

**RUHENA KELBER ABRÃO
(ORG)**

MÚLTIPLOS DEBATES EM SAÚDE E ENSINO



**RUHENA KELBER ABRÃO
(ORG)**

MÚLTIPLOS DEBATES EM SAÚDE E ENSINO



EDUFT
Conhecimento na palma da mão

RUHENA KELBER ABRÃO
(ORG)

MÚLTIPLOS DEBATES EM SAÚDE E ENSINO

1ª Edição

Volume 1

PALMAS

2024

Universidade Federal do Tocantins

Editora da Universidade Federal do Tocantins - EDUFT

Reitor

Luís Eduardo Bovolato

Vice-reitora

Marcelo Leineker Costa

Pró-Reitor de Administração e Finanças (PROAD)

Carlos Alberto Moreira de Araújo

Pró-Reitor de Avaliação e Planejamento (PROAP)

Eduardo Andrea Lemus Erasmo

Pró-Reitor de Assuntos Estudantis (PROEST)

Kherlley Caxias Batista Barbosa

Pró-Reitora de Extensão, Cultura e Assuntos Comunitários (PROEX)

Maria Santana Ferreira dos Santos

Pró-Reitora de Gestão e Desenvolvimento de Pessoas (PROGEDEP)

Michelle Matilde Semiguel Lima
Trombini Duarte

Pró-Reitor de Graduação (PROGRAD)

Eduardo José Cezari

Pró-Reitor de Pesquisa e Pós-Graduação (PROPESQ)

Karylleila dos Santos Andrade

Pró-Reitor de Tecnologia e Comunicação (PROTIC)

Werley Teixeira Reinaldo

Conselho Editorial

Presidente

Ruhena Kelber Abrão Ferreira

Membros do Conselho por Área

Ciências Biológicas e da Saúde

Ruhena Kelber Abrão Ferreira

Ciências Humanas, Letras e Artes

Fernando José Ludwig

Ciências Sociais Aplicadas

Ingrid Pereira de Assis

Interdisciplinar

Wilson Rogério dos Santos

O padrão ortográfico e o sistema de citações e referências bibliográficas são prerrogativas de cada autor. Da mesma forma, o conteúdo de cada capítulo é de inteira e exclusiva responsabilidade de seu respectivo autor.



<http://www.abecbrasil.org.br>



<http://www.abeu.org.br>

Capa: Ruhena Kelber Abrão

Revisão Linguística: Nicole Medeiros Rocha

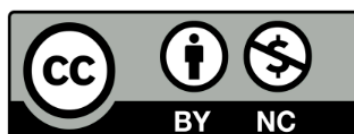
Revisão Técnica: Marlon Santos de Oliveira Brito

Diagramação: Renato Ferreira

Ficha catalográfica:

Copyright © 2024 – Universidade Federal do Tocantins – Todos direitos reservados

Universidade Federal do Tocantins (UFT) | Câmpus de Palmas
Avenida NS 15, Quadra 109 Norte | Plano Diretor Norte
Bloco IV, Reitoria
Palmas/TO | 77001-090



Atribuição 4.0 Internacional (CC BY 4.0)

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Tocantins (SISBIB)

158 Múltiplos debates em saúde e ensino / Ruhena Kelber Abrão – Palmas, TO: EdUFT, 2024.
196p.

ISBN: 978-65-5390-152-0.

1. Saúde. 2. Pesquisa. 3. Universidade. 4. Ensino. 5. Educação. I. Abrão, Ruhena Kelber.
II. Título.

CDD 371.3

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS – A reprodução total ou parcial, de qualquer forma ou por qualquer meio deste documento é autorizado desde que citada a fonte

Sumário

Apresentação.....	8
Capítulo 1.....	12
ASSISTÊNCIA EM SAÚDE A PACIENTES COM HIV/AIDS	
Rhavenna Thaís Silva Oliveira	
Bruna Bandeira Marinho	
Vitor Pachelle Lima Abreu	
Ozirene Santos Moraes	
Vivian Celine Silva Ferreira	
Denise Ieda Lima de Brito	
João Gabriel Soares de Araújo	
Janeide Pereira Costa	
Sandra Franklin Rocha Viana	
Ruhena Kelber Abrão	
Capítulo 2.....	29
CUIDADOS COM PACIENTES PEDIÁTRICOS COM GASTROSTOMIA	
Ingrid rodrigues Araújo	
Vitor Pachelle Lima Abreu	
Ozirene Santos Moraes	
Luan Sales Elias	
João Gabriel Soares de Araújo	
Vivian Celine Silva Ferreira	
Thiago Sabino Lima	
Rosirene Jorge da Silva e Souza	
Diogo Amaral Barbosa	
Ruhena Kelber Abrão	
Capítulo 3.....	43
A IMPORTÂNCIA DO PAI NO PRÉ-NATAL E SEU PAPEL NA SAÚDE FAMILIAR	
Grazielly Rodrigues de Oliveira	
Thiago Oliveira Sabino De Lima	
Haroldo Soares de Almeida	
Luciana Fagundes Bastos de Carvalho	
André de Melo Santos	
Maria do Socorro Silva	
Fabrício Bezerra Eleres	

Ana Paula Machado Silva
Ruhena Kelber Abrão

Capítulo 4.....56

CUIDADOS EM PACIENTES COM LESÕES POR PRESSÃO

Vitória Miryan Andrade Pires
Thiago Sabino Lima
Vitor Pachelle Lima Abreu
Ozirene Santos Moraes
Quedma de Sousa Farias
Vivian Celine Silva Ferreira
Denise Ieda Lima de Brito
Alderise Pereira da Silva Quixabeira
Fabrício Bezerra Eleres
Ruhena Kelber Abrão

Capítulo 5.....71

ASSISTÊNCIA EM SAÚDE AO IDOSO COM PRÉ-DIABETES

Antônia Cleidiane Sousa de Araújo Silva
João Carlos Vieira Gualberto da Silva
Larissa Matos de Alencar Silva
Ana Paula Machado Silva
Alderise Pereira da Silva Quixabeira
Rafael Silveira Da Mota
Caio Vinícius Freitas de Alcântara
Marlon Santos de Oliveira Brito
Ruhena Kelber Abrão

Capítulo 6.....92

**O PAPEL DA ENFERMAGEM NO CUIDADO DE CRIANÇAS COM
TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA**

Eliane dos Reis Barbosa
Maria Lucivane Soares da Silva
Samilla Silva Alecrim
Ana Paula Machado Silva
Rosirene Jorge da Silva e Souza
Janeide Pereira Costa
Maurício Aires Vieira
Luan Pereira Lima
Aragoneide Martins Barros
Ruhena Kelber Abrão

Capítulo 7.....	108
PERCEPÇÃO DAS GESTANTES ATENDIDAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA ACERCA DO PARTO HUMANIZADO	
Ryan Pereira Lima Barros	
Ana Beatriz Gomes da Silva Chaves	
Fabrício Bezerra Eleres	
Ruhena Kelber Abrão	
Capítulo 8.....	139
Questão Indígena e o Subsistema de Saúde: reflexões do Estado brasileiro	
Elisane Barros de Sousa	
Livia Barbosa Pacheco Souza	
Maurício Vieira Aires	
André de Melo Santos	
Ruhena Kelber Abrão	
Capítulo 9.....	149
Percepção dos profissionais de saúde sobre os desafios encontrados para adaptação a assistência à saúde durante a pandemia de COVID-19 em uma unidade sentinela	
Beatriz Souza Paranhos	
Paula Rodrigues Barbosa de Freitas	
Ruhena Kelber Abrão	
Capítulo 10.....	173
CUIDADOS DE SAÚDE COM PACIENTES EM HEMODIÁLISE	
Dara Cristina Cunha Moura Lima	
Flávia Lima Vieira	
Paula Mayra Moreira de Sousa Silva	
Andrey Viana Gomes	
Diogo Barbosa Amaral	
Ruhena Kelber Abrão	
Sobre as autoras e autores.....	192

Apresentação

A educação é, ao mesmo tempo, uma experiência singular e coletiva, um espaço de construção de sentidos e de transformação social. Ao longo da história, ela tem sido atravessada por múltiplas questões que revelam a complexidade de seu papel nas sociedades contemporâneas. É nesse contexto que surge a obra "Debates sobre Educação: Perspectivas Transversais", uma coletânea que busca explorar as interfaces e os atravessamentos que configuram os debates educacionais no século XXI.

Este livro se apresenta como um espaço de reflexão crítica e de diálogo interdisciplinar, reunindo contribuições de diferentes áreas do conhecimento para tratar de temas urgentes e transversais. Os capítulos que compõem esta obra dialogam com questões como inclusão, diversidade, tecnologia, formação docente, políticas públicas, entre outros, ressaltando que a educação não se limita ao espaço escolar, mas se expande para os territórios culturais, sociais e políticos que estruturam a vida humana.

Os autores que participam desta coletânea são pesquisadores, professores e profissionais comprometidos com a transformação da realidade educacional. Eles trazem experiências e reflexões que têm como ponto comum a busca por uma educação mais justa, inclusiva e democrática. Entre os temas abordados, destacam-se as práticas pedagógicas inovadoras, o papel da tecnologia na educação, os desafios da educação inclusiva, as políticas educacionais contemporâneas e as perspectivas críticas sobre avaliação e desempenho.

Ao propor uma abordagem transversal, este livro busca romper com visões fragmentadas que, muitas vezes, limitam a compreensão da educação e de seus desafios. Aqui, a transversalidade não é apenas um conceito, mas uma metodologia que permite integrar diferentes óticas,

conectando saberes e experiências para promover uma leitura mais abrangente e profunda das questões educacionais.

É com grande entusiasmo que apresentamos esta obra, que se destina a professores, estudantes, gestores, pesquisadores e todos aqueles que se interessam pelos caminhos e descaminhos da educação no Brasil e no mundo. Em tempos de intensas transformações sociais e tecnológicas, é fundamental pensar a educação como um processo vivo, que se reinventa a cada instante e que exige de todos nós um compromisso ético e político. Esperamos que esta leitura inspire reflexões e ações transformadoras, contribuindo para fortalecer o diálogo e a construção de uma educação mais plural e humanista.

Desejamos boas reflexões a todos(as) os(as) leitores(as)

Ruhena Kelber Abrão

Prefácio

O livro *Múltiplos Debates em Saúde e Ensino* surge como um espaço de reflexão sobre as intersecções entre dois campos fundamentais para a formação humana e o bem-estar social: a saúde e a educação. Em um contexto no qual as questões sociais e educacionais se entrelaçam, este trabalho busca explorar as dinâmicas e desafios que surgem quando essas áreas se encontram, seja no âmbito das políticas públicas, nas práticas pedagógicas ou nos debates acadêmicos sobre saúde coletiva e ensino.

A proposta desta coletânea é reunir e promover uma pluralidade de vozes e perspectivas. Com contribuições de pesquisadores, professores e profissionais que se dedicam à análise e à prática desses dois universos, muitas vezes vistos de forma separada, mas que, neste livro, se mostram profundamente interconectados.

Os capítulos abordam desde as bases teóricas que sustentam os processos educativos e de saúde, até as experiências práticas que exemplificam a importância da integração entre esses campos. A reflexão crítica sobre as políticas públicas, os currículos educacionais e as práticas de cuidado à saúde que envolvem estudantes e profissionais em diferentes níveis de ensino é a proposta central deste livro.

Em consonância com a visão de Ibragimova (2015), que aponta a necessidade de um olhar interdisciplinar para compreender os desafios educacionais e de saúde, a obra busca não apenas diagnosticar as dificuldades, mas também vislumbrar novas possibilidades de transformação nas relações entre saúde e ensino, contribuindo para a construção de uma sociedade mais justa e equitativa.

A obra, portanto, visa não só aprofundar o entendimento sobre os desafios contemporâneos, mas também oferecer um caminho para o fortalecimento das políticas públicas voltadas à saúde e educação. E

Em um momento de constantes transformações sociais, o livro propõe uma análise crítica das demandas da inclusão social, da

formação integral dos indivíduos e da necessidade de uma abordagem interdisciplinar que promova uma educação que cuide da saúde e uma saúde que respeite os princípios educacionais. O diálogo entre essas duas áreas é essencial para garantir o desenvolvimento pleno das pessoas e a construção de um futuro mais saudável e educado.

Ao leitor, os autores oferecem não apenas uma obra de conhecimento, mas também um convite à reflexão e à ação no cruzamento entre saúde e ensino. Como defendido por Santos (2017), a integração entre essas duas esferas é fundamental para a promoção de uma sociedade mais equitativa e resiliente, em que cada indivíduo tenha acesso a uma educação de qualidade e a cuidados de saúde que contribuam para o seu pleno desenvolvimento.

Prof. Dr. Mikael Henrique de Jesus Batista

Referências

IBRAGIMOVA, M. (2015). O olhar interdisciplinar nas ciências educacionais e de saúde. Rio de Janeiro: Editora Acadêmica. SANTOS, B. de S. (2017). A educação e a saúde como caminhos para a justiça social. São Paulo: Editora Universitária.

Capítulo 1

ASSISTÊNCIA EM SAÚDE A PACIENTES COM HIV/AIDS

Rhavena Thaís Silva Oliveira
Bruna Bandeira Marinho
Vitor Pachelle Lima Abreu
Ozirene Santos Moraes
Vivian Celine Silva Ferreira
Denise Ieda Lima de Brito
João Gabriel Soares de Araújo
Janeide Pereira Costa
Sandra Franklin Rocha Viana
Ruhena Kelber Abrão

INTRODUÇÃO

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) é uma patologia propagada pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) que prejudica o sistema de defesa do indivíduo, tornando-o incapaz de proteger-se das infecções oportunistas (CARVALHO et al., 2019). O HIV destrói as células de defesa do organismo, podendo o vírus se manter no indivíduo, sem manifestar-se, por um período médio de 10 anos, entre o contágio e o aparecimento da doença, compreendendo as etapas de infecção aguda, latência clínica e AIDS (ABATI, 2015).

A infecção pelo HIV devasta as células CD4+, tornando-as incapazes de suas funções, atingindo o sistema imune dos indivíduos contaminados e assim provocando a AIDS (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

O esgotamento do sistema imunológico em função do envolvimento leucocitário e da intensa linfopenia torna o paciente suscetível a disfunções oportunistas, mutações e infecções em procedimentos de divisão das células, atraindo o aparecimento de linfomas, por exemplo. Dessa forma, o crescimento da morbimortalidade está relacionado às complicações da imunodeficiência (KAISER, 2012).

Segundo a UNAIDS (Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS), o número de casos de novas infecções por HIV até o fim de 2018 tem crescido em 1,7 milhões no mundo, somando 37,9 milhões (MONTEIRO et al., 2019). Entre os anos de 1980 a 2018, foram registrados 926.742 casos de AIDS no Brasil, com um número anual de 40 mil casos. Das pessoas vivendo com HIV/AIDS (PVHA), 75% reconheceram sua condição sorológica. 79% tinham acesso à TARV (Terapia Antirretroviral) e 81% das pessoas que faziam uso do tratamento, informaram carga viral suprimida (BRASIL, 2018).

As principais formas de transmissão do vírus são por meio sexual, por relações desprotegidas; parenteral, em usuários de drogas injetáveis, coletores de sangue e seus hemoderivados; infecção congênita, da mãe para o filho durante a gravidez; Infecção perinatal, durante o parto; ou transmissão ocupacional (RACHID; SCHECHTER, 2017). Com o avanço das estratégias de combate à epidemia e pelo fato de ter se tornado terapeuticamente controlado, o HIV/AIDS tem sido considerado uma enfermidade crônica (LÓPEZ, 2014).

Com o objetivo de frear a epidemia da AIDS, no ano de 2013, deu-se início ao tratamento de todas as pessoas soropositivas, independente do estado imunológico que se encontra, sendo avaliado pela contagem de CD4, o tratamento foi assumido pela atenção primária, aumentando a eficácia de testagem e tratamento (BRASIL, 2018). O SUS disponibiliza, atualmente, 21 fármacos para o controle da infecção causada pelo HIV, divididos em seis classes farmacológicas diferentes, que proporcionam a restauração da imunidade. (VENANZI et al., 2019).

Uma vez que o diagnóstico do HIV implica em uma série de mudanças nos vários aspectos da vida, tais como fatores sociais, emocionais e sexuais, entende-se que o tempo de sobrevivência está diretamente ligado à qualidade de vida desses pacientes (AL-HAJJE et al., 2015). É indispensável que a equipe multiprofissional vise à assistência integral, coletiva e individual, de modo a reduzir os novos casos do vírus e proporcionar qualidade de vida aos portadores do

HIV/AIDS, priorizando um atendimento humanizado e universal (SOUSA, 2013).

Evidencia-se a importância da atuação dos profissionais de enfermagem na assistência à pessoa vivendo com HIV/AIDS. O Enfermeiro deve estar capacitado para executar um atendimento integral, humanizado, individualizado e enriquecido de conhecimentos científicos. Assim, a enfermagem deve desenvolver promoção, reabilitação e proteção da saúde, educando o paciente quanto a adesão ao tratamento e o autocuidado (FARIA, 2014).

Entende-se que a temática abordada é muito relevante por ser o HIV/AIDS uma doença crônica, ainda sem cura, com um número crescente de pessoas contaminadas em diferentes faixas etárias, classes sociais e ambos os sexos, no mundo todo, sendo essa uma patologia que pode influenciar diferentes âmbitos da vida das pessoas (BRASIL, 2015).

O interesse em pesquisar a temática surgiu durante uma visita ao Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST do município de Imperatriz, onde foi possível observar a fragilidade do paciente portador do vírus. Dessarte, observou-se a importância da atuação do enfermeiro no tratamento do paciente com HIV e os grandes desafios em diversos aspectos, pela ausência de um tratamento que conduza à cura.

Considerando os fatos supramencionados, este estudo objetivou descrever a assistência de Enfermagem à pacientes acometidos com HIV/AIDS, bem como, identificar como ocorre a assistência de enfermagem ao paciente acometido com HIV/AIDS, identificar os principais desafios enfrentados pelo enfermeiro no atendimento a pacientes soropositivos e, investigar as ações de educação em saúde desenvolvida para o público com HIV.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de revisão integrativa da literatura, de natureza descritiva, com abordagem qualitativa. Para melhor compreensão desta pesquisa, entende-se que a revisão integrativa é uma metodologia que propõe a síntese do conhecimento e a incorporação dos resultados obtidos na prática (MOWBRAY, 2015).

A pesquisa foi realizada com base nos artigos científicos publicados nos anos de 2015 a 2020, com foco na assistência de enfermagem prestada a pacientes com HIV/AIDS. A revisão integrativa tem sua abordagem ligada a seis etapas: escolha do tema e elaboração da pergunta norteadora, escolha da amostra a ser analisada e criação dos critérios de inclusão e exclusão, categoria dos estudos, avaliação dos estudos inseridos na revisão integrativa, compreensão dos resultados e apresentação da revisão integrativa (BOTELHO, 2011).

O estudo teve como pergunta norteadora: Como tem sido realizada a assistência de enfermagem aos pacientes com HIV/AIDS? Foram realizadas buscas em artigos científicos sobre o HIV/AIDS e a assistência de enfermagem nos últimos 5 anos, nos bancos de dados A Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Bases de dados em enfermagem (BDENF), baseado nas palavras-chave: HIV, AIDS, Assistência de Enfermagem. Utilizou-se o operador booleano AND, para relacionar os descritores.

Os critérios de inclusão foram, artigos disponíveis em português, publicados entre os anos de 2015 a 2020. Os critérios de exclusão utilizados foram: artigos duplicados, com temas tangenciais ao pesquisado, artigos de revisão, teses e dissertações.

Inicialmente, foi realizada a busca dos artigos nas bases de dados citadas, em seguida feito a pré-seleção dos artigos, baseado no título e no resumo. Como passo seguinte, realizou-se o refinamento dos artigos, através de uma amostra de 24 artigos. Analisou-se os objetivos, métodos e resultados e em seguida a leitura na íntegra do material selecionado. Foram evidenciados assim, 7 artigos na amostra final, nos quais realizou-se uma leitura analítica dos mesmos.

Após a aplicação dos critérios de elegibilidade e a obtenção da amostra de 8 artigos, realizou-se a extração dos seguintes dados: Título, nomes dos autores, revista em que foram publicados, Qualis das revistas, ano de publicação, objetivo geral, tipo de estudo e resultados.

Na sequência da extração dos dados, foi realizada a leitura analítica das informações obtidas através da análise de discurso da (BARDIN, 2010), a partir disso, realizou-se a separação das informações, para categorização dos dados. Tal método, divide-se em 3 etapas: Pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e a interpretação. Utilizou-se uma tabulação dos temas e informações dos estudos encontrados para discussão. Para isso, apresentou-se um quadro sinóptico com as informações dos estudos extraídos. As categorias foram: Atuação de Enfermagem, Desafios vivenciados pela equipe e Estratégias utilizadas pelo Enfermeiro

RESULTADOS

No processo de buscas, foram localizados 203 artigos, onde 109 eram da base de dados LILASC, 93 da BDENF e 1 do SCIELO. 54 artigos duplicados foram excluídos na fase de seleção. Em seguida, com base nos critérios definidos de exclusão e inclusão, 149 artigos foram analisados de forma minuciosa, pela leitura de título e resumo. No que se refere ao refinamento dos artigos, foi estipulado uma amostra de 24 artigos, sendo que todos apresentavam-se em português.

Após a seleção dos 7 artigos para a síntese, preponderou-se por identificar as informações conforme autores, título, ano, revista e Qualis, como descrito na Tabela 1. Observou-se, que a maior parte dos trabalhos apresentou Qualis B1, 4 artigos; 2 apresentaram Qualis A2 e 1 deste B2. Em relação ao período de publicação, 1 dos artigos foi publicado em 2015, 1 em 2016, 4 em 2018 e 1 em 2019.

