  
exclusão, 11, 44, 57, 67, 91, 94

### F

família, 12, 13, 15, 25, 26, 27, 30, 33, 40, 41, 53, 57, 66, 67, 71,  
72, 74, 76, 77, 79, 80, 81, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 104, 105,  
106, 107, 108, 109, 110, 111, 113, 119  
**FAMÍLIA**, 12  
familiar, 17, 32, 33, 34, 39, 41, 43, 45, 52, 61, 62, 71, 73, 74,  
78, 79, 80, 81, 84, 86, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110,  
111, 118  
famílias, 9, 12, 34, 43, 70, 79, 80, 85, 88, 90, 103, 104, 105,  
106, 107, 110, 111  
ferida, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 39, 40, 41, 43  
**FERIDA**, 11, 32  
fisioterapia, 73, 112, 113, 118

### G

genograma, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111  
**GENOGRAMA**, 12, 103  
gestação, 44, 45, 46, 47, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 65, 68, 71, 78,  
89  
**GESTACIONAL**, 11, 44  
gestão, 19, 24, 26, 27, 28, 29, 30, 99, 117

### H

higiene, 9, 10, 13, 17, 40, 62, 86  
hospital, 14, 51, 65, 66, 67, 68, 73, 74, 76, 89, 94, 95, 96, 99

hospitalização, 13, 14, 15, 66, 77, 81, 84, 86

## I

inclusão, 11, 14, 32, 38, 44, 46, 47, 57, 67, 91, 93, 94

**INDIVÍDUO**, 11, 32

integrativa, 9, 11, 30, 32, 38, 44, 45, 54, 55, 57, 77, 82, 90, 91,  
93, 97, 101, 102, 111

**INTEGRATIVA**, 11, 9, 44

integridade, 9, 13, 17, 39

## M

mastectomia, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64

**MASTECTOMIA**, 11, 55

**MENTAL**, 44

modificações, 32, 34, 39, 42, 72

mudanças, 14, 19, 20, 22, 24, 29, 32, 39, 42, 45, 65, 66, 78,  
104

**MULHER**, 11, 44

**MULHERES**, 11

**MULTIPROFISSIONAL**, 12, 103

## N

**NASF**, 12, 105, 106, 112, 113, 114, 116, 117, 119

**NECESSIDADES ESPECIAIS**, 11, 65, 77

necessidades especiais de saúde, 65, 67, 69, 72, 74, 77, 78, 79,  
80, 82, 86

## O

oncologia, 9, 10, 11, 12, 13, 16, 18

**ONCOLOGIA**, 11, 9

**OPERATÓRIO**, 11, 60

## P

paciente, 9, 10, 11, 16, 32, 56, 59, 60, 61, 63, 66, 98, 99, 110

pacientes, 9, 10, 11, 15, 16, 17, 18, 34, 42, 43, 56, 59, 60, 62,  
71, 92, 97, 99, 100, 110, 115

**PALIATIVO**, 11, 9, 14

paliativos, 9, 12, 15, 18

**PEDIÁTRICA**, 11, 9

pediátrico, 15, 65, 66, 67, 78

**PERFIL CLÍNICO**, 65

planejamento, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 37,  
59, 62, 85, 105, 108, 110, 115, 116, 117, 119

**PLANEJAMENTO**, 11, 19, 21, 22, 24, 26, 28, 89

políticas públicas, 29, 32, 42, 66, 67, 70, 73, 92

pós-operatório, 55, 56, 57, 58, 59, 61, 62, 63

**PÓS-OPERATÓRIO**, 55, 61

pré-natal, 44, 45, 50, 51, 53, 54, 65, 68, 71, 72

preservação, 9, 17

prevenção, 9, 44, 45, 53, 72, 86, 101, 107, 109, 110, 113, 115

**PROCESSO**, 11, 12, 65, 112

**PROFISSIONAIS**, 12, 103

profissional, 9, 10, 12, 14, 15, 16, 32, 33, 37, 40, 53, 57, 61, 63,  
85, 86, 91, 92, 93, 94, 95, 97, 99, 100, 101, 106, 109, 110,  
112, 113, 114, 116, 117, 119

psicológicos, 55, 94, 104, 106

## Q

qualidade, 10, 11, 20, 32, 33, 34, 35, 39, 41, 42, 43, 44, 51, 56,  
57, 58, 59, 62, 63, 66, 71, 74, 80, 81, 86, 97, 98, 99, 100,  
101, 108