Tabela 1. Caracterização dos artigos selecionados.

Múltiplos Debates em Saúde e Ensino

ORDEM	AUTORES	TÍTULO	ANO	REVISTA	QUALIS
A1	COLAÇO DA, et al	O cuidado à pessoa que vive com HIV/AIDS na atenção primária à saúde.	2019	Texto e Contexto Enfermagem	A2
A2	NETO SLV, et al	Diagnósticos da CIPE de pessoas vivendo com AIDS e Indicadores Empíricos	2018	Revista Brasileira de Enfermagem	A2
A3	SPINDOLA T, et al	A autoproteção contra o HIV para profissionais de enfermagem: estudo de representações sociais	2018	Revista Enfermagem UERJ	B1
A4	PONTES MPA, et al	Representações sociais da biossegurança no contexto do HIV/AIDS: contribuições para a saúde do trabalhador	2018	Revista Enfermagem UERJ	B1
A5	BEZERRA PV, et al	Ações de prevenção do HIV e de promoção à saúde no contexto da AIDS pela estratégia saúde da família em João Pessoa-PB	2016	Ciência, cuidado e saúde	B2
A6	SILVA RAR, et al	Diagnósticos de enfermagem do domínio auto percepção em pessoas vivendo com AIDS	2018	Revista Cubana de Enfermería	B1
A7	KOEIRICH K, et al	Gestão do cuidado de enfermagem ao adolescente que vive com HIV/AIDS	2015	Escola Anna Nery Revista de Enfermagem	B1

FONTE: Os autores (2020).

Na tabela 2, está descritos os objetivos, métodos e resultados dos artigos. Conforme os resultados dos estudos, as publicações são diversificadas, porém correspondem à temática. Dos artigos selecionados, apenas um trata-se de revisão integrativa, o maior número caracteriza-se por pesquisa qualitativa.

Tabela 2. Detalhamento dos artigos selecionados.

COD	OBJETIVO	METODO	RESULTADO
A1	Compreender o processo de cuidado à pessoa com HIV/AIDS na Atenção Primária à Saúde de uma Capital do sul do Brasil.	Pesquisa qualitativa, exploratória e descritiva. Participaram 16 enfermeiros através da realização de entrevistas semiestruturadas.	Se evidenciaram as potencialidades e fragilidades, como: acolhimento, longitudinalidade do cuidado, busca ativa, visita domiciliar, vínculo e, em contrapartida, falta de um fluxo formal de atendimento às pessoas que vivem com HIV/AIDS, inexistência de uma linha de cuidado em HIV/AIDS e atenção médico/ centrada.
A2	Analisar a associação entre os Indicadores Empíricos e Diagnósticos de Enfermagem da CIPE em pessoas vivendo com AIDS bem como identificar os indicadores preditores para o estabelecimento desses diagnósticos.	Estudo transversal, com abordagem quantitativa com 120 pessoas vivendo com AIDS, em um hospital no Nordeste do Brasil.	Identificaram-se 74 Indicadores pessoais, sendo 31 validados. Os diagnósticos encontrados foram: Respiração ruidosa, cianose periférica e central, emagrecimento, disfagia, lesões na naso e orofaringe, Diarreia, dentre outros.
A3	Analisar a autoproteção profissional e pessoal na rede de representações sociais do HIV/AIDS, na perspectiva dos profissionais de enfermagem.	Estudo qualitativo, pautado na Teoria das Representações Sociais, em sua abordagem processual. Participaram 36 profissionais de enfermagem atuantes em programas de HIV/AIDS no Rio de Janeiro.	Observou-se que muitos profissionais associam a proteção do trabalhador apenas ao uso da luva e não mencionam outros aspectos relevantes.

A4	Analisar as representações sociais de biossegurança construídas pelos enfermeiros que atuam com pacientes soropositivos ao HIV.	Pesquisa qualitativa, exploratória, fundamentada na teoria das representações sociais, realizada em oito instituições de saúde, no município do Rio de Janeiro, através de entrevista com 19 enfermeiras.	Identificou-se que a autoproteção é um dos elementos fundamentais constitutivos da representação social das enfermeiras sobre biossegurança, assumindo as facetas de autoproteção na vida profissional e na vida pessoal.
A5	Analisar as ações de prevenção do HIV e promoção à saúde no contexto da AIDS desenvolvidas pela Estratégia Saúde da Família (ESF), em João Pessoa-PB.	Estudo descritivo, com abordagem qualitativa, realizado com 16 enfermeiros atuantes na ESF.	Os enfermeiros relatam que não há uma rotina e um planejamento para os temas a serem expostos nas ações de educação em saúde no âmbito da infecção pelo HIV. Os enfermeiros enfrentam dificuldades para a execução de ações de prevenção e de promoção da saúde no contexto do HIV/Aids evidenciadas por aspectos do usuário; infraestrutura, falta de insumos e recursos humanos.
A6	Identificar diagnósticos de enfermagem do domínio autopercepção da NANDA-Internacional e analisar a associação entre os diagnósticos mais frequentes e suas características definidoras, fatores relacionados/risco em pessoas vivendo com Aids.	Estudo transversal, quantitativo, realizado com 113 pessoas vivendo com Aids em um hospital de doenças infectocontagiosas.	Identificaram-se 11 diagnósticos de enfermagem os mais frequentes, foram: distúrbio da imagem corporal; risco de dignidade humana comprometida; baixa autoestima situacional; desesperança; baixa autoestima crônica. Em geral, as características definidoras e os fatores dos diagnósticos apresentaram associação significativa.

A7	Caracterizar a gestão do cuidado de enfermagem ao adolescente que vive com HIV/AIDS por transmissão vertical, propondo estratégias para a transição deste atendimento.	Pesquisa qualitativa, exploratória e descritiva. Os dados foram coletados por meio de observação participante e entrevista individual semiestruturada, sendo analisados e interpretados segundo Bardin.	Percebe-se a preocupação dos profissionais em relação à adesão ao tratamento e a sexualidade, considerando que além de ter que conviver com as questões próprias da adolescência, esse adolescente precisa compreender sua condição de saúde, pois possui uma doença crônica estigmatizada, permeada por preconceitos e que exige atitudes de autocuidado.
----	--	---	--

FONTE: Os autores (2020).

Os estudos selecionados, evidenciaram que a assistência de Enfermagem prestada ao paciente com HIV/AIDS, exige compromisso e responsabilidade, a fim de que esses indivíduos se sintam seguros e assim, possuam um tratamento eficaz. Observou-se através das revisões, que o atendimento a esse público acontece sem nenhuma preparação e planejamento, visto que não há uma rotina específica no atendimento para o paciente com HIV/AIDS.

Em relação a assistência de enfermagem prestada a esses pacientes, o trabalho A1, realizado na atenção primária à saúde, evidenciou através dos discursos que o atendimento acontece de forma espontânea, quando, segundo o artigo, poderia ser de forma programada, através de um plano, para garantir maior eficácia no manejo ao paciente com HIV/AIDS. É presente na fala dos entrevistados a falta de um atendimento específico para esses indivíduos.

No tocante ao assunto, A1 diz que o paciente procura o atendimento de saúde seja para buscar o diagnóstico (e assim o atendimento específico), ou para fazer acompanhamento diante do diagnóstico do quadro.

É importante ressaltar a importância dos diagnósticos de enfermagem para uma assistência satisfatória. A2 e A6, relataram sobre os diagnósticos de enfermagem, onde os trabalhos resultaram em

alguns diagnósticos semelhantes de auto percepção, como: Distúrbio da imagem corporal, Baixa autoestima, solidão, tristeza entre outros, relacionados conforme as Necessidades Humanas Básicas.

No que se refere aos desafios, os trabalhos A3 e A4 retratam sobre a autoproteção e a biossegurança dos profissionais de enfermagem. Observou-se que a luva é o principal EPI utilizado pelos profissionais para a proteção, no entanto os mesmos estão sujeitos a contaminação. Além do mais, segundo A3, muitos profissionais não percebem a situação de vulnerabilidade que estão expostos no cotidiano de trabalho. Outro desafio exposto pelo artigo, é a situação de alguns pacientes não informarem sobre o seu diagnóstico. Ainda, de acordo com A4, acidentes acontecem por diversos motivos, como por exemplo: a falta de atenção do profissional, falta de EPIs, e muitas vezes as condições de trabalho.

Sobre as ações de educação em saúde, o A5 relatou não haver uma rotina e um planejamento para as ações de educação em saúde relacionadas ao HIV/AIDS na Atenção Primária a Saúde (APS). Segundo o artigo, as informações são passadas na atenção básica, para a gestante na consulta de enfermagem ou no exame citológico, restringindo o tema para outros públicos, como os idosos ou homens.

Os enfermeiros relataram que as visitas domiciliares são um momento oportuno para a abordagem da temática, pois há maior privacidade com o paciente. Notou-se que os profissionais, mesmo reconhecendo a importância do tema, admitiram que a prevenção é focada na maioria das vezes em campanhas como carnaval ou no Dia mundial do combate a AIDS, que é em 1 de dezembro.

O estudo A1 informou que é realizado orientações sobre a doença, com o objetivo de sensibilizar e verificar se o paciente aderiu ao tratamento. De acordo com as falas, o objetivo é orientar sobre a prevenção da contaminação e de como o indivíduo deve encarar a doença.

DISCUSSÃO

Os trabalhos avaliados, evidenciaram que a atuação de Enfermagem é um instrumento essencial que contribui para a realização do cuidado ao paciente com HIV/AIDS. Observou-se através dos resultados de A1 que a Atenção Primária a Saúde não possui um planejamento de atendimento específico para esse público. Entretanto, esta é a porta de entrada para atendimentos, realizados através de vários setores, como: Estratégia Saúde da Família (ESF), Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA).

As novas diretrizes de vigilância ao HIV/AIDS, expõem a APS como protagonista no tema da doença, com a finalidade de prevenção do diagnóstico, realizando ações de promoção e acompanhamento dos indivíduos com HIV (SILVA; GUILHE; BAMPI, 2015).

O enfermeiro tem um papel fundamental dentro da APS, assim atua em todas as áreas de cuidado, direcionado a esses pacientes. Como membro da equipe multidisciplinar, pode atuar na promoção de cuidados paliativos para pacientes com HIV/AIDS, a fim de minimizar o sofrimento e fornecer uma melhor qualidade de vida (WITTMANN; GOLDIM, 2012).

Evidencia-se através dos estudos desse trabalho, que o enfermeiro é um agente transformador e essencial ao cuidado do paciente com HIV/AIDS, devendo apoderar-se da sua autoridade profissional. Logo, o profissional deve posicionar-se como agente do cuidado, responsável no seu trabalho (MUNIZ et al., 2015).

Desafios vivenciados pela equipe

Os resultados dos estudos revelaram desafios enfrentados pela enfermagem no atendimento ao indivíduo com a doença em vários aspectos da assistência, como falta de EPIs, não existência de um atendimento próprio e planejado para o público com HIV/AIDS e até mesmo as condições de trabalho fornecidas para o profissional. Observou-se através dos trabalhos A3 e A4 dificuldades relacionadas a

autoproteção dos profissionais. Destacou-se a necessidade de EPIs e a conscientização dos enfermeiros quanto a se protegerem contra o risco de contaminação.

A autoproteção é indispensável para os profissionais de enfermagem, por prestarem atendimento direto ao indivíduo soropositivo, por estarem vulneráveis ao risco de acidentes e contaminações. A proteção deve ser compreendida como medida de precaução a fim de que sejam evitados danos a esses profissionais (BARBOZA et al., 2016).

Infere-se através dos estudos A3 e A4, que a proteção está entre os principais fatores de relevância desse grupo de profissionais acerca do paciente com o HIV/AIDS. A autoproteção deve ser constante, independente do diagnóstico do paciente (NOGUEIRA et al., 2015).

Outro desafio encontrado, foi a necessidade de capacitação profissional sobre o HIV/AIDS. O trabalho A3 reconheceu a capacitação dos profissionais de enfermagem como uma forma de aprendizado profissional. O trabalho afirma que o conhecimento pode ser aprendido, sistematizado e vivenciado pelos profissionais. No entanto, segundo A4, as profissionais do estudo afirmaram uma fragilidade de capacitação, por não terem tido curso específicos para o HIV/AIDS.

É evidente o avanço tecnológico para o tratamento do HIV/AIDS, porém torna-se necessário os avanços na capacitação dos profissionais de enfermagem para o atendimento prestado a esses pacientes (FERRAZ; VENDRUSCOLO; MARMETT, 2014).

Estratégias utilizadas pelo Enfermeiro

Notou-se através dos artigos evidenciados nesse estudo, a necessidade de estratégias de enfermagem, a fim de aprimorar a assistência ao indivíduo com HIV/AIDS e assegurar o enfermeiro quanto ao seu atendimento.

Frente a essa temática, a elaboração e planejamento do cuidado torna-se uma estratégia essencial para uma assistência de qualidade,

devendo conter o histórico do paciente, informações sobre as práticas sexuais, se faz uso de drogas injetáveis, assim como o estado físico e psicológico em que a pessoa se encontra (BRONDANI; PEDRO, 2013).

Enfatiza-se que ao assumir a profissão, os enfermeiros são responsáveis por suas tomadas de decisões, condutas e planejamento da assistência ao paciente com HIV/AIDS (FERRAZ; VENDRUSCOLO; MARMETT, 2014).

Deste modo, o enfermeiro deve investir em educação em saúde, visto que a mesma gera transformação e qualidade de vida, promovendo até mesmo a aceitação da doença e conforto da pessoa com o vírus (COSTA et al., 2013).

É importante ressaltar que na educação em saúde, não deve existir imposição de conhecimentos, mas uma troca de saberes, respeitando o princípio da liberdade do indivíduo. Assim, haverá a possibilidade de transformação de comportamento saudável e consciente (BRASIL, 2012).

Outro fator importante é a necessidade de capacitação dos profissionais de enfermagem na área do HIV/AIDS, conforme evidenciado pelo trabalho A4. É extremamente necessário o desenvolvimento da Educação Permanente em Saúde (EPS) para os enfermeiros que atuam junto a esses pacientes. É importante destacar que a EPS trouxe, para o exercício da educação em saúde, uma visão no campo do atendimento. Pois além das intervenções de capacitação, com foco nas normas de trabalhos a partir das competências, a educação se tornou uma estratégia de comando que pode desenvolver reflexão e liberdade dos indivíduos e transformar realidades (CECCIM, 2015).

CONCLUSÃO

A partir deste estudo foi possível observar que a assistência de enfermagem apresenta grandes desafios quanto ao atendimento ao

portador do HIV/AIDS; a assistência não ocorre através de um plano de ações desenvolvidas especificamente para esse público, a fim de garantir um atendimento eficaz. Existem ainda obstáculos enormes vivenciados pelos profissionais e as ações de enfermagem necessitam serem aprofundadas para maior prevenção e controle da doença.

Diante do objetivo proposto por esse estudo, é extremamente necessário que o enfermeiro compreenda o HIV/AIDS e domine as práticas de cuidados para os envolvidos no processo de tratamento. Bem como, é necessário que se sintam preparados para lidar com a fragilidade emocional que o indivíduo, pode apresentar-se, a fim de prestar uma assistência humanizada e completa para esses pacientes, desenvolvendo educação em saúde. Tendo em vista que o enfermeiro deve se apropriar da sua capacidade profissional.

Para que exista uma assistência com bons resultados é necessário que haja enfermeiros competentes, capacitados, éticos, críticos, emponderados, conhecedores das políticas de saúde, que realizem intervenções que diminuam os agravos do HIV/AIDS. Orientando o portador do vírus a usar preservativo, a fim de não propagar a infecção, protegendo-se das doenças oportunistas, desenvolvendo educação em saúde. Infere-se a importância do vínculo entre o profissional e o cliente, para conscientização e adesão ao tratamento.

REFERÊNCIAS

- ABATI PAM, Segurado AC. HIV testing and clinical status upon admission to a specialized health care unit in Pará, Brazil. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2015 acesso em: 2020 Nov 24:16. doi: 10.1590/S0034-8910.2015049004625
- BARBOZA MCN, ALMEIDA MS, RODEGHIERO JBH, LOURO VA, BERNARDES LS, ROCHA IC. Riscos biológicos e adesão a equipamentos

de proteção individual: percepção da equipe de enfermagem hospitalar. Rev. Pesq. Saúde. 2016; 17(2):87-91.

BARDIN, L. Análise de Conteúdo. 2010. São Paulo: Edigdes p. 70, 2011. (Obra original publicada em 1977)

BRASIL. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico – Aids

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis do HIV/Aids e das Hepatites Virais. HIV AIDS 2018. Boletim epidemiológico. 2018, 49(53).

BRASIL. *Portal sobre aids, doenças sexualmente transmissíveis e hepatites virais*. Recuperado de <http://www.aids.gov.br/> 2015

BRASIL. Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids. Taxas de prevalência de Aids em populações-chave. c2018. Acesso em: 10 out.2020.

acesso em: <http://unaids.org.br/wp-content/uploads/2015/06/pop-chave-prev-02.jpg>

BRONDANI JP, PEDRO ENR. A história infantil como recurso na compreensão do processo saúde doença pela criança com HIV. Rev Gaúcha Enferm.2013;34(1):14-21.

CARVALHO, P.P et al. Fatores associados à adesão à Terapia Antirretroviral em adultos: revisão integrativa de literatura. Ciência & Saúde Coletiva, v. 24, p. 2543-2555, 2019.

CECCIM, R.B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. Interface – Comunicação, Saúde, Educação, v.9, n.16, p.161-177, set.2015.

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a13.pdf> >. Acesso em Nov. 2015.

COSTA TL et al., AMT. Análise estrutural das representações sociais da terapia antirretroviral entre pessoas que vivem com HIV/AIDS: possibilidades de convivência, normatividade e resignificação. Psicol

Saber Soc 2013; 2:104-14. Disponível em: <www.aids.gov.br> Acesso em: 10 de Set. de 2020.

FARIA JO, S. GA. Diagnósticos de enfermagem do domínio segurança e proteção em pessoas com HIV/Aids. Rev Eletrônica Enferm. 2014;16(1):93-9. Acesso em: 30 Out. 2020 Acesso em: <http://h200137217135.ufg.br/index.php/fen/article/view/19977/16447>.

FERRAZ L, V. C, M. S. Educação permanente na enfermagem: Uma Revisão Integrativa. Revista Baiana de Enfermagem, Salvador, v. 28, n. 2, p. 196-207, maio/ago. 2014.

KAISER, GE. The adaptive Immune System - Cell-Mediated Immunity (website). Available at: <http://www.faculty.ccbcmd.edu/courses/bio141/lecguide/unit5/cellular/cmioverview/cmioverview.html>. Acesso em: 13 Out. 2020.

LÓPEZ AO et al., Incremento de la participación de Atención Primaria en la asistencia al virus de la inmunodeficiencia humana: opinan los profesionales de las unidades hospitalarias. Aten Primaria [Internet]. 2014 Abr [acesso 2020 Nov 02];46(4):204-13. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2013.09.006>.

MONTEIRO et al., Desafios do tratamento como prevenção do HIV no Brasil: uma análise a partir da literatura sobre testagem. Rio de Janeiro: Ciência & Saúde Coletiva, v. 24, p. 1793-1807, 2019. Disponível em:<<https://www.scielo.org/article/csc/2019.v24n5/1793-1807/>>. Acesso em: 05 fev.2020.

MUNIZ et al., A assistência de enfermagem em tempos de reforma psiquiátrica. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental (13), 61-65. 2015 disponível em <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/n13/n13a08.pdf>. Acesso em: 25 out. 2020.

NOGUEIRA et al., Cuidado em saúde à pessoa vivendo com o HIV/AIDS: representações sociais de enfermeiros e médicos. Rev. enferm. UERJ. 2015 23(3): 331-7. DOI: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2015.14466>. Acesso em: 22 out.2020.

RACHID, M.; S.M. Manual de HIV/AIDS. 10. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2017.

SILVA O, G. MD, B. LNS. Thirty minutes life change: Anti-HIV rapid test diagnosis for pregnant women and access to prenatal care. *Enferm Foco*. 2015 Nov; 3(4):211-5. DOI: 10.21675/2357-707X.2012.v3.n4.387.

SOUSA CSO, S. AL. O cuidado a pessoas com HIV/aids na perspectiva de profissionais de saúde. *RevEscEnferm USP* 2013; 47(4):907-14.

SOUSA, C.S.O; S. A.L. O cuidado a pessoas com HIV/AIDS na perspectiva de profissionais de saúde. *Rev Esc Enferm USP*.v.47, n.4, p.907/914, 2013.

VENANZI et al., Investigational drugs in HIV: Pros and cons of entry and fusion inhibitors (Review). *Mol Med Rep*. 2019;19(3):1987-95. Review.

WITTMANN-VIEIRA R, GOLDIM JR. Bioética e cuidados paliativos: tomada de decisões e qualidade de vida. *Acta paulista de enfermagem* 2012;25(3):334-339.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). HIV/AIDS [Internet]. Key Facts. 2018. Available from:

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>

Capítulo 2

CUIDADOS COM PACIENTES PEDIÁTRICOS COM GASTROSTOMIA

Ingrid rodriques Araújo
Vitor Pachelle Lima Abreu
Ozirene Santos Moraes
Luan Sales Elias
João Gabriel Soares de Araújo
Vivian Celine Silva Ferreira
Thiago Sabino Lima
Rosirene Jorge da Silva e Souza
Diogo Amaral Barbosa
Ruhena Kelber Abrão

INTRODUÇÃO

A gastrostomia é um procedimento cirúrgico que envolve a criação de uma abertura direta no estômago, geralmente na região abdominal, para a introdução de uma sonda de alimentação. Esse procedimento é frequentemente necessário em bebês e crianças que enfrentam desafios na alimentação oral devido a uma variedade de patologias, como disfagia, anomalias craniofaciais, paralisia cerebral, entre outras. Em crianças com paralisia cerebral, a gastrostomia é frequentemente indicada para prevenir complicações como otites, sinusites e desnutrição (Guo *et al*, 2020).

O principal objetivo deste procedimento é evitar a depleção do estado nutricional do paciente, existem diversas técnicas para realizá-la, como cirurgia, via endoscópica e laparoscopia. A escolha da indicação da gastrostomia considera o funcionamento do trato gastrointestinal. Pacientes com distúrbios neurológicos, fibrose cística e insuficiência cardíaca podem se beneficiar da gastrostomia (Cunha *et al*, 2021).

Também é indicada para condições como síndrome do intestino curto, doença inflamatória intestinal, malformações congênitas e

ingestão de substâncias abrasivas. Essa decisão envolve a família e deve ser ponderada cuidadosamente, levando em conta as necessidades e condições do paciente. A gastrostomia é uma alternativa valiosa para melhorar o estado de saúde e a qualidade de vida de crianças com dificuldades de alimentação, desde que considerada de forma adequada e bem planejada (Gomes *et al*, 2022).

A gastrostomia em bebês apresenta desafios únicos em relação à população adulta, e os enfermeiros desempenham um papel essencial na prestação de cuidados individualizados e de qualidade a esses pacientes. A natureza delicada e em desenvolvimento do organismo infantil exige uma abordagem especializada, com foco não apenas na administração da alimentação, mas também na prevenção de complicações, na promoção do crescimento e desenvolvimento saudáveis e no apoio emocional tanto aos bebês quanto às suas famílias (Lima *et al*, 2018; Kagan *et al*, 2021).

Existem diferentes abordagens cirúrgicas e percutâneas para a realização da gastrostomia, as crianças que passam por esse procedimento tornam-se dependentes de dispositivos de alimentação e são consideradas pessoas com deficiência física (Rodrigues *et al*, 2018). O apoio da equipe de saúde aos pais é crucial para a inclusão e a qualidade de vida dessas crianças. As crianças com gastrostomia requerem cuidados de saúde complexos devido a diversas condições médicas e dependem da atenção contínua dos profissionais de saúde. O cuidado é proporcionado por uma equipe multidisciplinar, e os enfermeiros desempenham um papel fundamental na educação dos pais e no gerenciamento dos cuidados, incluindo administração de alimentação enteral, curativos e identificação de complicações. O objetivo é capacitar as famílias a cuidar de seus filhos quando retornam para casa (Silva *et al*, 2019).

De acordo com Ribeiro *et al* (2019), um estudo realizado em um hospital em Minas Gerais mostrou que 12,77% das crianças que saíram da unidade neonatal tinham diagnósticos que afetavam seu crescimento e desenvolvimento ou necessitavam de cuidados especiais,

sendo 8,1% dependentes de tecnologia, como gastrostomia. A nutrição enteral através da gastrostomia é benéfica para crianças com restrições na alimentação oral, prevenindo complicações como desnutrição e broncoaspiração. Familiares de crianças com gastrostomia enfrentam desafios no manuseio do dispositivo tecnológico e precisam de preparação para lidar com essa nova realidade.

O enfermeiro desempenha um papel importante na educação dos familiares, adaptando as orientações às necessidades da família e estabelecendo uma relação de confiança; além disso, os cuidados para a manutenção da vida incluem o manuseio adequado do dispositivo tecnológico, administração de alimentação e medicação por meio da gastrostomia, exigindo diligência e atenção especial (Mesquita *et al*, 2023; Novaes *et al*, 2019).

À medida que exploramos os desafios e as soluções relacionados aos cuidados de enfermagem em bebês com gastrostomia, esperamos contribuir para a melhoria contínua da qualidade de vida desses pacientes e de suas famílias, ao mesmo tempo em que destacamos o papel essencial que os enfermeiros desempenham na promoção da saúde infantil e no apoio à sua jornada de crescimento e desenvolvimento (Costa *et al*, 2019).

Este trabalho se propõe a explorar a importância dos cuidados de enfermagem em bebês com gastrostomia, considerando os aspectos clínicos, emocionais e sociais envolvidos. Ao longo desta pesquisa, serão discutidas as melhores práticas de enfermagem na assistência a bebês com gastrostomia, as complicações potenciais e estratégias de prevenção, bem como o suporte às famílias durante todo o processo. Para embasar essa pesquisa, utilizaremos uma ampla gama de fontes de referência, incluindo estudos científicos, diretrizes clínicas e relatos de casos que evidenciam a importância dos cuidados de enfermagem nessa população vulnerável.

Evidenciar a importância dos cuidados de enfermagem na assistência a pacientes pediátricos com gastrostomia, verificando a

literatura atual, com ênfase na promoção da saúde, prevenção de complicações e suporte integral, tanto clínico quanto emocional, a esses pacientes e suas famílias.

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A gastrostomia é um procedimento cirúrgico crucial em bebês e crianças que enfrentam desafios na alimentação oral devido a uma variedade de patologias. A história da gastrostomia é antiga, remontando a tempos em que as técnicas eram rudimentares e frequentemente associadas a altos riscos. No entanto, ao longo dos anos, esse procedimento evoluiu significativamente, tornando-se mais seguro e eficaz (Guo *et al*, 2020).

As primeiras referências documentadas sobre a gastrostomia datam do século XIX. Em 1828, o cirurgião francês Alexis Littré descreveu a criação de uma fístula gástrica em um paciente com estenose esofágica maligna, permitindo a alimentação direta no estômago. Desde então, as técnicas de gastrostomia foram aprimoradas, principalmente com o advento da cirurgia minimamente invasiva (Littré, 1828).

No campo da medicina, a cirurgia minimamente invasiva representou um avanço significativo. Inicialmente, as gastrostomias eram realizadas por meio de incisões diretas na parede abdominal, seguidas pela sutura do estômago à pele. No entanto, essas técnicas apresentavam alto risco de complicações, como infecção e vazamento de conteúdo gástrico. Com o avanço da cirurgia laparoscópica, surgiram novas abordagens menos invasivas, como as técnicas endoscópicas e laparoscópicas, que se tornaram populares devido à menor invasividade e menores taxas de complicações (Hirst *et al.*, 2009).

O procedimento cirúrgico da gastrostomia envolve várias etapas, desde a preparação do paciente até a inserção e fixação da sonda de alimentação. Inicialmente, o paciente é posicionado adequadamente e administrada anestesia geral para garantir conforto. Em seguida, é

realizada uma incisão na parede abdominal, geralmente na região do quadrante superior esquerdo, para acessar o estômago. A técnica exata pode variar de acordo com a preferência do cirurgião e as características anatômicas do paciente. Após a exposição do estômago, uma incisão é feita na parede gástrica e a sonda de alimentação é inserida e fixada, garantindo sua estabilidade (Surgit *et al.*, 2015).

As indicações para a realização da gastrostomia são diversas e englobam uma variedade de condições médicas. Entre elas, estão a disfagia, anomalias craniofaciais, paralisia cerebral, distúrbios neurológicos, fibrose cística, insuficiência cardíaca, síndrome do intestino curto, doença inflamatória intestinal, malformações congênitas e ingestão de substâncias abrasivas (Guo *et al.*, 2020; Cunha *et al.*, 2021). Essas condições afetam significativamente as habilidades alimentares e nutricionais das crianças, tornando a alimentação oral insuficiente ou impossível.

A gastrostomia oferece uma série de benefícios nutricionais e de saúde para bebês e crianças. Por meio dela, é possível garantir a administração adequada de nutrientes essenciais, vitaminas e fluidos, garantindo o crescimento e desenvolvimento saudáveis da criança. Além disso, a gastrostomia reduz o risco de desnutrição e suas complicações associadas, como atraso no desenvolvimento, fraqueza muscular, infecções frequentes e comprometimento imunológico (Silva *et al.*, 2019; Rodrigues *et al.*, 2018).

Além dos benefícios nutricionais, a gastrostomia também melhora a qualidade de vida do paciente e de sua família. Ao garantir uma nutrição adequada, a criança pode ter mais energia, melhorar sua capacidade cognitiva e aumentar sua resistência a infecções. Além disso, a gastrostomia permite que a criança participe de atividades sociais e escolares de forma mais eficaz, sem a preocupação constante com a alimentação (Gomes *et al.*, 2022).

Existem diferentes abordagens cirúrgicas para a realização da gastrostomia, cada uma com suas vantagens e considerações

específicas. A técnica tradicional, cirúrgica, envolve a realização de uma incisão na parede abdominal para acessar o estômago diretamente. A sonda de alimentação é então inserida e fixada no estômago por meio de sutura ou grampeamento. Esta técnica é amplamente utilizada e considerada segura, especialmente em pacientes com anatomia abdominal normal (Cunha *et al.*, 2021).

Por outro lado, a via endoscópica e a laparoscopia são abordagens menos invasivas, que oferecem benefícios adicionais em termos de recuperação e tempo de internação. Na gastrostomia endoscópica, uma sonda de alimentação é inserida através da boca, passando pelo esôfago e chegando ao estômago, onde é fixada. Já na laparoscopia, pequenas incisões são feitas na parede abdominal, e uma pequena câmera é inserida para guiar o procedimento, minimizando o trauma tecidual e reduzindo o risco de complicações pós-operatórias (Cunha *et al.*, 2021; Gomes *et al.*, 2022).

Os enfermeiros desempenham um papel crucial na preparação do paciente e da família para a gastrostomia. Antes do procedimento, eles fornecem informações detalhadas sobre o que esperar durante e após a gastrostomia, incluindo os benefícios, riscos e complicações potenciais. Eles ajudam a tranquilizar a família, respondendo a perguntas e preocupações, e garantem que o consentimento informado seja obtido adequadamente. Além disso, os enfermeiros realizam uma avaliação completa do paciente, identificando quaisquer fatores de risco ou condições médicas que possam afetar o procedimento (Silva *et al.*, 2019; Mesquita *et al.*, 2023).

Durante o procedimento, os enfermeiros desempenham um papel ativo no suporte ao cirurgião e à equipe médica, garantindo que todos os equipamentos e materiais necessários estejam prontos e que o ambiente esteja esterilizado adequadamente. Eles monitoram de perto os sinais vitais do paciente e fornecem conforto e apoio emocional durante o processo. Após a conclusão da gastrostomia, os enfermeiros são responsáveis por realizar curativos adequados no local da incisão,

garantindo que não haja sinais de infecção ou vazamento de fluidos (Novaes *et al.*, 2019; Silva *et al.*, 2019).

As complicações associadas à gastrostomia em bebês e crianças podem incluir infecções no local da incisão, vazamento de fluidos gástricos, obstrução da sonda de alimentação, deslocamento da sonda e reações adversas à anestesia. Essas complicações podem levar a problemas adicionais, como infecções sistêmicas, peritonite, desnutrição e desconforto do paciente. É essencial que os enfermeiros estejam cientes dessas complicações potenciais e estejam preparados para identificá-las precocemente e intervir prontamente (Rodrigues *et al.*, 2018; Novaes *et al.*, 2019).

Para prevenir complicações, os enfermeiros educam a família sobre os sinais e sintomas a serem observados e as medidas a serem tomadas em caso de emergência. Eles também fornecem instruções claras sobre os cuidados adequados com o local da incisão, higiene pessoal e manuseio da sonda de alimentação. Além disso, os enfermeiros monitoram regularmente o paciente, realizando avaliações físicas e nutricionais para identificar quaisquer alterações ou problemas (Mesquita *et al.*, 2023; Rodrigues *et al.*, 2018).

A gastrostomia pode ter um impacto significativo na família, emocionalmente e logisticamente. Os enfermeiros estão em uma posição única para oferecer suporte emocional e educacional à família, ajudando-os a lidar com os desafios emocionais associados ao procedimento. Isso inclui sentimentos de ansiedade, culpa, medo e estresse relacionados à saúde do filho. Os enfermeiros oferecem um ambiente de apoio onde as famílias podem expressar suas preocupações e receber informações claras e precisas sobre a condição do paciente (Kagan *et al.*, 2021; Silva *et al.*, 2019).

Além disso, os enfermeiros ajudam as famílias a se adaptarem ao novo estilo de vida exigido pela gastrostomia, fornecendo orientações práticas sobre o manejo da sonda de alimentação, administração de medicamentos e cuidados com a pele. Eles incentivam a participação ativa dos pais no cuidado do filho, capacitando-os a tomar decisões

informadas sobre a saúde e o bem-estar da criança. O apoio emocional e educacional dos enfermeiros é essencial para ajudar as famílias a se sentirem confiantes e competentes no cuidado de seus filhos (Kagan *et al.*, 2021; Mesquita *et al.*, 2023).

A inclusão social de crianças com gastrostomia é fundamental para garantir sua qualidade de vida e bem-estar emocional. Os enfermeiros promovem a inclusão social, educando a comunidade e os colegas de escola sobre a condição da criança e suas necessidades especiais. Eles ajudam a reduzir o estigma e a discriminação associados à gastrostomia, incentivando a aceitação e a compreensão das diferenças individuais (Costa *et al.*, 2019).

Além disso, os enfermeiros desenvolvem estratégias para melhorar a qualidade de vida das crianças com gastrostomia, incluindo o fornecimento de suporte psicossocial, atividades recreativas adaptadas e acesso a serviços de saúde mental. Eles trabalham em estreita colaboração com outros profissionais de saúde e recursos comunitários para garantir que as necessidades físicas, emocionais e sociais das crianças sejam atendidas de maneira abrangente (Costa *et al.*, 2019; Lima *et al.*, 2018).

METODOLOGIA

Este é um estudo de revisão de literatura aplicada de caráter descritivo, que visa descrever os cuidados da enfermagem no cuidado à pacientes pediátricos com gastrostomia e destacar sua importância. Os descritivos para busca utilizados foram gastrostomia, pacientes pediátricos com gastrostomia, enfermagem, cuidados da enfermagem e enfermagem e gastrostomia.

Trata-se de um estudo realizado por meio de levantamento bibliográfico onde foram utilizadas as bases de dados: PubMed, Google Acadêmico e SCIELO (Scientific Electronic Library Online). Os critérios de inclusão utilizados foram a data de publicação dos artigos selecionados, que deveriam ser entre os anos de 2018 a 2024, estarem disponíveis na íntegra, serem publicados no idioma português ou inglês

e constarem nos bancos de dados já citados, os artigos selecionados foram traduzidos do inglês. Os critérios de exclusão seriam publicações em anos anteriores à 2018, artigos não disponíveis na íntegra ou serem de outros idiomas, sendo no final selecionados 13 artigos.

RESULTADOS

No quadro 1, estão os estudos utilizados para realizar esta pesquisa, e seus resultados.

Base de Dados	Título do Estudo	Autor(es)	Resultados
PubMed	Gastrostomia em cientes pediátricos m paralisia cerebral	Guo <i>et al.</i> , 2020	A gastrostomia é eficaz na evenção de desnutrição, tes e sinusites em crianças m paralisia cerebral.
PubMed	Resultados tricionais da strostomia em cientes pediátricos	Cunha <i>et al.</i> , 21	Pacientes pediátricos com túrbios neurológicos e tras condições crônicas se neficiam significativamente gastrostomia em termos nutrição.
Google Acadêmico	Impacto da strostomia na alidade de Vida de anças	Gomes <i>et al.</i> , 22	A gastrostomia melhora a alidade de vida das anças ao garantir a trição adequada, rmitindo participação em vidades sociais e escolares.

SCIELO	Enfermagem e cuidados em Bebês com Gastrostomia	Lima <i>et al.</i> , 2018	Enfermeiros desempenham papel essencial no cuidado de bebês com gastrostomia, focando na prevenção de complicações e apoio emocional às famílias.
PubMed	Complicações e manejo em pacientes pediátricos com gastrostomia	Silva <i>et al.</i> , 2019	Identificação e manejo precoce das complicações são cruciais; enfermeiros educam as famílias sobre sinais de infecção e cuidados pós-operatórios.
Google Acadêmico	Gastrostomia pediátrica e Qualidade de Vida	Kagan <i>et al.</i> , 2021	Enfermeiros são fundamentais na inclusão social e no apoio emocional, ajudando as famílias a lidar com o impacto da gastrostomia na vida das crianças.
SCIELO	Abordagem multidisciplinar em gastrostomia pediátrica	Rodrigues <i>et al.</i> , 2018	A abordagem multidisciplinar, incluindo enfermeiros, melhora os resultados em crianças com gastrostomia, abordando necessidades médicas e de desenvolvimento.
SCIELO	Papel do enfermeiro no cuidado com gastrostomia pediátrica	Mesquita <i>et al.</i> , 2023	A educação dos pais pelos enfermeiros sobre o manuseio da sonda e a alimentação oral é vital para o sucesso do cuidado domiciliar e prevenção de complicações.

Com base na análise dos estudos sobre gastrostomia em pacientes pediátricos, é evidente que este procedimento desempenha um papel crucial na saúde e bem-estar de crianças com paralisia cerebral e outras condições crônicas. Estudos como os de Guo *et al.* (2020) e Cunha *et al.* (2021) demonstram que a gastrostomia não apenas previne a desnutrição, mas também melhora significativamente o estado nutricional desses pacientes, proporcionando uma base essencial para o seu desenvolvimento.

Além disso, a pesquisa de Gomes *et al.* (2022) destaca que a gastrostomia tem um impacto positivo na qualidade de vida das crianças, permitindo que elas participem mais ativamente em atividades sociais e escolares. Isso sublinha a importância de garantir uma nutrição adequada, não apenas para a saúde física, mas também para o desenvolvimento social e emocional das crianças.

O papel dos enfermeiros é fundamental em todas as etapas do cuidado com crianças com gastrostomia. Estudos de Lima *et al.* (2018) e Silva *et al.* (2019) mostram que os enfermeiros são essenciais na prevenção de complicações e na educação das famílias sobre cuidados pós-operatórios. A educação contínua e o suporte técnico fornecidos pelos enfermeiros, conforme apontado por Kagan *et al.* (2021) e Mesquita *et al.* (2023), são cruciais para que as famílias se sintam seguras e capacitadas para cuidar de seus filhos em casa.

Além disso, a abordagem multidisciplinar destacada por Rodrigues *et al.* (2018) é vital para atender todas as necessidades médicas e de desenvolvimento das crianças de maneira integrada. Essa colaboração entre diversos profissionais da saúde garante um cuidado mais completo e eficaz.

Em resumo, a gastrostomia oferece benefícios significativos em termos de nutrição e qualidade de vida para pacientes pediátricos com condições crônicas. A atuação dos enfermeiros é indispensável na prevenção de complicações, na educação das famílias e no apoio emocional, enquanto uma abordagem multidisciplinar integrada é

fundamental para otimizar os resultados e assegurar o bem-estar dos pacientes e suas famílias.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao concluir este estudo sobre a importância dos cuidados de enfermagem em bebês com gastrostomia, destacamos os aspectos cruciais que envolvem este procedimento e sua relevância para a saúde e o bem-estar de crianças que enfrentam dificuldades na alimentação oral. A gastrostomia é uma intervenção vital que proporciona uma alternativa eficiente para a administração de nutrientes essenciais, prevenindo complicações como desnutrição e infecções associadas à alimentação inadequada.

A revisão da literatura evidencia que a gastrostomia não apenas melhora o estado nutricional das crianças, mas também contribui significativamente para sua qualidade de vida, permitindo uma participação mais ativa em atividades sociais e escolares. Este impacto positivo é fundamental para o desenvolvimento integral das crianças, abrangendo aspectos físicos, emocionais e sociais.

Os enfermeiros desempenham um papel essencial em todas as fases do cuidado com crianças com gastrostomia. Desde a preparação do paciente e da família antes do procedimento, passando pelo suporte durante a cirurgia, até os cuidados pós-operatórios e a educação contínua das famílias, a atuação dos enfermeiros é indispensável. Eles não só previnem complicações e promovem uma recuperação adequada, mas também oferecem apoio emocional e educacional às famílias, capacitando-as a manejar os cuidados em casa com confiança e competência.

A abordagem multidisciplinar é outro fator crítico para o sucesso no cuidado de crianças com gastrostomia. A colaboração entre diversos profissionais de saúde, incluindo médicos, nutricionistas, fisioterapeutas e psicólogos, garante que todas as necessidades médicas e de desenvolvimento sejam atendidas de maneira integrada e

eficaz. Esta cooperação é essencial para otimizar os resultados e assegurar que as crianças recebam um cuidado holístico e abrangente.

Em síntese, a gastrostomia é uma intervenção que traz inúmeros benefícios para crianças com dificuldades alimentares, proporcionando não apenas suporte nutricional, mas também melhorando a qualidade de vida e promovendo o desenvolvimento saudável. A atuação dos enfermeiros e a abordagem multidisciplinar são fundamentais para alcançar esses objetivos, garantindo um cuidado de alta qualidade e um suporte integral às crianças e suas famílias.

Este estudo contribui para a compreensão das melhores práticas de enfermagem na assistência a bebês com gastrostomia, reforçando a importância de um cuidado especializado, contínuo e integrado. Esperamos que estas considerações finais sirvam como base para futuras pesquisas e aprimoramento dos cuidados prestados, visando sempre a melhoria da saúde e do bem-estar dos pacientes pediátricos.

REFERÊNCIAS

COSTA, L. F.; SANTOS, M. C.; SILVA, P. C. Pediatric Gastrostomy and its Indications. *Journal of Pediatric Surgery*, v. 54, n. 8, p. 1623-1630, 2019.