## R

**REFLEXÕES**, 12, 112

**RESIDENTES**, 12, 103

resultados, 9, 11, 19, 20, 21, 22, 24, 25, 27, 28, 32, 37, 38, 39,  
47, 49, 57, 58, 71, 82, 89, 94, 95, 109

## S

saúde, 10, 9, 10, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26,  
27, 28, 29, 30, 32, 34, 35, 36, 37, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46,  
49, 51, 52, 53, 54, 57, 59, 63, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72,  
73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 84, 85, 86, 87, 88, 89,  
90, 91, 92, 93, 97, 98, 100, 101, 103, 104, 105, 106, 107,  
108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119

Saúde, 9, 11, 18, 19, 20, 21, 22, 24, 25, 26, 28, 29, 30, 32, 34,  
38, 42, 43, 44, 46, 48, 51, 53, 54, 55, 57, 58, 63, 65, 66, 67,  
71, 75, 76, 77, 81, 82, 85, 87, 88, 89, 90, 91, 93, 103, 105,  
106, 107, 108, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 118, 119, 120

**SAÚDE**, 5, 7, 11, 21, 24, 44, 65, 77

**SAÚDE MENTAL**, 11

sexualidade, 32, 43, 60, 63

Síndrome de *Burnout*, 91, 92

**SÍNDROME DE BURNOUT**, 12

sintomas, 9, 11, 13, 17, 43, 50, 52, 53, 91, 92

Sistema Único de Saúde, 19, 20, 24, 29, 42, 51, 52, 67, 103, 113

sociais, 19, 20, 22, 25, 26, 28, 35, 42, 44, 52, 55, 56, 65, 78,  
100, 103, 104, 106, 107, 113, 118

social, 9, 10, 20, 21, 23, 24, 25, 27, 32, 33, 34, 39, 40, 41, 43,  
45, 52, 72, 73, 75, 76, 78, 88, 89, 90, 103, 104, 107, 109,  
110, 112, 115, 117, 118, 119

sociodemográfico, 42, 65, 67, 70

**SOCIODEMOGRÁFICO**, 11, 65

SUS, 20, 24, 27, 28, 29, 36, 42, 51, 52, 103, 104, 112, 113,  
117, 118, 119

## T

trabalho, 19, 21, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 33, 34, 37, 38, 39,  
40, 42, 89, 91, 92, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 103,  
107, 111, 112, 113, 114, 116, 117, 118, 119

transtornos, 33, 39, 40, 44, 45, 47, 49, 53, 54

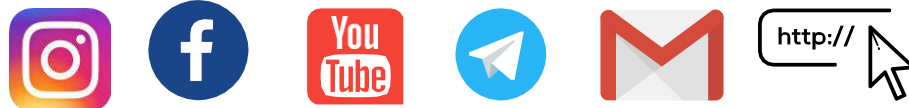
**V**

vaidade, 39, 55

**VIDA**, 11, 32

vulnerabilidade, 40, 41, 61, 65, 71, 72, 109

Para saber mais sobre os títulos, autoras e autores da EDITORA INOVAR,  
visite o site [www.editorainovar.com.br](http://www.editorainovar.com.br)  
e siga nossas redes sociais.



*Imortalizar ideias e transformar vidas!*



O LIVRO “CUIDADO EM SAÚDE: CONTEXTOS, DIVERSIDADES E DIMENSÕES” FOI ORGANIZADO COM OBJETIVO DE DISSEMINAR ESTUDOS, FRUTOS DE EXPERIÊNCIAS PRÁTICAS, TRABALHOS DE CONCLUSÃO DE CURSO DE GRADUAÇÃO OU PÓS-GRADUAÇÃO, QUE ESTEJAM RELACIONADOS AO CUIDADO EM SAÚDE, EM SEUS DIFERENTES CONTEXTOS E DIMENSÕES.

NESSA PERSPECTIVA, O LIVRO TEM TRABALHOS QUE VERSAM SOBRE O CUIDADO NO CONTEXTO DO ADOECIMENTO CRÔNICO, ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER E CRIANÇA. ALÉM DISSO, OS TRABALHOS VERSAM SOBRE O CUIDADO NO ÂMBITO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E SAÚDE DO TRABALHADOR.

ESPERA-SE QUE ESTE LIVRO POSSA CONTRIBUIR COM REFLEXÕES PERTINENTES PARA PRODUÇÃO DE UM CUIDADO EFETIVO E INOVADOR.

ISBN 978-65-86212-62-4



9 786586 212624 >