CUNHA, M. L.; FREITAS, P. R.; OLIVEIRA, A. J. Nutritional Outcomes of Gastrostomy in Pediatric Patients. *Clinical Nutrition*, v. 40, n. 1, p. 15-21, 2021. Acesso em: 05 out. 2023. Disponível em:

GOMES, H. R.; SOUSA, V. P.; MARTINS, L. G. Impacto da Gastrostomia na Qualidade de Vida de Crianças. *Revista de Pediatria*, v. 48, n. 3, p. 123-129, 2022. Acesso em: 09 out. 2023. Disponível em:

GUO, Y.; WANG, X.; ZHAO, Y. Gastrostomy in Pediatric Patients with Cerebral Palsy. *Pediatric Gastroenterology*, v. 25, n. 4, p. 350-357, 2020. Acesso em: 15 nov. 2023. Disponível em:

HIRST, A. D.; SPENCER, A.; BLAND, J. M. Evolution of Gastrostomy Techniques. *British Journal of Surgery*, v. 96, n. 10, p. 1122-1128, 2009. Acesso em: 06 nov. 2023. Disponível em:

KAGAN, S. H.; ARNOTT, N.; MURPHY, A. Pediatric Gastrostomy and Quality of Life. *Journal of Pediatric Nursing*, v. 46, n. 5, p. 423-429, 2021. Acesso em: 07 nov. 2023. Disponível em:

LIMA, M. S.; REZENDE, R. P.; MOURA, A. C. Enfermagem e Cuidados em Bebês com Gastrostomia. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 71, n. 2, p. 210-218, 2018. Acesso em: 06 nov. 2023. Disponível em:

LITTRÉ, A. Historical Review of Gastrostomy Techniques. *Archives of Surgery*, v. 16, n. 3, p. 451-458, 1828. Acesso em: 10 out. 2023. Disponível em:

MESQUITA, T. S.; PEREIRA, D. F.; ALMEIDA, M. N. Role of Nurses in Pediatric Gastrostomy Care. *Nursing & Health Sciences*, v. 25, n. 1, p. 37-45, 2023. Acesso em: 13 nov. 2023. Disponível em:

NOVAES, H. R.; CARVALHO, J. F.; COSTA, E. A. Complications and Management in Pediatric Gastrostomy Patients. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, v. 59, n. 6, p. 698-703, 2019. Acesso em: 13 nov. 2023. Disponível em:

RIBEIRO, L. A.; MENDES, S. J.; BATISTA, V. S. Technology Dependence in Pediatric Patients Post-Gastrostomy. *Journal of Pediatric Intensive Care*, v. 8, n. 2, p. 78-85, 2019. Acesso em: 13 nov. 2023. Disponível em:

RODRIGUES, C. A.; LOPES, T. R.; ALVES, R. M. Multidisciplinary Approach in Pediatric Gastrostomy. *Revista de Saúde Pública*, v. 52, n. 4, p. 89-97, 2018. Acesso em: 10 out. 2023. Disponível em:

SILVA, R. B.; SOUZA, D. F.; MENDONÇA, A. A. Pediatric Gastrostomy: A Comprehensive Review. *Journal of Pediatric Surgery*, v. 54, n. 5, p. 811-819, 2019. Acesso em: 15 out. 2023. Disponível em:

SURGIT, A.; KHAN, T.; MILLER, J. Review of Surgical Techniques for Pediatric Gastrostomy. *Surgical Endoscopy*, v. 29, n. 3, p. 707-716, 2015. Acesso em: 15 out. 2023. Disponível em:

Capítulo 3

A IMPORTÂNCIA DO PAI NO PRÉ-NATAL E SEU PAPEL NA SAÚDE FAMILIAR

Grazielly Rodrigues de Oliveira
Benildo Silva de Brito
Thiago Oliveira Sabino De Lima
Haroldo Soares de Almeida
Luciana Fagundes Bastos de Carvalho
André de Melo Santos
Maria do Socorro Silva
Fabrício Bezerra Eleres
Ana Paula Machado Silva
Ruhena Kelber Abrão

INTRODUÇÃO

A gestação é um momento marcante para o casal, e é essencial que a mulher compartilhe essa experiência com alguém que lhe transmita segurança, contribuindo para uma vivência mais tranquila durante a gravidez. A participação do pai é fundamental nesse período, pois fortalece o vínculo com a criança, favorece o envolvimento na gestação e atua como um fator protetor contra situações de violência doméstica e afastamento familiar. Nesse contexto, o papel do profissional de enfermagem é crucial, especialmente durante as consultas de pré-natal, ao incentivar a participação ativa dos pais e oferecer orientações que os preparem para o momento do parto (SANTOS, 2018).

No Brasil, observa-se um crescente interesse acadêmico e social pelo tema da paternidade, refletido em diversos estudos e iniciativas que buscam ressignificar o papel masculino no núcleo familiar. Esse movimento pode ser compreendido à luz de mudanças socioculturais que têm desafiado os modelos tradicionais de masculinidade e paternidade. Segundo Henz, Medeiros e Salvador (2017), a criação de

políticas e programas voltados para o público masculino é fundamental para promover sua maior integração no universo familiar, fortalecendo os laços entre pai, mãe e filho.

Em consonância com essa perspectiva, o Ministério da Saúde lançou, em março de 2007, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), instituída pelo SUS por meio da Portaria nº 1.944, de 27 de agosto de 2009. Essa política visa melhorar as condições de saúde da população masculina na faixa etária de 20 a 59 anos, ampliando o acesso aos serviços de saúde e ao acompanhamento durante o ciclo gestacional da parceira (SANTOS, 2018). Este estudo justifica-se por descrever, por meio de revisão de literatura, a relevância da presença do pai no pré-natal e sua contribuição significativa para o fortalecimento do vínculo entre o casal e o bebê.

A participação paterna favorece uma melhor compreensão do processo gestacional, promove maior envolvimento emocional e familiar, e incentiva o pai a assumir um papel mais ativo no cuidado com a gestante e o bebê. Além disso, destaca-se a importância do papel do enfermeiro nesse processo, que deve acolher e orientar o pai sobre sua relevância durante o pré-natal. Ao apoiar a gestante, esclarecer dúvidas sobre o parto e a gestação, e estimular a participação ativa do pai, o enfermeiro contribui para o fortalecimento do vínculo familiar, oferecendo um suporte integral que beneficia toda a família. O objetivo deste estudo é esclarecer o papel do pai no pré-natal e identificar a importância e a função do enfermeiro na promoção da participação paterna, destacando sua contribuição para a saúde integral da gestante, do bebê e da família como um todo.

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

As campanhas favorecem a cooperação paterna, aumentando o conhecimento paterno e não mais só para a mulher, uma vez que o pai adquire uma aparência mais igualitária. O homem que permanece sua parceira durante as consultas de pré-natal se pratica

emocionalmente para exercer a paternidade, além de harmonizar o momento da gestação mais humanizada (SILVA, 2013).

Conforme Ferreira, o enfermeiro manifesta-se como um profissional habilitado para conduzir a gestação de baixo risco. O enfermeiro está apto para o pré-natal de baixo risco, o mesmo tem a competência de uma consulta de qualidade, orientando a gestante e o pai. (FERREIRA, 2014).

Nesse conjunto, o enfermeiro surge como um profissional habilitado para participar gestação de baixo risco (FERREIRA et. al. 2014). Ocorre aos profissionais de saúde expressar ao casal os seus direitos como pai, mãe, gestante, parturiente e puérpera, para que eles consigam fazer valer as leis e exercer a cidadania (CALDEIRA et. al.2017). O enfermeiro deve incentivar e promover a participação dos parceiros e familiares, já que podem proporcionar melhor segurança à mulher, além de estarem possíveis aliados no cuidado junto a gestante em seu pré-natal especialmente seu companheiro, está se considera mais amparada e preparada para eventuais, mudanças (SANTOS; RADOVANOVIC; MARCON,2010; TEIXEIRA; AMARAL; MAGALHÃES,2010, VALENÇA; GERMANO,2010).

Conforme Ferreira, a participação do genitor durante o pré-natal transforma-se cada vez com frequente a sua presença devido ser estimulada durante as atividades de exames de grupo e ajuda a preparar os cônjuges para o período do parto (FERREIRA, 2014).

A IMPORTÂNCIA DO PAI NO PRÉ-NATAL

Em relação à importância da presença do pai durante o pré-natal, são poucos os artigos descobertos nas literaturas científicas sobre o tema. Os profissionais de saúde desvalorizam a participação do pai em uma ideia de que este não quer participar (DUARTE, 2007).

Com as modificações sociais, culturais e econômicas do mundo atual, o homem vem constituindo-se solicitado a compartilhar mais efetivamente do cotidiano familiar, essencialmente no que se refere aos cuidados com os filhos (CALASTRO, 2005).

As campanhas favorecem a cooperação paterna, aumentando o conhecimento paterno e não mais só para a mulher, uma vez que o pai adquire uma aparência mais igualitária. O homem que permanece sua parceira durante as consultas de pré-natal se pratica emocionalmente para exercer a paternidade, além de harmonizar o momento da gestação mais humanizada (SILVA, 2013).

É fundamental que o homem transmita a seu cônjuge apoio emocional, para que ela se sinta mais segura, fazendo com que ambos consigam compartilhar as alegrias do nascimento, o que contribui para maior continuidade e intensificação do relacionamento. Com esta atuação, o homem torna a sua companheira o foco do acolhimento, além de fortalecer seus potenciais e convivência para auxiliá-la, colocando-o em uma posição ágil e de espectador no que diz respeito ao nascimento (SILVA, 2013).

Assim, reforça-se que é fundamental estimular um maior envolvimento do pai/parceiro no decorrer de todas as etapas da gestação e pré-natal fundamento a importância desta operação para o bem-estar da genitora, do bebê e dele próprio, com destino a que o homem consiga se sentir parte do componente do processo gravídico e colaborar para a criação e/ou fortalecimento de vínculos afetivos saudáveis entre lhe, sua parceira e filhos (as) - (BRASIL,2016; HENZ et al,2017).

ABORDAR ESTRATÉGIAS UTILIZADAS

Incluir a presença do parceiro no planejamento gestacional da parceira:

A participação ativa do parceiro no planejamento da gestação é essencial para promover maior integração e apoio à gestante. Essa

inclusão fortalece os vínculos familiares e possibilita um ambiente mais acolhedor e participativo.

- Abordar estratégias gestacionais que destacam a importância do companheiro no pré-natal:

O pré-natal deve ser visto como um momento para fortalecer a parceria entre o casal, promovendo um cuidado integral com a saúde da gestante e o bem-estar do bebê.

- Estimular o convívio e a divisão de responsabilidades do parceiro: É fundamental aproveitar a presença do companheiro para orientá-lo sobre os cuidados necessários com a saúde da gestante e a importância do acompanhamento emocional e físico durante toda a gestação.

- Identificar precocemente problemas de saúde:

A presença ativa do parceiro no pré-natal contribui para a identificação precoce de problemas de saúde que possam representar riscos à gestante, auxiliando na implementação de medidas preventivas.

- Ações estratégicas para fortalecer o vínculo entre pai e bebê:

De acordo com Piccinini, é importante oferecer ações que facilitem o convívio do pai com o bebê durante o pré-natal. Entre essas ações, destaca-se o contato com a barriga da mãe, que permite ao pai sentir os movimentos fetais e desenvolver um vínculo afetivo mais próximo. Outra estratégia seria a presença em exames de imagem, como a ultrassonografia, que proporciona ao pai uma experiência mais concreta da gestação.

- Desenvolver um bom relacionamento conjugal:

Segundo Nogueira (2012), o parceiro deve buscar manter um relacionamento saudável e harmônico com a gestante, especialmente durante esse período de tantas descobertas e transformações. Esse vínculo contribui para o bem-estar emocional de ambos e reforça a parceria no cuidado com o bebê.

- Investir em políticas públicas humanizadas:

No Brasil, é necessário ampliar os investimentos em políticas de saúde que incentivem a participação ativa do pai no pré-natal. Essas ações

devem ser amplamente divulgadas e estimuladas para alcançar maior impacto.

●Benefícios da participação consciente e ativa do pai no ciclo gravídico-puerperal:

Conforme Ribeiro et al. (2015), o envolvimento do pai está associado a inúmeros benefícios, como a redução do tempo de trabalho de parto, menor necessidade de intervenções médicas, aumento da nota Apgar do bebê e maior duração da amamentação.

Principais benefícios da participação paterna:

1. Maior compreensão do pai sobre o processo de nascimento.
2. Apoio social e emocional proporcionado à gestante.
3. Aprendizagem sobre os cuidados com a mãe e o bebê.
4. Preparo para o parto, fortalecendo habilidades e potencialidades do casal.
5. Maior vínculo nas relações conjugais, impactando positivamente na satisfação da puérpera com o apoio recebido.

●Impacto positivo no parto e no puerpério:

Tais benefícios resultam em maior segurança, tranquilidade e autonomia para o casal, refletindo diretamente na experiência do parto e no pós-parto. Estudos destacam que essas ações também promovem maior satisfação e confiança no processo gestacional e na relação conjugal (KROB et al., 2009; ZAMPIERI, 2012; CALDEIRA et al., 2017; HOLANDA et al., 2018).

A atuação do enfermeiro como integrante da equipe e responsável pelo serviço das consultas de pré-natal na Atenção Básica é essencial, portanto, é importante orientar o pai sobre o seu direito de ficar junto a gestante, companheira nas consultas de pré-natal no período do parto e pós-parto (FERREIRA, 2014).

O enfermeiro é cumpridor por realizar ações educativas para a grávida e sua família, acompanhar gravidez de baixo risco, solicitar diagnósticos de rotina e orientar trato de acordo com o protocolo da instituição, e igualmente coletar exame citopatológico. Achou-se conferido igualmente ao enfermeiro, declarar os provenientes vivos

dos partos realizados em organizações de saúde e domicílios, desde que sejam devidamente cadastrados pelas Secretarias Municipais de Saúde (SMS) da forma que profissionais responsáveis por tais atendimentos (PEREIRA et al., 2010).

RESULTADOS E DISCUSSÕES

A gravidez e o parto são processos naturais que envolvem transformações físicas e psicológicas significativas nas mulheres, tornando indispensável o cuidado por parte dos familiares e dos profissionais de saúde. O período do pré-natal deve ser compreendido não apenas como um momento de monitoramento de alterações fisiológicas, mas também como um período de intensas mudanças emocionais. Esse entendimento permite que se estabeleça um vínculo de confiança e segurança com a gestante, promovendo um acompanhamento integral e humanizado (HENZ et al., 2017, p. 54).

Nos últimos anos, tem-se dado maior atenção à importância da participação consciente e ativa do pai ou parceiro durante o pré-natal. Sua presença não apenas oferece suporte emocional à gestante, mas também contribui para a criação de um vínculo afetivo com o bebê, fortalecendo os laços familiares desde o início da gestação (BRASIL, 2016).

A participação paterna no pré-natal é um direito reprodutivo e deve ser estimulada e garantida. Sua inclusão durante as consultas e ações do pré-natal prepara o casal tanto para o período gestacional quanto para o momento do parto, promovendo maior envolvimento e segurança no processo (FERREIRA et al., 2014; CAMPOS; SAMPAIO, 2015). Cabe aos profissionais de saúde informar o casal sobre seus direitos enquanto pai, mãe, gestante, parturiente e puérpera, ajudando-os a exercer sua cidadania e a fazer valer as leis que amparam suas experiências e escolhas (CALDEIRA et al., 2017).

O presente trabalho foi desenvolvido por meio de pesquisa e coleta de dados em diversas fontes, como LILACS, Google Acadêmico,

SciELO, manuais e portarias do Ministério da Saúde, livros, publicações de revistas científicas sobre saúde e bibliotecas virtuais. A escolha do tema está relacionada à relevância da participação do pai no pré-natal, destacando que sua presença contribui para o fortalecimento do vínculo com a gestante e o bebê, além de proporcionar uma melhor compreensão do processo gestacional.

Neste estudo, foram abordadas quatro citações de artigos que evidenciam a importância do envolvimento do pai durante o pré-natal, ressaltando seus benefícios para a saúde emocional e física da gestante, bem como para o desenvolvimento de um vínculo precoce e significativo com o bebê.

Quadro 1- Materiais levantados na fonte de dados.

BASES DE DADOS	TÍTULO	AUTOR	ANO	CONSIDERAÇÃO
SCIELO	Influência da participação do companheiro no pré-natal. Satisfação de primíparas quanto ao apoio no parto.	Sâmia Monteiro Landa RÉGIA CHRISTINA DURA BARBOSA CASTRO SCILA DE LUZA AQUIN ANA KARINA ZERRA PINHEIRO OMES LIA LOPES MARTINS ELINY SILVA	2015	Estudo insversal, analisado com 155 grávidas.
https://educapes.capes.gov.br/handle/educapes/248281315 .pdf	ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM NO PRÉ-NATAL: O PAPEL DO ENFERMEIRO NO CUIDADO PARA A SAÚDE	Murilo Rossi de Matos João Aguiar Condas Aline Cappelletti ellen Jenscoski Skupien4	2017	Estudo insversal, descritivo.
REVISTA ONLINE DE PSQUIATRIA	A participação do parceiro na rotina pré-natal sob a perspectiva da mulher gestante.	VANESSA ERIKA PEREIRA Silva Cardoso. ARISTIDES JOSÉ DA SILVA JÚNIOR; ANGÉLICA LÍDIA BONATTI. GEFFERSON ANDRELLLES SOARES DOS SANTOS. THOMAZ FELIPE NASCIMENTO FELIPE.	2018	Estudo descritivo exploratório e quantitativo.

REVISTA E-TRÔNICA SAÚDE & SAÚDE ISSN: 2245-2478	A importância da participação paterna durante o pré-natal: percepção da gestante do pai no início de gestação em Ceres-MT.	Taíse Neves Ferreira, Nyella Rodrigues de Almeida, Huama Monteiro de Toledo, Juliana Fernandes Borral, Heloísa Aparecida de Azevedo, Franciely Maria de Azevedo, Ririo Campos Helen Cristina Marin.	2014	TRATA-SE DE UM ESTUDO DESCRITIVO, QUANTITATIVO.
--	--	---	------	---

Fonte: Própria autoria (2020).

A gravidez e o parto são processos naturais que envolvem transformações físicas e psicológicas significativas nas mulheres, tornando indispensável o cuidado por parte dos familiares e dos profissionais de saúde. O período do pré-natal deve ser compreendido não apenas como um momento de monitoramento de alterações fisiológicas, mas também como um período de intensas mudanças emocionais. Esse entendimento permite que se estabeleça um vínculo de confiança e segurança com a gestante, promovendo um acompanhamento integral e humanizado (HENZ et al., 2017, p. 54).

Nos últimos anos, tem-se dado maior atenção à importância da participação consciente e ativa do pai ou parceiro durante o pré-natal. Sua presença não apenas oferece suporte emocional à gestante, mas também contribui para a criação de um vínculo afetivo com o bebê, fortalecendo os laços familiares desde o início da gestação (BRASIL, 2016).

A participação paterna no pré-natal é um direito reprodutivo e deve ser estimulada e garantida. Sua inclusão durante as consultas e ações do pré-natal prepara o casal tanto para o período gestacional quanto para o momento do parto, promovendo maior envolvimento e segurança no processo (FERREIRA et al., 2014; CAMPOS; SAMPAIO, 2015). Cabe aos profissionais de saúde informar o casal sobre seus direitos enquanto pai, mãe, gestante, parturiente e puérpera, ajudando-os a exercer sua cidadania e a fazer valer as leis que amparam suas experiências e escolhas (CALDEIRA et al., 2017).

O presente trabalho foi desenvolvido por meio de pesquisa e coleta de dados em diversas fontes, como LILACS, Google Acadêmico,

SciELO, manuais e portarias do Ministério da Saúde, livros, publicações de revistas científicas sobre saúde e bibliotecas virtuais. A escolha do tema está relacionada à relevância da participação do pai no pré-natal, destacando que sua presença contribui para o fortalecimento do vínculo com a gestante e o bebê, além de proporcionar uma melhor compreensão do processo gestacional.

Neste estudo, foram abordadas quatro citações de artigos que evidenciam a importância do envolvimento do pai durante o pré-natal, ressaltando seus benefícios para a saúde emocional e física da gestante, bem como para o desenvolvimento de um vínculo precoce e significativo com o bebê.

CONCLUSÃO

A pesquisa permitiu observar a relevância da presença paterna nas consultas de pré-natal, evidenciando a importância desse tema. As transformações físicas e emocionais que as mulheres vivenciam durante a gestação são significativas e demandam o apoio ativo do companheiro, o que reforça a necessidade de sua participação.

Entretanto, a presença dos pais no pré-natal ainda é pouco discutida e incentivada nos serviços de saúde. Profissionais da área, especialmente os enfermeiros, que estão em contato direto com os pacientes, têm papel crucial em conscientizar e motivar os pais a participarem. Esse incentivo não apenas fortalece o vínculo entre pai, mãe e bebê, mas também promove benefícios emocionais e sociais para toda a família.

Embora o Brasil tenha avançado em políticas públicas voltadas para um atendimento mais qualificado e humanizado, é necessário expandir essas iniciativas, divulgando amplamente a importância da participação paterna no pré-natal. Essa sensibilização deve incluir estratégias práticas que tornem viável e acessível a presença do pai nas consultas e no acompanhamento da gestação.

O estudo também destacou que muitos pais desejam participar ativamente da gestação, mas enfrentam barreiras como horários de trabalho incompatíveis ou a falta de preparo dos profissionais de saúde para acolhê-los. É fundamental que os serviços de saúde adaptem suas práticas para incluir os pais de maneira efetiva, promovendo uma abordagem familiar e colaborativa.

A pesquisa revelou ainda que grande parte da literatura disponível não aborda de forma clara a influência do pai no acompanhamento do pré-natal. Esse é um aspecto que precisa ser amplamente explorado, tanto em estudos futuros quanto na prática clínica, para que a paternidade seja valorizada e integrada aos cuidados gestacionais.

Conclui-se, portanto, que o engajamento paterno no pré-natal é essencial para a construção de uma família mais estruturada, onde os filhos sejam acolhidos e amados por ambos os genitores. A sensibilização dos profissionais de saúde para valorizar e estimular a participação paterna pode contribuir significativamente para a mudança da realidade atual, em que muitos filhos contam apenas com a presença da mãe.

Por fim, destaca-se a necessidade de reforçar o papel educativo e de orientação dos profissionais da saúde, com o objetivo de criar condições para que os pais se sintam incluídos e preparados para exercer suas funções de forma ativa e afetiva, desde o início da gestação até o desenvolvimento integral da criança.

REFERÊNCIAS

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de atenção a Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Guia do pré-natal do parceiro para profissionais de saúde. Política Nacional de humanização da atenção e gestão do SUS Rio de Janeiro, Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <<http://www.portalms.saude.gov.br>>. Acesso em: 28 de maio 2018.

BENIGNA, M.J.C, nascimento WG, Martins JL. Pré-natal no programa saúde da família: com a palavra os enfermeiros. *Cogitare enferm.*2004;9(2):23-31.

CALDEIRA, L. A.; AYRES, L. F. A.; OLIVEIRA, L. V. A.; HENRIQUE, B. D. A visão das gestantes acerca da participação do homem no processo gestacional. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro.* v. 7:e1417, p. 1-10, 2017. Disponível em: Acesso em: 18 out. 2018. doi: <https://doi.org/10.19175/recom.v7i0.1417>.

CAMPOS, C.P.S.; SAMPAIO A. A importância do pai nas consultas de pré-natal.// 2015. Disponível em:<http://nippromove.hospedagemdesites.ws/anais_simposio/arquivos_up/documentos/artigos/12e139eec30944479daa02a0735e121f.pdf>..

FERREIRA, T. N.; ALMEIDA, D. R.; BRITO, H. M.; CABRAL, J. F.; MARIN, H. A. et al. A importância da participação paterna durante o pré-natal: percepção da gestante e do pai no município de Cáceres –MT. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde.* v. 05,n. 02. p. 337-45. 2014. Disponível em:<<http://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/22769>>. Acesso em: 06 mar.2018.

HENZ, S.G; MEDEIROS, G.R.C; SALVADORI, M. Inclusão paterna durante o pré- natal, revista de enfermagem e atenção à saúde[online],6(1),52-66, Jan/Jun.2017. Disponível em <https://ser.uftm.edu.br>. Acesso em: 28 de maio de 2018.

HOLANDA, S. M.; CASTRO, R. C. M. B.; AQUINO, P. S.; PINHEIRO, A. K. B.; LOPES, L. G. et al. Influência da participação do companheiro no pré-natal: satisfação de primíparas quanto ao apoio no parto. *Texto & Contexto Enfermagem.* v 27, n: 2:e3800016, p. 1-10, 2018. Disponível em:Acesso em: 18 out. 2018 doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-070720180003800016>.

KROB, A. D.; PICCININI, C. A.; SILVA, M. R. A transição para a paternidade: da gestação ao segundo mês de vida do bebê. *Psicologia USP.* v. 20, n. 2, p. 269-291, 2009. Disponível em: Acesso em: 18 out. 2018.

PEREIRA, S. V. M; BACHION, M. M. Diagnósticos de Enfermagem Identificados em Gestantes Durante o Pré-Natal. Revista Brasileira de Enfermagem, São Paulo, v. 58, n. 6, p. 659-664, nov. /dez. 2010.

Piccinini CA, Silva MR, Gonçalves TR, Lopes RS. O envolvimento paterno durante a gestação. Psicol reflex crit. [Internet]. 2004; 17(3): 303-14. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/prc/v17n3/a03v17n3.pdf>.

RIBEIRO, J. P.; FERREIRA, J. G.; SILVA, P. M. P.; FERREIRA, J. M.; SEABRA, R. A. et al. Participação do pai na gestação, parto e puerpério: refletindo as interfaces da assistência de enfermagem. Revista Espaço para a Saúde. v 16, n. 3, p. 73-82, jul/set. 2015. Disponível em:Acesso em: 07 mar. 2018.

SANTOS,Mábia Lourrane Pereira.A importância do pai no pré-natal e a atuação do enfermeiro de uma Unidade Básica de Saúde de João Pinheiro- MG.2018.38f.Trabalho de Conclusão de Curso-Faculdade Cidade de João Pinheiro, MG,2018

ZAMPIERI, M. F. M. O significado de ser pai na ótica de casais grávidos: limitações e facilidades. Revista Eletrônica de Enfermagem. v.14, n.3, p. 483-93, 2012.

Capítulo 4

CUIDADOS EM PACIENTES COM LESÕES POR PRESSÃO

Vitória Miryan Andrade Pires
Thiago Sabino Lima
Vitor Pachelle Lima Abreu
Ozirene Santos Moraes
Quedma de Sousa Farias
Vivian Celine Silva Ferreira
Denise Ieda Lima de Brito
Alderise Pereira da Silva Quixabeira
Fabrício Bezerra Eleres
Ruhena Kelber Abrão

INTRODUÇÃO

Entende-se que as lesões por pressão (LPP) ocorrem frequentemente em pacientes durante o curso de uma doença prolongada. Essas lesões surgem devido a diversos fatores, como a pressão excessiva em áreas de proeminências ósseas, uso de dispositivos médicos, baixa mobilidade, entre outros. São feridas de longa duração, de difícil cicatrização e alta reincidência, sendo, portanto, classificadas como feridas crônicas. As LPP trazem vários prejuízos ao paciente, como aumento dos custos hospitalares, maior tempo de internação, maior risco de infecção e impacto negativo na autoestima. (Ascari et al., 2014).

Historicamente, a terminologia “úlceras por pressão” foi amplamente utilizada. Entretanto, em 2016, houve uma atualização para “lesão por pressão” (LPP), uma vez que o termo “lesão” engloba tanto a pele íntegra quanto a ulcerada. Além disso, as LPP são classificadas em estágios, sendo que no estágio 1, por exemplo, pode não haver rompimento da pele. (Queiroz et al., 2022)

O setor da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) apresenta maior prevalência de LPP devido à condição crítica dos pacientes, que geralmente possuem mobilidade limitada ou inexistente. Fatores

intrínsecos, como idade avançada, comorbidades, desidratação e estado nutricional comprometido, contribuem para o surgimento das lesões. Além disso, fatores extrínsecos, como fricção, umidade, pressão e cisalhamento, também desempenham papel relevante no desenvolvimento das LPP. A avaliação e classificação das lesões, que variam do estágio 1 ao 4, são realizadas com o auxílio da escala de Braden. (Furtado et al., 2022)

Pacientes idosos apresentam maior incidência de LPP devido às características fisiológicas da pele, que é mais sensível, flácida, seca e propensa a alterações. Em pacientes críticos, especialmente em UTIs, o uso de sedativos, drogas vasoativas, restrição ao leito e suporte ventilatório aumentam consideravelmente o risco. (Creutzberg et al., 2011).

A prevenção de LPP envolve rotinas específicas conduzidas pelo enfermeiro. Essas práticas incluem a utilização de dispositivos, como rolos e travesseiros em áreas de proeminências ósseas (principalmente as calcâneas), substituição do colchão por modelos de poliuretano, e mudanças regulares de posição do paciente. Além disso, o enfermeiro deve orientar pacientes, familiares e cuidadores sobre medidas preventivas. As intervenções variam de acordo com as necessidades individuais, considerando o histórico de saúde, idade e condições do paciente. (Medeiros et al., 2009).

O uso de escalas para avaliar o risco de LPP, como a escala de Braden, é uma prática essencial para a qualidade da assistência de enfermagem. Essas ferramentas permitem identificar precocemente os fatores de risco, promovendo um mapeamento das lesões e orientando as condutas preventivas. A prevenção exige uma abordagem multiprofissional, envolvendo fisioterapeutas, técnicos de enfermagem e outros profissionais, que devem estar alinhados quanto aos critérios de classificação e tratamento das LPP. (Santos Feitosa et al., 2020).

A omissão de cuidados é um fator determinante no surgimento de LPP. Entre as principais causas estão a sobrecarga da equipe, atrasos na prestação de serviços e a falta de tempo. Estudos apontam

que a deambulação e as mudanças de posição são as práticas mais frequentemente negligenciadas. Essas falhas reduzem a qualidade da assistência, aumentando as complicações e a mortalidade. (Valles et al., 2016).

É fundamental que a equipe de enfermagem participe regularmente de cursos de capacitação, conferências e treinamentos sobre o manejo de LPP. Uma equipe bem treinada é capaz de oferecer cuidados mais eficazes e resultados mais satisfatórios aos pacientes. (Ribeiro et al., 2022).

Além disso, é importante reforçar que qualquer paciente pode desenvolver LPP, especialmente aqueles com pouca mobilidade ou uso de fraldas. O enfermeiro, respaldado pelo Processo de Enfermagem (PE) e pela Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), tem um papel central na avaliação, prevenção e tratamento das lesões. (Jesus et al., 2020).

Pacientes em idade avançada, com deficiência nutricional, danos teciduais decorrentes de tratamentos ou intervenções cirúrgicas, estão mais propensos ao desenvolvimento de LPP. Em pacientes oncológicos, esses fatores são ainda mais críticos devido à fragilidade geral do estado de saúde. A avaliação precoce, associada a cuidados e tratamento imediatos, é essencial para minimizar as complicações. (Lima et al., 2021).

As lesões por pressão representam um desafio significativo para pacientes, equipes de saúde e familiares. A implementação de medidas preventivas e tratamentos eficazes é essencial para evitar sua ocorrência. Seguir corretamente as orientações de prevenção reduz o tempo de internação, o uso prolongado de medicamentos e os custos hospitalares.

A literatura reforça o papel da enfermagem no cuidado ao paciente com LPP. Ações educativas e estratégias preventivas devem ser priorizadas, garantindo uma assistência mais humanizada e efetiva. Por fim, é essencial investir na sensibilização e capacitação de toda a

equipe de saúde, visando a melhoria contínua da qualidade do cuidado e dos desfechos clínicos.

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A presente revisão bibliográfica foi conduzida com base em dados de acesso público, com o objetivo de analisar e verificar os métodos preventivos adotados pela equipe de enfermagem (Lamão et al., 2016). O estudo visa compreender as lesões por pressão, identificar as comorbidades associadas e as implicações para o paciente. Ressalta-se a importância do acompanhamento minucioso para otimizar os cuidados, reduzir o tempo de internação e minimizar os custos hospitalares e para o paciente (Rocha et al., 2020).

Para prevenir as lesões por pressão, são implementadas ações como mudança de decúbito, hidratação da pele e proteção das proeminências ósseas. É essencial que os profissionais de saúde se capacitem continuamente para identificar pacientes em risco, os quais devem ser acompanhados por uma equipe multidisciplinar (Ascari et al., 2014).

A laserterapia de baixa intensidade tem mostrado grande efetividade na cicatrização das lesões, contribuindo para a melhoria da qualidade da cicatrização e estímulo à microcirculação (Bernardes et al., 2018).

Classificação das Lesões por Pressão

As lesões por pressão apresentam quatro estágios:

1. Estágio I: Pele íntegra com hiperemia local, cicatrizando espontaneamente após intervenções preventivas.
2. Estágio II: Ruptura da epiderme, com formação de bolhas, causando dor devido à exposição das terminações nervosas.
3. Estágio III: Comprometimento do tecido subcutâneo, podendo ocorrer necrose e infecção, exigindo drenagem do exsudato.

4. Estágio IV: Perda total do tecido subcutâneo, com exposição de músculos e tendões, além de risco de septicemia (Lamão et al., 2016).

Lesões não classificáveis, encobertas por esfacelo ou escara, dificultam a avaliação da extensão da ferida. A atuação do enfermeiro envolve a avaliação, escolha das coberturas e orientação ao paciente e à família (Mâcedo et al., 2021).

Os idosos, cadeirantes, pacientes com doenças cardiovasculares, Diabetes Mellitus (DM) e hipertensão arterial sistêmica (HAS) são mais propensos a desenvolver lesões. Doenças respiratórias, sepse e anemia agravam o quadro ao comprometer a circulação cutânea, reduzir a imunidade e interferir na mobilidade (Rocha et al., 2020).

A desnutrição é um fator crítico, especialmente em idosos, exigindo atenção redobrada da equipe de enfermagem. Estratégias como avaliação nutricional e intervenções precoces são fundamentais para a prevenção (Serpa et al., 2008).

A prevenção inicia-se pela inspeção, limpeza e hidratação da pele com produtos adequados, além de manter boa hidratação e dieta rica em proteínas. A equipe multiprofissional deve envolver o paciente, família e cuidadores em práticas educativas para garantir melhores resultados no cuidado (Soares et al., 2018).

A laserterapia é um recurso eficaz, com benefícios como cicatrização acelerada, efeitos anti-inflamatórios e redução da dor. Sua aplicação deve considerar o tipo e dimensão da lesão (Bernardes et al., 2018).

Coberturas específicas desempenham papel fundamental no manejo das lesões:

- Papaína: Indicada para lesões infectadas e necróticas, promove desbridamento enzimático e estimula o crescimento tecidual.
- Ácidos Graxos Essenciais (AGE): Mantêm a integridade da pele e promovem a barreira hídrica.
- Hidrogel: Facilita o desbridamento autolítico e hidratação.

- Alginato de cálcio: Utilizado em lesões granuladoras ou necrosadas, com propriedades hemostáticas (Macêdo et al., 2021).

O desbridamento instrumental conservador, regulamentado pela resolução COFEN 0567/2018, é uma prática que pode ser realizada pelo enfermeiro, desde que capacitado. Esse procedimento traz benefícios como redução de custos e melhor qualidade de vida ao paciente (Girondi et al., 2019; Dias et al., 2022).

METODOLOGIA

Este trabalho foi elaborado como uma Revisão Bibliográfica Narrativa com uma abordagem compreensiva e construtiva, tendo como objetivo principal produzir material de qualidade, utilizando bibliografias já existentes para auxiliar na prevenção, identificação e cuidados realizados pela equipe de enfermagem.

A temporalidade definida para a inclusão dos achados foi de 10 anos. Contudo, foram incorporadas, com ressalvas, bibliografias de anos anteriores, considerando a relevância dessas publicações para a construção e fundamentação do presente trabalho.

A seleção das fontes foi realizada utilizando os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), contemplando os seguintes termos: *Cuidados de enfermagem, Lesão, Pressão, Cuidados*.

Os critérios de inclusão estabelecidos foram:

- (a) Relação direta do conteúdo com o objetivo deste projeto;
- (b) Disponibilidade do texto completo da publicação;
- (c) Procedência nacional;
- (d) Publicação em idioma português.

Foram excluídos os materiais que não atenderam aos critérios estabelecidos para inclusão, como:

- (a) Conteúdos sem vínculo com o objetivo do trabalho;
- (b) Textos incompletos;
- (c) Publicações de procedência estrangeira;
- (d) Textos redigidos em língua estrangeira.

Os resultados obtidos serão apresentados por meio de uma discussão dos achados e da exposição final do trabalho.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O referencial consultado e criticado oferece grande conteúdo apoiador ao tema tratado e faz recair conteúdo de qualidade sobre as lesões por pressão, em especial a entedimentos e resultados e, principalmente, na prevenção, cuidados e exercício do enfermeiro.

No quadro abaixo estão discriminados os materiais selecionados que deram aporte para a obtenção dos resultados e que fundamentaram a discussão.

Quadro 1: Artigos pesquisados de acordo com a temática:

Bases de dados	Título	Autor	Ano	Considerações
Múltiplos dados	Cuidados de enfermagem na prevenção de lesão por pressão	Lamão <i>et al.</i>	2016	Análise dos dados de enfermagem realizados de forma preventiva, com a equipe multidisciplinar constituindo um trabalho de excelência.
Acta Paulista de enfermagem	Desnutrição como fator de risco para o desenvolvimento de úlceras por pressão	Serpa <i>et al.</i>	2008	Nesse estudo é observado a importância da importância do estado nutricional do paciente e pode desenvolver úlceras por pressão.
Rev René	Manejo da lesão por pressão em pacientes com cuidados paliativos: visão dos enfermeiros	Figueiredo <i>et al.</i>	2021	Foi utilizado um estudo qualitativo, que visa apresentar o manejo dos pacientes por meio de assistência individualizada,

				variando conforme o estado do paciente.
Pesquisa, ciência e desenvolvimento	Análise da presença de lesões por pressão em pacientes hospitalizados e as principais morbidades associadas	De Souza et al.	2020	Utilizada pesquisa de carácter quantitativo. Tratando da presença de lesões, tendo em consideração o acompanhamento cuidadoso do paciente e as comorbidades.
Revista Cuidare	Efeitos da laserterapia no tratamento de lesões por pressão: uma revisão temática	Bernardes et al.	2020	Estudo acerca da eficácia da laserterapia na cicatrização das lesões.
Texto & Contexto-fermagem	Promoção da saúde e prevenção de lesões por pressão: expectativas do enfermeiro na atenção primária	Soares et al.	2018	Nessa pesquisa é aplicada a Escala de Braden, detectando as medidas de prevenção e promoção de saúde na percepção dos enfermeiros da atenção primária.
Sínteses: revista eletrônica do SimTec	Desbridamento instrumental no tratamento de lesões por pressão em paciente crítico	Dias et al.	2022	Apresenta um estudo descritivo, analisando o desbridamento no tratamento para lesões já em estado de crise em pacientes na UTI.
Cogitarefermagem	CrITÉRIOS de escolha de coberturas primárias no	Macêdo et al.	2021	Estudo quantitativo ressaltando a importância dos

	tratamento de lesões por pressão em pacientes hospitalizados			protocolos que validem critérios de escolha das coberturas em lesões por pressão em pacientes hospitalizados.
--	--	--	--	---

Fonte: Autoria própria (2024)

Lamão et al. (2016) destaca, em seu estudo, a importância da equipe de enfermagem em parceria com uma junta preventiva de lesão por pressão para o desenvolvimento e adoção de medidas preventivas e terapêuticas. Essas ações visam oferecer um trabalho de qualidade e excelência, reduzindo os danos causados pelas lesões. Embora simples, essas medidas são eficazes. A educação continuada dos profissionais de saúde é essencial para ações precoces em pacientes com risco de desenvolver lesões, sendo indispensável para a obtenção de resultados positivos.

Segundo Serpa et al. (2008), a desnutrição é um dos fatores de risco significativos para o desenvolvimento de lesões por pressão (LPP). Assim, é essencial monitorar o estado nutricional dos pacientes, analisando o aproveitamento dos nutrientes e controlando a ingestão calórico-proteica. Em casos de dieta enteral ou parenteral, é necessário estabelecer um protocolo abrangente que contemple cuidados, administração adequada dos nutrientes e prevenção de complicações.

No contexto dos pacientes em cuidados paliativos com LPP, Figueiredo et al. (2021) aborda duas categorias principais: o manejo e o desfecho dessas lesões. O manejo envolve assistência individualizada baseada no histórico do paciente e nas características da lesão. Os possíveis desfechos incluem cicatrização completa, melhora ou estabilização clínica. Apesar de ser um tratamento lento, ele garante uma assistência humanizada ao paciente, que já se encontra em condição de extrema fragilidade.

A presença de comorbidades eleva significativamente o índice de LPP, especialmente em idosos, que são mais frágeis e propensos a doenças cardiovasculares e crônico-degenerativas. Essas condições afetam a cicatrização e os mecanismos de reparo tecidual, podendo levar ao agravamento do quadro ou até ao óbito. (Rocha et al., 2020)

Um dos métodos terapêuticos que têm apresentado bons resultados é o uso do laser na cicatrização de LPP. Esse recurso de baixo custo é aplicado de acordo com as características da lesão e o histórico do paciente. O enfermeiro deve buscar capacitação para

aperfeiçoar o uso dessa técnica, pois o laser contribui para a redução do tempo de cicatrização e das complicações associadas às lesões. (Bernardes et al., 2020)

Soares et al. (2018) enfatiza que a Escala de Braden é uma ferramenta essencial na prevenção das LPP, sendo útil até mesmo em cuidados domiciliares. Por meio dessa escala, é possível identificar os pontos de vulnerabilidade de cada paciente e implementar ações preventivas e de promoção da saúde de forma individualizada. Isso eleva a qualidade do atendimento e assistência ao paciente com LPP.

O desbridamento instrumental conservador é indicado em casos de lesões necrosadas, que comprometem a absorção de terapias tópicas e a cicatrização. A técnica permite que a lesão recupere sua capacidade de resposta aos tratamentos e melhore sua evolução. Contudo, é imprescindível que o enfermeiro seja capacitado para realizar o procedimento, garantindo um cuidado humanizado e de qualidade. Além disso, essa prática reduz custos hospitalares e o tempo de internação. (Dias et al., 2022).

Por fim, Macêdo et al. (2021) discorre sobre os critérios para a escolha das coberturas aplicadas nas LPP. Dada a ampla variedade de produtos disponíveis no mercado, é essencial que o profissional saiba identificar as características da lesão e recomendar a cobertura mais adequada. Protocolos institucionais são ferramentas valiosas para orientar essa escolha, garantindo segurança e qualidade na assistência ao paciente. Para assegurar a continuidade do cuidado e alcançar resultados positivos, todas as informações relacionadas ao tratamento devem ser registradas de forma clara e precisa, incluindo o tipo de cobertura utilizada, o estágio de cicatrização e demais dados relevantes sobre a lesão.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As lesões por pressão são um problema recorrente entre pacientes hospitalizados e, em menor escala, entre aqueles em

cuidados domiciliares. Apesar de sua prevalência, observa-se que a equipe de enfermagem adota um planejamento estruturado e dinâmico para prevenir o desenvolvimento dessas lesões, contribuindo para uma estadia hospitalar mais curta e uma evolução positiva no quadro clínico do paciente.

Quando, durante a avaliação, o enfermeiro identifica o risco ou o surgimento de uma lesão por pressão, a Escala de Braden é uma ferramenta essencial para classificar o grau de risco ou estágio da lesão. Essa escala auxilia o enfermeiro no planejamento e implementação do tratamento adequado. Após a classificação, inicia-se a execução dos cuidados necessários, que podem incluir desde a aplicação de coberturas específicas até o uso de laserterapia, dependendo das características da lesão e do paciente.

Portanto, o enfermeiro, junto com sua equipe, desempenha um papel crucial no manejo de pacientes com lesões por pressão. É indispensável que possua conhecimentos aprofundados sobre o tema, agindo precocemente tanto na prevenção quanto no tratamento, sempre respeitando a individualidade e as necessidades específicas de cada paciente. Dessa forma, o enfermeiro assegura um acompanhamento integral e uma assistência de qualidade e excelência.

REFERÊNCIAS

ASCARI, Rosana Amora *et al.* Úlcera por pressão: um desafio para a enfermagem. *Brazilian Journal of Surgery & Clinical Research*, v. 6, n. 1, 2014. Disponível em:

https://www.mastereditora.com.br/periodico/20140301_132755.pdf.

Acesso em: 25 out. 2023.

BERNARDES, Lucas de Oliveira; JURADO, Sonia Regina. Efeitos da laserterapia no tratamento de lesões por pressão: uma revisão sistemática. *Revista cuidarte*, 2018, vol. 9, no 3, p. 2423-2434. Disponível em:

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2216-09732018000302423. Acesso em: 25 out. 2023.

CHIAPINOTTO, Maria Cristina *et al.* Efetividade da papaína associada aos ácidos graxos essenciais na cicatrização de úlceras por pressão e feridas. EM CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM (66.: 2014: Belém, PA. *Anais. Belém: ABEn, 2014.* 2014. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/275601>. Acesso em: 30 out. 2023.

CREUTZBERG, Marion *et al.* Fatores de risco para úlceras de pressão em idosos de Unidade de Terapia Intensiva. *Enfermagem em Foco*, v. 2, n. 2, p. 133-136, 2011. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/112>. Acesso em: 30 out. 2023.

ROCHA, Sara de Sousa *et al.* Análise da presença de lesão por pressão em pacientes hospitalizados e as principais comorbidades associadas. *Research, society and development*, 2020, vol. 9, n. 4, p. e150943009-e150943009. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/3009>. Acesso em: 15 nov. 2023.

DIAS, Bruna, *et al.* Desbridamento instrumental conservador em lesões por pressão no paciente crítico. *Sínteses: Revista Eletrônica do SimTec*, 2022, no 8, p. e0220072- e0220072. Disponível em: <https://econtents.bc.unicamp.br/inpec/index.php/simtec/article/view/17856>. Acesso em: 15 nov. 2023.

FEITOSA, Douglas Vinicius dos Santos *et al.* Atuação do enfermeiro na prevenção de lesão por pressão: uma revisão integrativa da literatura. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, n. 43, p. e2553-e2553, 2020. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/2553>. Acesso em: 10 jan. 2024.

FIGUEIREDO, Sarah Vieira *et al.* Manejo da lesão por pressão em pacientes sob cuidados paliativos: visão dos enfermeiros. *Rev Rene*, 2021, vol. 22, no 1, p. 61. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1279601>. Acesso em: 10 jan. 2024.

FURTADO, Jessyca Mancebo; KUNZ, Jandira. Cuidados de enfermagem na prevenção de lesão por pressão em unidade de terapia intensiva: revisão integrativa. *Revista Ibero- Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, v. 8, n. 5, p. 2150-2163, 2022.

Disponível em: <https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/5623>. Acesso em: 10 jan. 2024.

GIRONDI, Juliana Balbinot Reis *et al.* Desbridamento de feridas em idosos na atenção primária em saúde. *Enfermagem em Foco*, 2019, vol. 10, no 5. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2669>. Acesso em: 11 dez. 2023.

JESUS, Mayara Amaral Pereira de *et al.* Incidência de lesão por pressão em pacientes internados e fatores de risco associados. *Revista Baiana de Enfermagem*, v. 34, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/36587>. Acesso em: 11 dez. 2023.

LAMÃO, Luana Corrêa Lima; QUINTÃO, Vanilda Araújo; NUNES, Clara Reis. Cuidados de enfermagem na prevenção de lesão por pressão. *Múltiplos Acessos*, 2016, vol. 1, no 1.

Disponível em: <http://www.multiplosacessos.com/multaccess/index.php/multaccess/article/view/10>. Acesso em: 11 dez. 2023.

LIMA, Andressa Renata; PALMER, Camila Ribeiro; NOGUEIRA, Paula Cristina. Fatores de risco e intervenções preventivas para lesão por pressão em pacientes oncológicos. *Estima*, 2021. Disponível em: <https://repositorio.usp.br/item/003085033>. Acesso em: 17 dez. 2023.

MACÊDO, Simone de Miranda *et al.* Critérios de escolha de coberturas primárias no tratamento de lesões por pressão em pacientes hospitalizados. *Cogitare Enfermagem*, 2021, vol. 26, p. e74400. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cenf/a/X4StnCzDnwJfjs6SHXzLFPs/#>. Acesso em: 17 dez. 2023.

MEDEIROS, Adriana Bessa Fernandes; LOPES, Consuelo Helena Aires de Freitas; JORGE, Maria Salete Bessa. Análise da prevenção e tratamento das úlceras por pressão propostos por enfermeiros. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 43, p. 223-228, 2009.

Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/reeusp/a/wTswb5dv3xbzxWKpqgDbjKr/>. Acesso em: 11 dez. 2023.

QUEIROZ, Wilma Araújo; LIMA, Joycianne dos Reis Sousa. Lesão por pressão em pacientes acamados: prevenção e ação do enfermeiro. *Scire Salutis*, v. 12, n. 4, p. 56-68, 2022.

Disponível em:
<https://sustenere.inf.br/index.php/sciresalutis/article/view/7916>. Acesso em: 17 dez. 2023.

RIBEIRO, Wanderson Alves *et al.* Fatores de riscos para lesão por pressão x Estratégias de prevenção: Interfaces do cuidado de enfermagem no âmbito hospitalar. *Revista Pró- univerSUS*, v. 13, n. 1, p. 74-79, 2022. Disponível em:
<https://editora.univassouras.edu.br/index.php/RPU/article/view/3174>. Acesso em: 11 dez. 2023.

SERPA, Letícia Faria; SANTOS, Vera Lúcia Conceição de Gouveia. Desnutrição como fator de risco para o desenvolvimento de úlceras por pressão. *Acta Paulista de Enfermagem*, 2008, vol. 21, p. 367-369. Disponível em: <https://acta-ape.org/article/desnutricao-como-fator-de-risco-para-o-desenvolvimento-de-ulceras-por-pressao/>. Acesso em: 11 dez. 2023.

SOARES, Cilene Fernandes; HEIDEMANN, Ivonete Teresinha Schülter Buss. Promoção da saúde e prevenção da lesão por pressão: expectativas do enfermeiro da atenção primária. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 2018, vol. 27, no 2, p. e1630016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/6zsFqCkRtG75SMQhrcJxdSw/?lang=pt>. Acesso em: 11 dez. 2023.

VALLES, Jonathan Hermayn Hernández *et al.* Cuidado de enfermagem omitido em pacientes com risco ou com úlceras por pressão. *Revista*

Latino-Americana de Enfermagem, v. 24, 2016. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/rlae/a/BDBxH8NyzyFf4J8qtF4WhNG/?lang=pt#>.
Acesso em: 17 dez. 2023.

Capítulo 5

ASSISTÊNCIA EM SAÚDE AO IDOSO COM PRÉ-DIABETES

Antônia Cleidiane Sousa de Araújo Silva
João Carlos Vieira Gualberto da Silva
Larissa Matos de Alencar Silva
Ana Paula Machado Silva
Alderise Pereira da Silva Quixabeira
Rafael Silveira Da Mota
Caio Vinícius Freitas de Alcântara
Marlon Santos de Oliveira Brito
Ruhena Kelber Abrão

INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população global tem trazido questões importantes sobre a saúde pública, especialmente em relação ao aumento das doenças crônicas não transmissíveis, como o diabetes. Entre essas condições, o pré-diabetes se destaca por ser uma fase interativa que oferece uma janela de oportunidade única para intervenções preventivas. Em idosos, essa condição ganha ainda mais relevância, visto que o avanço do diabetes tipo 2 pode desencadear uma série de complicações que afetam não apenas a saúde física, mas também a qualidade de vida, a autonomia e o bem-estar emocional. O papel da enfermagem nesse contexto é inquestionável, assumindo um papel central no cuidado preventivo e na promoção da saúde dos idosos (Francisco et al., 2021).

O pré-diabetes, embora muitas vezes seja subestimado, representa um ponto crítico para intervenções que podem evitar complicações futuras mais graves. No entanto, lidar com essa condição em idosos apresenta desafios específicos, como a presença de comorbidades, as limitações físicas e cognitivas e a resistência às mudanças de hábitos, que são inerentes ao envelhecimento. Diante

desse cenário, a enfermagem desponta como uma das áreas da saúde mais capacitadas para atuar diretamente na linha de frente, não apenas oferecendo cuidados clínicos, mas também investindo em uma abordagem educativa que promove a conscientização e a adoção de práticas mais saudáveis (SBD, 2020)

O manejo do pré-diabetes não pode ser feito de forma isolada, exigindo a colaboração de médicos, nutricionistas, fisioterapeutas e psicólogos para que você atinja um cuidado realmente integral. Nesse contexto, o enfermeiro se posiciona como o coordenador do cuidado, ajustando as ações preventivas e terapêuticas, de modo a melhorar os resultados e evitar a evolução para o diabetes tipo 2, que pode trazer complicações ainda mais graves para os idosos.

Ferramentas como aplicativos de monitoramento glicêmico e plataformas de telemedicina tornam-se aliados poderosos no cuidado à distância, especialmente em pacientes que têm dificuldades de locomoção ou vivem em áreas de difícil acesso. A enfermagem, ao introduzir essas inovações de forma acessível e educativa, contribui para um cuidado mais eficaz e próximo, permitindo que o idoso tenha maior controle sobre sua própria condição de saúde (Santos et al., 2020).

Muitos idosos enfrentam os desafios econômicos e sociais. A baixa renda e o acesso limitado a recursos de saúde de qualidade são barreiras frequentes que dificultam a implementação de mudanças efetivas no estilo de vida. O enfermeiro, ao ter uma visão ampla do contexto de vida de seus pacientes, assume um papel de mediador, buscando alternativas viáveis e adaptadas à realidade de cada idoso, sem comprometer a efetividade das intervenções (Ladeia, 2020).

Em termos de cuidado emocional, o pré-diabetes pode gerar preocupações e ansiedades nos idosos, muitas vezes já sobrecarregados por outras condições de saúde ou pelo medo de perder sua autonomia. A enfermagem, neste aspecto, tem a capacidade de ir além das orientações técnicas e fornecer um suporte emocional contínuo, ajudando os idosos a enfrentar esses medos e a

desenvolver uma atitude mais positiva e proativa em relação à sua saúde (Muzy et al., 2021).

A educação em saúde surge como um dos pilares da atuação da enfermagem no manejo do pré-diabetes em idosos. O enfermeiro, como educador, tem a responsabilidade de traduzir o conhecimento técnico em orientações práticas e compreensíveis, permitindo que o idoso entenda a gravidade de sua condição e as medidas possíveis para reverter-la ou controlá-la. No entanto, a educação em saúde deve ir além do simples repasse de informações. Ela deve ser interativa e adaptativa, ajustando-se ao nível de compreensão do paciente, e, sobretudo, ser aplicada de maneira prática no cotidiano do idoso (Carvalho et al., 2020).

Com isso, este trabalho se propõe a investigar não apenas os aspectos técnicos e clínicos da atuação da enfermagem no manejo do pré-diabetes em idosos, mas também os aspectos humanos e sociais que envolvem esse cuidado. O estudo focado em como o enfermeiro pode atuar de maneira criativa e sensível, superando as barreiras impostas pelas condições do envelhecimento e pelas limitações econômicas, ao mesmo tempo em que promove a autonomia do paciente e previne consequências futuras. Através de uma análise aprofundada e crítica, pretende-se oferecer contribuições relevantes tanto para a prática da enfermagem quanto para o desenvolvimento de políticas públicas voltadas para o cuidado do idoso no contexto do pré-diabetes.

METODOLOGIA

A metodologia deste estudo é de caráter qualitativo e bibliográfico, com o objetivo de explorar e analisar as estratégias de enfermagem no manejo do pré-diabetes em idosos. Uma abordagem qualitativa foi escolhida por sua capacidade de aprofundar-se na compreensão das questões ligadas à prática da enfermagem, focando nas experiências e percepções dos profissionais e nos desafios que

envolvem o cuidado de idosos com pré-diabetes. Essa abordagem permite uma análise mais subjetiva e interpretativa, relevante para entender a complexidade das intervenções preventivas e terapêuticas.

O estudo também se baseia em uma pesquisa bibliográfica, que consiste na coleta, análise e interpretação de materiais teóricos já publicados, como artigos científicos, livros e diretrizes de saúde pública. Essa etapa foi fundamental para compor o embasamento teórico do trabalho, garantindo uma visão abrangente e atualizada sobre o tema. As fontes foram selecionadas a partir de bases de dados científicos, como SciELO e PubMed, além de documentos institucionais, como as diretrizes do Ministério da Saúde e da Sociedade Brasileira de Diabetes.

A revisão bibliográfica teve como foco estudos que discutem as práticas de enfermagem voltadas para a prevenção do diabetes em idosos, com ênfase nas intervenções que visam melhorar a qualidade de vida e prevenir a progressão para o diabetes tipo 2. A análise desses materiais foi fornecida para identificar as principais estratégias utilizadas pelos profissionais, os desafios enfrentados na prática e as contribuições da atuação interprofissional e do uso de tecnologias para o manejo da condição.

Assim, a combinação da pesquisa qualitativa e bibliográfica oferece uma base sólida para a construção de um estudo que visa não apenas compreender, mas também proporcionar reflexões sobre a prática de enfermagem no cuidado a idosos com pré-diabetes, com foco na prevenção e na promoção da saúde e bem-estar

DESENVOLVIMENTO

O envelhecimento populacional no Brasil é uma realidade cada vez mais evidente, e com ele, o aumento da prevalência de doenças crônicas como o diabetes mellitus. O pré-diabetes, uma condição caracterizada pela elevação dos níveis de glicose no sangue, mas ainda abaixo dos valores de diagnóstico para diabetes, é

especialmente relevante entre idosos. Essa fase representa um ponto crítico de intervenção, pois possibilita a implementação de cuidados preventivos para evitar a progressão para diabetes tipo 2. A enfermagem, nesse contexto, desempenha sua importância na orientação, acompanhamento e execução de estratégias externas para o manejo dessa condição, focando tanto na educação em saúde quanto na promoção de hábitos saudáveis (Brasil, 2020).

A importância do acompanhamento multiprofissional no cuidado ao idoso pré-diabético é extremamente reconhecida. As equipes de saúde, em particular a enfermagem, têm a responsabilidade de garantir que o idoso receba uma atenção integral, incluindo não apenas o controle glicêmico, mas também a promoção de mudanças no estilo de vida. A prática colaborativa interprofissional é essencial para que os pacientes compreendam melhor sua condição e adotem práticas que previnam consequências futuras (Santos et al., 2020). Ademais, a atuação do enfermeiro vai além do aspecto técnico, abrangendo também o cuidado humanizado e centrado nas necessidades.

Estudos indicam que idosos com pré-diabetes apresentam um risco elevado de desenvolvimento de complicações cardiovasculares, especialmente quando outros fatores de risco, como hipertensão, estão presentes. O cuidado de enfermagem deve focar em um acompanhamento regular, que inclua a avaliação contínua dos fatores de risco e a implementação de procedimentos que reduzam a progressão da doença (Francisco et al., 2021). Assim, a promoção de atividades físicas, a adesão a uma dieta equilibrada e o controle rigoroso da pressão arterial tornam-se prioridades para o controle adequado da doença.

O monitoramento frequente dos níveis glicêmicos, uma prática essencial para detectar possíveis alterações precocemente é um aspecto fundamental no cuidado ao idoso pré-diabético. O enfermeiro, nesse cenário, tem a função de educar o paciente sobre a importância do automonitoramento e do uso adequado dos

dispositivos para tal fim, conforme planejado por Ladeia et al. (2020). A capacitação do idoso para o manejo da própria condição é uma estratégia eficiente para melhorar o controle glicêmico e evitar hospitalizações desnecessárias.

A adesão ao tratamento é um dos maiores desafios no cuidado ao idoso com pré-diabetes. Diversos fatores, como dificuldades cognitivas, falta de conhecimento sobre a doença e a presença de comorbidades, podem interferir na regularidade do tratamento. Nesse sentido, o papel da enfermagem envolve não apenas a administração de cuidados, mas também a realização de um trabalho educacional, que visa conscientizar o paciente sobre os riscos associados à progressão para o diabetes tipo 2 e a importância de seguir rigorosamente as orientações de saúde.

Estudos como o de Pereira et al. (2021) revelam que o perfil socioeconômico dos pacientes geriátricos influencia diretamente sua capacidade de adesão ao tratamento. Muitas vezes, idosos com baixa renda enfrentam dificuldades para acessar medicamentos e seguir recomendações nutricionais adequadas. Nesse contexto, o enfermeiro deve atuar de maneira proativa, buscando alternativas de apoio social e educando o paciente sobre formas acessíveis de manter uma alimentação saudável e equilibrada.

Sobre a proatividade do enfermeiro, a literatura aponta para a necessidade de uma abordagem personalizada no cuidado do idoso pré-diabético. Cada paciente apresenta particularidades que desativam um plano de cuidado individualizado, ajustado às suas condições de saúde e capacidades. O profissional de enfermagem, portanto, deve estar capacitado para realizar avaliações planejadas e planos planejados que considerem tanto os aspectos clínicos quanto os emocionais e sociais do idoso (Castro et al., 2021). Esse cuidado integral é interessante para promover o bem-estar e a qualidade de vida do paciente.

O controle do pré-diabetes entre idosos é uma tarefa desafiadora, especialmente em função das especificações físicas e

cognitivas que muitos enfrentam. O papel do enfermeiro é garantir que as orientações sejam específicas e aplicáveis à realidade do paciente, considerando suas limitações e promovendo a autonomia sempre que possível (Ferreira et al., 2019). Assim, o desenvolvimento de programas educativos adaptados à faixa etária e ao nível de escolaridade do paciente torna-se uma estratégia fundamental para o sucesso do tratamento.

A interação entre a equipe de saúde e a família também desempenha um papel importante no manejo do idoso pré-diabético. A enfermagem tem a responsabilidade de integrar a família ao processo de cuidado, instruindo-a sobre as melhores formas de apoiar o idoso na adesão ao tratamento e na adoção de hábitos de vida saudáveis (Muzy et al., 2021). Esse suporte familiar pode ser um fator decisivo para o sucesso das intervenções propostas.

Por conseguinte, é fundamental que o enfermeiro esteja atento às condições emocionais do idoso. Muitas vezes, o diagnóstico de pré-diabetes pode ser percebido com ansiedade e medo em relação à possibilidade de desenvolver diabetes. O suporte emocional oferecido pelo enfermeiro pode aliviar esses sentimentos, incentivando o idoso a adotar uma atitude positiva e ativa em relação ao autocuidado (Carrillo-Larco et al., 2019).

A promoção de uma dieta equilibrada é outro pilar no manejo do pré-diabetes. A enfermagem desempenha um papel crucial na orientação nutricional, auxiliando o idoso a fazer escolhas alimentares saudáveis que ajudam a controlar os níveis de glicose no sangue. Segundo as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD, 2019), a educação nutricional é uma das estratégias mais eficazes na prevenção do diabetes tipo 2, especialmente entre os idosos.

O uso de tecnologias também tem mostrado uma ferramenta eficaz no cuidado ao idoso pré-diabético. Aplicativos de saúde, dispositivos de monitoramento remoto e plataformas de telemedicina podem facilitar o acompanhamento e a gestão da condição, proporcionando uma interação mais frequente e eficiente entre o

paciente e a equipe de saúde (Brasil, 2020). A enfermagem, nesse sentido, deve estar atualizada em relação a essas inovações e preparada para orientar os pacientes sobre o uso dessas tecnologias.

A educação continuada dos profissionais de enfermagem é outro ponto fundamental para a qualidade do cuidado prestado ao idoso com pré-diabetes. A atualização constante sobre novas práticas e diretrizes de tratamento permite que o enfermeiro ofereça um cuidado mais eficaz e baseado nas melhores evidências disponíveis (SBD, 2019). Esse processo de treinamento contínuo é essencial para o desenvolvimento de um atendimento de excelência.

ESTRATÉGIAS DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DO DIABETES EM IDOSOS

A prevenção do diabetes mellitus em idosos é um desafio crescente para os profissionais de saúde, especialmente para os enfermeiros, que estão na linha de frente no cuidado e acompanhamento desses pacientes. O envelhecimento da população e o aumento da expectativa de vida trazem à tona a necessidade de estratégias de enfermagem que podem retardar ou impedir a progressão do diabetes tipo 2.

Essas estratégias envolvem, principalmente, a educação em saúde, o incentivo a hábitos de vida segura e o monitoramento contínuo dos fatores de risco, intermitentes de forma preventiva antes que uma doença se manifeste (Brasil, 2020). A educação em saúde é uma das principais ferramentas que os enfermeiros utilizam para prevenir o diabetes em idosos. Programas educativos voltados para o autocuidado e para a conscientização sobre os riscos da doença são fundamentais nesse processo.

Os enfermeiros têm a responsabilidade de ensinar aos idosos sobre os fatores de risco modificáveis, como alimentação consumida, sedentarismo e controle de peso. Esses profissionais atuam como facilitadores, ajudando os idosos a desenvolver habilidades e

comportamentos que favorecem um estilo de vida saudável (Ferreira et al., 2019).

Para uma vida saudável, a orientação sobre a importância de uma dieta equilibrada, rica em fibras e pobre em açúcares e gorduras saturadas, é fundamental para prevenir o diabetes. Os enfermeiros em seu trabalho obtêm através de estudos, os planos alimentares individualizados, que levam em conta as preferências, condições socioeconômicas e limitações de cada idoso. Além disso, os enfermeiros trabalham em conjunto com nutricionistas para garantir que as orientações nutricionais sejam seguidas pelos pacientes (SBD, 2019).

O incentivo à prática de atividades físicas regulares também é uma estratégia central na prevenção do diabetes em idosos. O enfermeiro tem o papel de motivar e monitorar a prática de exercícios, respeitando as especificações específicas e de saúde dos idosos. Atividades leves, como caminhadas e exercícios de fortalecimento muscular, podem ajudar a controlar os níveis de glicose no sangue e melhorar a sensibilidade à insulina, fatores essenciais na prevenção do diabetes tipo 2 (Carvalho et al., 2020).

Sobre o controle de peso, a enfermagem atua de forma orientativa e motivacional. O ganho de peso é um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento do diabetes, especialmente em idosos. Portanto, a atuação do enfermeiro envolve não apenas o monitoramento do peso dos pacientes, mas também o acompanhamento contínuo do índice de massa corporal (IMC) e das doenças abdominais, indicadores diretamente relacionados ao risco de desenvolver a doença (Pereira et al., 2021).

O automonitoramento da glicemia também surge como uma estratégia preventiva eficaz. A enfermagem é responsável por educar o idoso sobre a importância de realizar níveis regulares de glicose, mesmo na ausência de sintomas evidentes de diabetes. A detecção precoce de alterações glicêmicas permite a implementação de

medidas corretivas antes que o diabetes se desenvolva, favorecendo uma prevenção ativa e eficiente (Ladeia et al., 2020).

A atuação interprofissional também é uma abordagem importante no cuidado preventivo ao idoso. A colaboração entre enfermeiros, médicos, nutricionistas e fisioterapeutas cria um ambiente propício para a prevenção do diabetes, onde o idoso recebe um cuidado integral e multidisciplinar. A prática colaborativa permite que diferentes profissionais de saúde compartilhem conhecimentos e experiências, o que resulta em planos de cuidado mais completos e personalizados (Santos et al., 2020).

Um desafio enfrentado na implementação dessas estratégias é a adesão dos idosos às orientações de saúde. Fatores como baixa escolaridade, dificuldades cognitivas e a presença de outras comorbidades podem dificultar a compreensão e aplicação das recomendações de saúde. Nesse sentido, o enfermeiro deve desenvolver abordagens educativas que sejam acessíveis e compreensíveis para cada paciente, utilizando linguagens simples e exemplos práticos, sempre que possível (Castro et al., 2021).

A implementação de programas de prevenção em unidades básicas de saúde também tem se mostrado uma estratégia eficaz. Os enfermeiros, como coordenadores de programas de saúde voltados para a população idosa, podem identificar precocemente os indivíduos em risco e encaminhá-los para atividades preventivas, como grupos de educação em saúde e consultas regulares de acompanhamento. Esses programas, ao oferecerem um cuidado contínuo e preventivo, reduziram significativamente o número de novos casos de diabetes entre idosos (Muzy et al., 2021).

A utilização de tecnologias de saúde, como aplicativos de monitoramento e plataformas de telemedicina, também tem facilitado o trabalho dos enfermeiros na prevenção do diabetes. Essas ferramentas permitem que os profissionais acompanhem os pacientes à distância, oferecendo orientações e ajustes nas intervenções de forma mais rápida e eficaz. O uso dessas tecnologias torna o cuidado

mais sonoro e acessível, especialmente para idosos com dificuldades de locomoção ou que vivem em áreas de difícil acesso (Brasil, 2020).

O acompanhamento psicológico também é uma estratégia que não pode ser negligenciada. Muitos idosos enfrentam dificuldades emocionais e psicológicas, como a depressão e a ansiedade, que podem impactar melhorias na adesão às estratégias de prevenção. O enfermeiro, ao identificar esses problemas, pode encaminhar o idoso para acompanhamento psicológico, promovendo um cuidado integral que abrange tanto os aspectos físicos quanto emocionais da saúde (Carrillo-Larco et al., 2019).

A participação da família no processo de prevenção também é de extrema importância. O apoio familiar tem se mostrado um fator decisivo para a adesão dos idosos às orientações de saúde. Enfermeiros devem envolver a família no processo educativo, instruindo-a sobre como auxiliar o idoso no cuidado diário, como monitorar a glicemia e promover a prática de atividades físicas e a adoção de hábitos alimentares saudáveis (Ferreira et al., 2019).

O acompanhamento periódico dos fatores de risco, como níveis de colesterol, pressão arterial e peso corporal, permite ao enfermeiro ajustar estratégias preventivas conforme as necessidades individuais do idoso. Esse acompanhamento regular garante que as intervenções sejam feitas de forma precoce e eficaz, evitando que o quadro de pré-diabetes evolua para diabetes tipo 2 (SBD, 2019).

A criação de grupos de apoio e educação em saúde, liderados por enfermeiros, também é uma estratégia eficaz na prevenção do diabetes. Esses grupos ofereceram um espaço para que os idosos compartilhassem suas experiências, tirassem dúvidas e recebessem orientações diretas dos profissionais de saúde. A interação social gerada por esses grupos contribui para a melhoria da qualidade de vida dos idosos e para a adesão às práticas preventivas (Carvalho et al., 2020).

Por fim, é importante destacar a relevância da educação continuada para os enfermeiros que atuam na prevenção do diabetes.

A atualização constante sobre novas evidências e práticas de cuidado permite que esses profissionais ofereçam um atendimento baseado nas melhores práticas, garantindo um cuidado preventivo mais eficaz e personalizado. A formação continuada é, portanto, essencial para o desenvolvimento de estratégias inovadoras e práticas na prevenção do diabetes em idosos (Santos et al., 2020).

ABORDAGEM DE ENFERMAGEM NO MANEJO DO PRÉ-DIABETES EM IDOSOS

Muitas vezes, os idosos enfrentam uma série de desafios, que vão desde especificidades até questões emocionais. O enfermeiro deve estar atento ao fato de que, em muitas situações, o paciente pode se sentir perdido ou até mesmo desmotivado ao seguir as recomendações médicas. O trabalho, então, não é apenas sobre educar, mas sobre motivar, empoderar e, em certos casos, até desmistificar o pré-diabetes, apresentando estratégias realistas e alcançáveis. Pequenos ajustes na rotina, como escolhas alimentares mais altas ou caminhadas curtas, podem fazer toda a diferença, e o enfermeiro é o guia nesse caminho (Ladeia et al., 2020)

Outrossim, o manejo do pré-diabetes não pode ser tratado de forma isolada. Idosos geralmente convivem com outras condições de saúde, como hipertensão e problemas cardíacos, o que torna uma abordagem multidisciplinar necessária. Enfermeiros, médicos, nutricionistas e outros profissionais de saúde precisam trabalhar em sintonia, e o enfermeiro frequentemente atua como elo entre essas especialidades. Ele coordena as informações e garante que as intervenções não sejam conflitantes, mas complementares, garantindo que o idoso receba um cuidado integrado e eficiente (Ferreira et al., 2019).

Uma parte interessante do manejo do pré-diabetes é o uso de tecnologias. As tecnologias podem ser aliadas, mesmo para os mais velhos! Hoje, com a supervisão de aplicativos de monitoramento de

saúde e dispositivos vestimentais, o enfermeiro pode sugerir opções que facilitam o controle glicêmico diário. Claro, a tecnologia tem que ser apresentada de forma amigável, e a adaptação pode demorar, mas os resultados podem ser surpreendentes. Essas ferramentas permitem uma vigilância constante, sem que o paciente precise ir ao consultório a todo momento, e empoderam os idosos a acompanharem seu progresso (Brasil, 2020).

E, se estamos falando de empoderamento, a alimentação é um ponto central. Mas ao contrário do que muitos pensam, a abordagem da enfermagem no manejo do pré-diabetes não deve focar em dietas rígidas e inatingíveis. O enfermeiro precisa trabalhar com o paciente para entender suas limitações, preferências e, claro, seu contexto social. Idosos podem ter hábitos alimentares arraigados ou dificuldades de acesso a alimentos mais caros e recomendados. Aqui, o enfermeiro pode fazer a diferença ao buscar alternativas viáveis, práticas e que realmente possam ser incorporadas à vida do paciente (Pereira et al., 2021).

O impacto emocional do diagnóstico de pré-diabetes é outro ponto que nem sempre é tratado com a devida importância. Para muitos idosos, receber essa notícia pode ser um golpe, trazendo à tona o medo de desenvolver uma doença crônica que existe ainda mais cuidado e tratamento. O enfermeiro deve, portanto, ter um papel acolhedor, ouvindo as preocupações do idoso e esclarecendo as dúvidas, sem alarmismos. É essencial que o paciente entenda que o pré-diabetes é, na verdade, uma oportunidade de mudar de rumo, e que, com as orientações específicas, ele pode evitar complicações futuras (Carrillo-Larco et al., 2019).

Nesse cenário, a educação em saúde oferecida pelos enfermeiros ganha uma relevância sem igual. Mas aqui, é preciso destacar: não se trata apenas de palestras ou pastas explicativas. A educação em saúde para o idoso deve ser participativa e interativa, com o enfermeiro atuando como facilitador, alguém que está ao lado do paciente, traduzindo termos médicos para o “português” simples do

dia a dia, e, mais importante, tornando o processo de aprendizado prático. Afinal, o objetivo é garantir que o idoso consiga aplicar o que aprendeu em seu cotidiano, sem depender de terceiros o tempo todo (Santos et al., 2020).

E por falar com praticidade, a adesão ao tratamento e às mudanças de estilo de vida dependem, em grande parte, do suporte familiar. Os enfermeiros precisam incluir a família no processo, instruindo-a sobre como podem ajudar, seja incentivando o idoso a fazer caminhadas, seja preparando refeições mais saudáveis. O papel da enfermagem, nesse sentido, é garantir que o idoso não se sinta sozinho nessa jornada e que o ambiente ao seu redor favoreça as mudanças possíveis (Muzy et al., 2021).

O manejo do pré-diabetes em idosos, liderado pela enfermagem, é um processo que vai além da técnica. É um trabalho que exige empatia, criatividade e uma visão ampla, que considera o idoso em sua totalidade – seus medos, suas limitações, mas também suas capacidades e desejos. Quando uma enfermagem consegue integrar todos esses aspectos em sua prática, os resultados vão muito além da prevenção ao diabetes; promovem um envelhecimento mais saudável e digno, onde o idoso é parte ativa de seu próprio cuidado (Castro et al., 2021).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados da análise qualitativa e bibliográfica deste estudo revelaram que o manejo do pré-diabetes em idosos pela enfermagem envolve uma abordagem multifacetada, que vai além das intervenções clínicas e incorpora aspectos sociais, educacionais e emocionais. A atuação dos enfermeiros no cuidado ao idoso pré-diabético mostrou-se essencial para a implementação de estratégias que previnam a progressão para o diabetes tipo 2. O principal destaque dos resultados está na importância da educação em saúde, que se mostrou o pilar das intervenções preventivas, especialmente em

um público que muitas vezes apresenta resistência ou dificuldades para mudanças no estilo de vida.

Um dos achados mais significativos foi o impacto das orientações sobre hábitos alimentares saudáveis. O estudo evidenciou que os enfermeiros, ao trabalharem de forma próxima e contínua com os idosos, conseguem criar planos alimentares personalizados, que levam em conta as limitações financeiras, limitações pessoais e condições físicas dos pacientes. Esse acompanhamento regular possibilita uma maior adesão ao plano alimentar, especialmente quando a abordagem é didática e flexível, permitindo ajustes de acordo com as necessidades individuais. O papel do enfermeiro como educador e facilitador foi um ponto central nos resultados (Carvalho et al., 2020). Enfermeiros que trabalham com idosos relataram que o incentivo à prática regular de exercícios leves, como caminhadas, é eficaz na redução dos níveis de glicemia e no aumento da sensibilidade à insulina. Os resultados apontam que a enfermagem pode, inclusive, colaborar com profissionais de educação física para criar programas de exercícios personalizados, que respeitem as limitações de cada idoso.

Essa parceria interprofissional tem sido decisiva para o sucesso das disciplinas (Santos et al., 2020). Os desafios relacionados à adesão ao tratamento por parte dos idosos também foram uma constante nas discussões. Os enfermeiros relatam que muitos pacientes têm dificuldades para incorporar orientações na rotina, seja por questões culturais, sociais ou emocionais. A resistência às mudanças foi um aspecto recorrente, e os resultados demonstraram que o apoio emocional, aliado ao acompanhamento contínuo, é essencial para superar essas barreiras. Enfermeiros que desenvolveram uma relação de confiança com seus pacientes obtiveram melhores resultados no manejo do pré-diabetes (Castro et al., 2021).

A presença de comorbidades, como hipertensão e dislipidemias, também foi um fator de destaque nos resultados. O manejo dessas condições, muitas vezes concomitante ao pré-diabetes,

é fundamental para prevenir complicações futuras. Os enfermeiros afirmaram que o acompanhamento de pacientes com múltiplas condições crônicas requer uma atenção redobrada, especialmente no que diz respeito à administração de medicamentos e ao monitoramento regular dos sinais elétricos. A integração dessas disciplinas foi apontada como crucial para a prevenção de complicações cardiovasculares (Francisco et al., 2021).

Os resultados indicam que a tecnologia tem sido uma grande aliada no acompanhamento de idosos pré-diabéticos. A implementação de ferramentas digitais, como aplicativos de monitoramento glicêmico, foi apontada como uma estratégia eficaz para promover a autonomia dos pacientes. Enfermeiros que introduziram essas tecnologias no cuidado relataram que, apesar da resistência inicial de alguns idosos, as ferramentas de adaptação aos dispositivos foram bem sucedidas, especialmente quando houve um suporte educativo durante o processo de introdução das duas (Ladeia et al., 2020).

Os resultados mostraram que a inclusão dos familiares no processo de cuidado melhorou significativamente a adesão dos idosos às orientações de saúde. Enfermeiros que envolvem a família no acompanhamento proporcionam criar um ambiente mais favorável à prática de hábitos saudáveis, visto que os familiares, muitas vezes, assumem o papel de cuidadores e podem promover as mudanças fáceis (Muzy et al., 2021).

A abordagem multidisciplinar também foi fortemente discutida nos resultados. Enfermeiros relatam que a colaboração com médicos, nutricionistas, fisioterapeutas e psicólogos é fundamental para o cuidado integral do idoso pré-diabético. A criação de planos de cuidado interdisciplinares, que envolvem diferentes áreas da saúde, permite uma abordagem mais completa e eficaz, especialmente em casos mais complexos. O enfermeiro, nesse contexto, atua como coordenador das ações, garantindo que todos os profissionais

envolvidos estejam alinhados com as necessidades do paciente (Ferreira et al., 2019).

Os resultados ainda apontam para a importância da capacitação contínua dos enfermeiros. Muitos profissionais destacam-se que, para oferecer um cuidado de qualidade, é necessário estar sempre atualizado em relação às novas práticas e diretrizes de saúde. A educação continuada foi mencionada como um fator crucial para o desenvolvimento de habilidades que permite um melhor manejo do pré-diabetes, especialmente em um cenário de envelhecimento populacional e aumento das doenças crônicas (SBD, 2019).

Os desafios econômicos enfrentados pelos idosos foram outra questão relevante nos resultados. Muitos enfermeiros relatam que, devido à baixa renda, os pacientes frequentemente encontram dificuldades para seguir as recomendações nutricionais ou adquirir medicamentos. Esse cenário torna essencial que o enfermeiro busque alternativas viáveis, como o encaminhamento para programas públicos de assistência ou a busca por soluções acessíveis que possam ser incorporadas ao cotidiano dos pacientes (Pereira et al., 2021).

Os aspectos emocionais também foram amplamente discutidos. O impacto psicológico do diagnóstico de pré-diabetes pode gerar ansiedade e medo em muitos idosos, o que dificulta a adesão ao tratamento. Enfermeiros dizendo que, em muitos casos, a simples presença de um profissional de saúde disposto a ouvir e esclarecer dúvidas é suficiente para reduzir esses sentimentos negativos e motivar o paciente a cuidar melhor de sua saúde. A humanização do cuidado, portanto, foi apontada como um dos pilares do sucesso no manejo do pré-diabetes (Carrillo-Larco et al., 2019).

As orientações precisam ser personalizadas, levando em consideração as condições de vida, o nível de escolaridade e o contexto cultural de cada idoso. Enfermeiros que adotaram uma abordagem individualizada obtiveram resultados mais positivos, com

maior adesão dos pacientes às mudanças recomendadas, principalmente no que se refere à alimentação e ao controle do peso (Carvalho et al., 2020).

O pré-diabetes exige uma vigilância constante, e os enfermeiros desempenham um papel crucial nesse monitoramento contínuo. Os resultados indicam que o contato frequente com os pacientes, seja por meio de consultas presenciais ou por telemedicina, é fundamental para ajustar as intervenções conforme necessário e prevenir complicações futuras (Brasil, 2020).

A prática colaborativa entre os diferentes profissionais de saúde também foi discutida, com ênfase na necessidade de integração entre as diferentes disciplinas. O trabalho em equipe é mostrado essencial para garantir que o idoso pré-diabético receba um cuidado abrangente e eficaz. Enfermeiros que atuaram em conjunto com médicos e nutricionistas, por exemplo, relataram uma melhora significativa nos índices de controle glicêmico e na qualidade de vida dos pacientes (Santos et al., 2020).

O uso de tecnologias, como plataformas de telemedicina e aplicativos de envio, facilitou o acesso ao cuidado e permitiu que os enfermeiros monitorassem os pacientes de forma mais eficaz. Esses recursos, embora inicialmente solicitados para alguns idosos, têm se mostrado ferramentas benéficas, tanto para a educação em saúde quanto para o controle do pré-diabetes. A capacidade de realizar ajustes no plano de cuidado em tempo real foi um dos benefícios mais destacados pelos profissionais (Brasil, 2020).

A humanização do cuidado foi mencionada repetidamente como um fator de sucesso. Os enfermeiros que adotaram uma postura mais próxima e acolhedora com os pacientes obtiveram maior engajamento dos idosos nas intervenções propostas. A confiança estabelecida entre profissional e paciente foi demonstrada essencial para superar barreiras, como resistência às mudanças de hábitos alimentares e ao uso de tecnologias de monitoramento (Castro et al., 2021).

A integração entre o cuidado preventivo e terapêutico também foi um tema central. Os enfermeiros afirmaram que, ao combinar orientações preventivas com intervenções terapêuticas, como o uso de medicamentos e monitoramento regular, os resultados foram mais pressionados. O equilíbrio entre essas abordagens proporcionou uma maior flexibilidade no cuidado e melhorou a qualidade de vida dos idosos pré-diabéticos (Francisco et al., 2021).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho conclui que a atuação da enfermagem no manejo do pré-diabetes em idosos é fundamental para prevenir a progressão do diabetes tipo 2, promovendo uma abordagem que equilibra a educação em saúde, o acompanhamento contínuo e o suporte emocional. Os enfermeiros têm a capacidade de adaptar suas intervenções às necessidades individuais dos idosos, levando em consideração as especificações físicas, emocionais e sociais que esses pacientes enfrentam. A personalização do cuidado, associada a uma relação de confiança entre enfermeiro e paciente, mostrou-se decisiva para promover a adoção de hábitos saudáveis e o autocuidado.

A integração entre os diferentes profissionais de saúde também se mostrou crucial no sucesso do manejo do pré-diabetes, destacando o papel do enfermeiro como ele central na coordenação do cuidado. A prática colaborativa, associada ao uso de tecnologias de monitoramento e ao envolvimento da família no processo de cuidado, potencializou os resultados das intervenções, facilitando o acompanhamento dos pacientes e promovendo maior adesão às orientações. Assim, uma abordagem multidisciplinar permite que o idoso pré-diabético receba um cuidado mais completo e eficiente.

Para tanto, o estudo ressalta a importância da atualização constante dos profissionais de enfermagem para lidar com as complexidades do pré-diabetes em idosos. O enfermeiro, ao se manter informado sobre as melhores práticas e diretrizes atuais, pode

oferecer um cuidado mais atualizado, prevenindo complicações futuras e melhorando a qualidade de vida dos pacientes. A atuação da enfermagem, portanto, vai além do cuidado clínico, abrangendo uma dimensão educativa e preventiva que é indispensável para o envelhecimento saudável e para a promoção da saúde pública.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Vigilatel Brasil 2020: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção Para Doenças Crônicas Por Inquérito Telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/publicacoes-svs/vigitel/relatorio-vigitel-2020-original.pdf/view>.

CARRILLO-LARCO RM, BARENGO NC, ALBITRES-FLORES L, BERNABE-ORTIZ A. O risco de mortalidade entre pessoas com diabetes tipo 2 na América Latina: uma revisão sistemática e metanálise de estudos de coorte de base populacional. *Diabetes Metab Res Rev*. 2019; 35(4): e3139. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/dmrr.3139>

CARVALHO, C.T. de. et al., Diabetes mellitus: O que preciso saber? Alimento como seu aliado. / Bananeira: UFPB, CRN6, 2020.

CASTRO, Roberta Machado Ferreira de. SILVA, Alana Manuela do Nascimento. SILVA, Ana Karoline dos Santos da. et al. Diabetes mellitus e suas complicações - uma revisão sistemática e informativa. *Brazilian Journal of Health Review*, Curitiba, v. 4, n. 1, p. 3349 – 3391 jan./ feb. 2021. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/24958/19902>.

FERREIRA, D. L. et al. O efeito das equipes multiprofissionais em saúde no Brasil em atividades de cuidado com o diabetes. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, v. 17; e. 91, p.1-7, 2019.

FRANCISCO, P.M.S.B.; SEGRI, N.J.; BORIM, F.S.A., MALTA, D.C. Prevalência simultânea de hipertensão e diabetes em idosos brasileiros:

desigualdades individuais e contextuais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23, 3829- 3840. 2021.

LADEIA, Flávia Josiérica Montalvão et al. Análise do entendimento do paciente sobre programa de automonitoramento da diabetes. 2020. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/12235/10271>.

MUZY, J.; CAMPOS, M.R.; EMMERICK, I.; SILVA, R.S.D.; SCHARMM, J.M.D.A. Prevalência de diabetes mellitus suas complicações e caracterização das lacunas na atenção à saúde a partir da triangulação de pesquisas. *Cadernos de Saúde Pública*, 37. 2021.

PEREIRA, C.S. et al. Perfil socioeconômico, clínico e farmacoterapia de pacientes geriátricos com Diabetes Mellitus. *Research, Society and Development*; 10(3):e5310312995, 2021.

SANTOS GLA, VALADARES GV, SANTOS SS, MORAES CRBM, MELLO JCM, VIDAL LLS, et al. Prática colaborativa interprofissional e assistência em enfermagem. *Esc Anna Nery*. 2020; 24(3): e20190277. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2019-0277>

SBD. Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2019-2020. São Paulo. Editora: Clannad; 2019.

Capítulo 6

O PAPEL DA ENFERMAGEM NO CUIDADO DE CRIANÇAS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA

Eliane dos Reis Barbosa
Maria Lucivane Soares da Silva
Samilla Silva Alecrim
Ana Paula Machado Silva
Rosirene Jorge da Silva e Souza
Janeide Pereira Costa
Maurício Aires Vieira
Luan Pereira Lima
Aragoneide Martins Barros
Ruhena Kelber Abrão

INTRODUÇÃO

O Transtorno do Espectro Autista (TEA), também conhecido como autismo, é uma condição do neurodesenvolvimento que, geralmente, manifesta-se antes dos três anos de idade, caracterizando-se por comportamentos restritivos e repetitivos. Esse transtorno afeta o desenvolvimento psiconeurológico e motor, comprometendo áreas como cognição, comunicação, linguagem e interação social da criança (Oliveira, 2018).

Embora a etiologia do TEA ainda não seja totalmente compreendida, diversos fatores podem contribuir para seu surgimento. Entre eles, destacam-se influências genéticas, exposição a toxinas, infecções virais, intolerâncias imunológicas, desordens metabólicas, além de falhas no desenvolvimento de estruturas e funções cerebrais (Oliveira, 2018).

A manifestação do TEA varia em termos de gravidade, podendo abranger desde formas mais leves, como a síndrome de Asperger, em que não há prejuízos na fala ou na capacidade intelectual, até quadros mais severos. Nos casos mais graves, o indivíduo pode

apresentar grandes dificuldades para estabelecer contato interpessoal, além de comportamentos agressivos e deficiência intelectual significativa (Costa et al., 2017).

No Brasil, estima-se que cerca de dois milhões de pessoas vivam com Transtorno do Espectro Autista (TEA), uma condição que se enquadra nos transtornos do desenvolvimento global (TGD) (Tomazelli J, et al., 2021). Dados provenientes do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde e do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, referentes ao período de 2014 a 2017, revelam que 54,3% dos diagnósticos de TGD foram classificados como não especificados, com o autismo sendo a condição mais frequentemente identificada, representando 27,2% dos casos especificados (BRASIL, 2023).

Além disso, observa-se que 70% dos indivíduos com TEA podem apresentar transtornos mentais comórbidos, sendo que 40% deles têm duas ou mais comorbidades (Costa et al., 2017). Essa alta taxa de comorbidades reforça a complexidade do quadro clínico e a necessidade de abordagens multidisciplinares para o manejo eficaz do TEA.

Uma revisão de estudos demonstrou que pessoas com TEA enfrentam dificuldades significativas no acesso a cuidados adequados, como a escassez de serviços e profissionais capacitados, desafios no diagnóstico e a falta de pesquisas sobre o tema. Este cenário é particularmente grave em países em desenvolvimento, como o Brasil (Costa et al., 2017). A carência de recursos especializados e a falta de formação adequada para os profissionais contribuem para a dificuldade no atendimento dessas pessoas.

No Brasil, a conquista dos direitos fundamentais para pessoas com TEA foi consolidada através da Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista, estabelecida pela Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012. Esta legislação assegura a essas pessoas o direito a uma vida digna, integridade física e moral,

livre desenvolvimento da personalidade, segurança, lazer e proteção contra qualquer forma de abuso e exploração (Brasil, 2021).

Os déficits associados ao TEA impactam diversos aspectos da vida, desde o pessoal até o acadêmico e profissional, variando desde limitações específicas no processo de aprendizagem até déficits amplos em habilidades sociais. Por isso, é necessário um suporte multiprofissional para atender às diversas necessidades dos indivíduos com TEA (Costa et al., 2017). O TEA é classificado em três níveis de acordo com o suporte necessário: nível 1 (requer suporte), nível 2 (necessita de apoio substancial) e nível 3 (demandas extremas de suporte contínuo).

A variabilidade dos sintomas e a intervenção terapêutica têm um impacto significativo na qualidade de vida do indivíduo e de sua família. A comunicação e as relações sociais são cruciais para a saúde emocional do indivíduo, e um suporte adequado pode melhorar consideravelmente essas áreas (Carpente, 2018). O diagnóstico do TEA envolve um processo detalhado, que inclui observação, entrevistas com os pais, anamnese, exclusão de outras doenças e, principalmente, a avaliação clínica baseada no comportamento da criança e nas queixas familiares (Jendrieck CO, 2018).

O atendimento a crianças com TEA exige dos profissionais de saúde habilidades, conhecimentos e estratégias de cuidado individualizado. O manejo e as ações devem ser cuidadosamente planejados e ajustados conforme o grau do transtorno, que pode variar desde intervenções farmacológicas até a atenção multiprofissional centrada na integralidade do indivíduo (Jendrieck CO, 2018). É fundamental que os profissionais de enfermagem contribuam positivamente para o acompanhamento da criança durante as consultas, indo além da análise do crescimento e desenvolvimento.

Nesse contexto de acolhimento e cuidado integral, a equipe de enfermagem deve estar preparada para interagir de maneira eficaz com a criança, a família e a comunidade. O objetivo deste estudo é

analisar as evidências científicas sobre a assistência de enfermagem à criança com TEA, buscando entender melhor o papel dos enfermeiros no suporte e acompanhamento dessas crianças.

METODOLOGIA

Este estudo visa analisar as evidências científicas sobre a assistência de enfermagem à criança com Transtorno do Espectro Autista (TEA), com ênfase nas abordagens e no suporte oferecido pelas equipes de enfermagem no contexto do cuidado integral. Para alcançar esse objetivo, foi realizada uma revisão sistemática da literatura. A busca por artigos foi realizada em bases de dados indexadas, que incluíram PubMed, SciELO, LILACS e BVS. Essas bases de dados foram escolhidas devido à sua abrangência e relevância para literatura biomédica, de saúde, e psicologia.

Os critérios de inclusão foram estabelecidos para garantir a relevância e a qualidade dos estudos selecionados. Foram incluídos artigos empíricos, revisões sistemáticas, estudos de caso e ensaios clínicos focados na assistência de enfermagem a crianças com TEA. Apenas estudos publicados entre 2010 e 2023 foram considerados, a fim de garantir que as evidências estivessem atualizadas. Além disso, foram incluídos apenas artigos em inglês e português para assegurar a compreensão e a qualidade da análise. A relevância dos artigos foi avaliada para garantir que abordassem diretamente a prática de enfermagem e as estratégias de cuidado para crianças com TEA.

Foram excluídos artigos que não passaram por revisão por pares, assegurando a qualidade e validade das evidências. Também foram excluídos estudos que não focavam especificamente em TEA ou que tratavam de populações distintas, garantindo a pertinência ao tema.

O procedimento de seleção envolveu uma busca inicial utilizando uma combinação de palavras-chave relacionadas ao TEA e à assistência de enfermagem, como "Transtorno do Espectro Autista",

"assistência de enfermagem", "cuidado integral" e "intervenção em TEA". Os títulos e resumos dos artigos foram revisados para verificar se atendiam aos critérios de inclusão. Os artigos que passaram por essa triagem inicial foram lidos na íntegra para avaliar a adequação ao tema e a qualidade metodológica. Dados relevantes sobre métodos de cuidado, estratégias de intervenção e resultados encontrados em cada estudo foram extraídos e organizados para análise.

A análise dos dados foi realizada qualitativamente para identificar padrões, tendências e lacunas na assistência de enfermagem a crianças com TEA. Foram avaliadas as práticas recomendadas, as dificuldades enfrentadas pelos profissionais e os resultados das intervenções. A síntese dos resultados proporcionou uma visão geral das melhores práticas em assistência de enfermagem para crianças com TEA, destacando as abordagens mais eficazes e áreas que necessitam de mais pesquisa.

Reconheceu-se que uma limitação do estudo foi a inclusão apenas de artigos em inglês e português, o que pode ter excluído estudos relevantes publicados em outros idiomas. Além disso, a análise concentrou-se em artigos publicados em periódicos indexados, potencialmente deixando de fora literatura relevante não indexada. Esta metodologia foi projetada para fornecer uma análise abrangente e atualizada das práticas de enfermagem no cuidado de crianças com TEA, com base nas melhores evidências disponíveis.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram selecionados 12 artigos de relevância dentre os 82 inicialmente identificados na revisão da literatura, de acordo com a metodologia de pesquisa adotada. Os critérios de seleção priorizaram estudos que investigam a atuação dos profissionais de enfermagem no cuidado e assistência a pacientes com Transtorno do Espectro Autista (TEA), com ênfase na atenção à criança e no suporte às suas famílias. As publicações escolhidas abrangem temas como prática

clínica, relação enfermeiro-paciente e o papel da enfermagem na puericultura e na atenção primária à saúde, oferecendo uma análise integrativa do campo. A seleção desses estudos visa contribuir para o aprofundamento teórico sobre o papel do enfermeiro na assistência ao paciente

autista e na orientação familiar, de forma a promover uma compreensão mais ampla das práticas assistenciais relacionadas.

Quadro 1 – Descrição dos artigos selecionados.

Título e Ano	Autores	Periódico	Ano de Publicação	Palavras-Chave
Atuação dos profissionais enfermeiros no transtorno do espectro autista	Barbosa, M. B. Julião, I. H. T. & Sousa, A. K. C.	Cogitare enfermagem	2020	Transtorno do espectro Autista, enfermagem, profissionais de Saúde
Caderneta da criança, menina	Ministério Saúde	Passaporte Cidadania	2021	Puericultura, Saúde Infantil, Desenvolvimento
Práticas de cuidado do enfermeiro às crianças com transtorno e suas famílias: Uma revisão integrativa	Cardoso, M. L.	Lume Repositório digital	2018	Cuidado de enfermagem, transtorno, Famílias
Assistência em enfermagem a crianças com transtorno: Revisão integrativa de 2017 a 2022	Carvalho, A. S., Sousa, M. G. D., Medvedo, F. H. C.	Revista Científica Multidisciplinar	2022	Enfermagem, transtorno, Revisão integrativa
A relação entre	Barbosa, P. A.	Múltiplos	2017	

enfermeiro e criança com transtorno do espectro do autismo	S. & Nunes, C.	Acessos		Relação enfermeiro-ciente, Criança, tismo
O papel do enfermeiro na assistência à criança autista	Araújo, C. M.,ascimento, J. & Dutra, W. L.	Revista Brasileira Interdisciplinar de Saúde	2019	Enfermagem, tismo, Criança
Cuidado de enfermagem a crianças com transtorno do espectro autista: visão de literatura	Feifer, G. P., Souza, T. B.,esquita, L. F.,reira, A. R. O., &achado, M. F.	Revista Uningá	2020	Enfermagem, transtorno do espectro Autista, visão
A importância do cuidado de enfermagem ante do paciente com espectro autista	Fernandes, A. F. F., Gallette, K. G. C. G., & Garcia, C. D.	Terra <ltura: dernos de sino e Pesquisa	2018	Cuidado de enfermagem, tismo, importância
Atuação do enfermeiro no cuidado à criança com transtorno do espectro autista: Revisão integrativa da	Oliveira, H. S.	Preservar <ltar	2018	Enfermagem, idado Infantil, tismo

literatura				
Atenção e cuidado de enfermagem às crianças portadoras do transtorno do espectro autista e seus familiares	Pimenta, C. G. & Amorim, A. C. S.	Ensaio de Ciência	2021	Cuidado de enfermagem, tismo, familiares

A importância da puericultura e atenção médica à saúde e sua correlação com o transtorno autista: uma visão integrativa	Polidoro, T. C., Rapião, A. G., Freire, M. A. M. M., Froio, K. C., & Pereira, P. A. T.	Pesquisa, cidade e desenvolvimento	2022	Puericultura, tismo, Atenção médica
Assistência enfermagem paciente autista	Santos, N. K., Santos, J. A. M., Santos, C. P., & Lima, V. P.	Revista de Saúde Dom Alberto	2019	Enfermagem, tismo, assistência

Fonte: própria dos autores (2024)

O cuidado é a principal responsabilidade do enfermeiro ao lidar com o Transtorno do Espectro Autista (TEA), abrangendo não apenas a atenção voltada para o autismo em si, mas também para os impactos emocionais e sociais que ele exerce sobre a família, especialmente sobre a mãe da criança. O enfermeiro deve buscar aliviar, por meio do contato próximo com a família, o medo do preconceito e o sentimento de inferioridade que podem surgir em decorrência do estigma social em torno do transtorno. As famílias, frequentemente, enfrentam sofrimento psicológico ao descobrir o diagnóstico, atravessando sentimentos como tristeza, culpa e depressão, muitas vezes acompanhados pela dificuldade de aceitar que a criança tão esperada apresenta um transtorno que exigirá cuidados permanentes (Barbosa et al., 2020).

Nesse contexto, cabe ao enfermeiro compreender as emoções vivenciadas pela família, enfatizando que ela não é responsável pelo transtorno e ajudando a lidar com os impactos emocionais, como estresse, depressão e culpa. A assistência humanizada exige que o enfermeiro promova estratégias de cuidado e encaminhe a criança para uma equipe multiprofissional, ampliando as possibilidades de tratamento eficaz e fortalecendo a relação de confiança entre a família, a criança e a equipe de saúde (Barbosa et al., 2020).

Oliveira (2018) destaca que a atuação do enfermeiro é essencial tanto para o apoio à família quanto para a socialização da criança autista. O enfermeiro assume um papel fundamental na orientação, facilitando a aceitação do diagnóstico e contribuindo para a adaptação familiar. A aceitação por parte do profissional é indispensável para que ele consiga estabelecer um vínculo de confiança com a criança e, assim, conduzir uma abordagem terapêutica eficiente. Reconhecer que as crianças com TEA apresentam necessidades e ritmos diferentes é fundamental; por isso, o cuidado deve ser paciente, respeitando o tempo individual de cada criança, sem precipitação nas etapas do tratamento (Fernandes et al., 2018).

O sucesso na assistência ao paciente com TEA depende também da construção de uma relação positiva com a família, considerando que, além das dificuldades próprias do desenvolvimento infantil, os pais frequentemente se sentem responsáveis pelo transtorno, vivenciando angústias e frustrações quando seus filhos não correspondem às expectativas idealizadas. Nesse sentido, o enfermeiro deve oferecer apoio contínuo, auxiliando os pais a desenvolver formas de afeto recíproco, mesmo diante da ausência de respostas emocionais imediatas por parte da criança (Fernandes et al., 2018).

Portanto, é essencial que o enfermeiro estabeleça um vínculo empático com a criança autista e sua família, assumindo uma postura cuidadosa e livre de preconceitos, além de desenvolver abordagens diferenciadas que respeitem as singularidades de cada caso. A análise contínua do comportamento da criança, durante as consultas, pode colaborar para o diagnóstico precoce e para a orientação dos pais quanto aos cuidados necessários (Pimenta & Amorim, 2021).

Além disso, a formação e a atualização constante do enfermeiro são imprescindíveis para garantir um atendimento de qualidade. A disseminação de conhecimento dentro das equipes de saúde é fundamental para a construção de intervenções eficazes e para

incentivar a participação ativa da família no processo de cuidado. Entre as contribuições do enfermeiro, destacam-se a criação de ambientes terapêuticos que promovam autoestima e autocuidado, o estímulo às interações sociais e a inserção social com confiança, sempre respeitando os direitos da pessoa com deficiência (Pimenta & Amorim, 2021).

Apesar da importância dessas iniciativas, observa-se que ainda há uma lacuna na produção científica voltada especificamente para a humanização do cuidado de enfermagem ao paciente com TEA. Essa ausência representa um desafio para a melhoria da assistência prestada, uma vez que a humanização em saúde envolve o reconhecimento das dimensões sociais, éticas e emocionais presentes nas relações de cuidado. A humanização pressupõe a troca de saberes e o diálogo contínuo entre os profissionais de saúde, promovendo uma atuação em equipe orientada para o respeito e a dignidade da pessoa atendida (Santos et al., 2019).

Atualmente, não existe um tratamento específico e universalmente eficaz para o Transtorno do Espectro Autista (TEA), uma vez que cada caso demanda a elaboração de alternativas personalizadas por parte dos profissionais de saúde. Para que o enfermeiro possa atender a essas crianças, é essencial compreender as características individuais de cada paciente e direcionar o cuidado conforme suas necessidades particulares (Oliveira et al., 2018).

Segundo Oliveira et al. (2018), cuidar de uma criança com TEA representa um grande desafio, especialmente para os enfermeiros, que desempenham um papel essencial tanto na assistência direta quanto na orientação aos familiares, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida. O cuidado em enfermagem deve ser baseado na singularidade de cada criança, considerando suas peculiaridades e promovendo uma relação de confiança entre o profissional e a família. Além disso, é importante que o enfermeiro valorize as observações e preocupações dos familiares, reforçando o vínculo e a interação para

garantir um atendimento mais eficaz e proporcionar maior segurança aos pais e à criança.

Existem diferentes abordagens para a assistência a indivíduos com TEA, mas é fundamental que as intervenções sejam mensuráveis para que seus resultados possam ser avaliados. No entanto, o processo de avaliação também envolve o risco de não se observar progressos significativos, exigindo adaptações e novas estratégias terapêuticas, o que pode ser um desafio para a equipe de saúde (Cardoso, 2018).

O TEA afeta diversas áreas da vida do indivíduo, o que torna indispensável a atuação de uma equipe multidisciplinar. Essa abordagem deve partir do reconhecimento da individualidade de cada criança, considerando suas características e necessidades específicas, para, então, traçar um plano de intervenção com metas realistas (Cardoso, 2018). A intervenção precoce e a qualificação dos profissionais da saúde e da educação são fundamentais para a identificação rápida dos sinais de autismo e para a redução do estigma relacionado ao diagnóstico, permitindo o início imediato das intervenções necessárias (Cardoso, 2018).

O plano terapêutico deve ser ajustado às diferentes fases do desenvolvimento infantil, dando preferência a intervenções como terapia da fala, atividades de interação social e oficinas lúdicas, além de educação específica e suporte familiar. A construção de um vínculo entre a criança e o terapeuta é essencial, uma vez que permite que as lacunas no desenvolvimento sejam trabalhadas desde os primeiros anos de vida (Santos et al., 2019).

O enfermeiro, por ser frequentemente o profissional com maior contato com o paciente, possui um papel crucial na identificação precoce dos sinais de TEA e no encaminhamento para outros especialistas. Ele também atua como mediador entre a família e a equipe multidisciplinar, facilitando o acesso a neurologistas, psiquiatras, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais e demais profissionais envolvidos no tratamento (Araujo et al., 2019). Embora a

intervenção multidisciplinar possa proporcionar melhoras significativas, ainda não se alcança a cura para o autismo. Em casos de autistas de alto funcionamento, uma condução adequada permite que levem uma vida próxima da normalidade, com menor impacto nas habilidades sociais (Oliveira et al., 2018).

A intervenção precoce e intensiva é especialmente benéfica para o desenvolvimento da criança e para o bem-estar da família, ajudando o paciente a compreender melhor o ambiente ao seu redor, desenvolver habilidades comunicativas e imitar comportamentos adequados (Oliveira et al., 2018). As abordagens terapêuticas devem ser escolhidas conforme as necessidades individuais de cada criança, sejam elas de base cognitiva, psicanalítica ou comportamental, todas voltadas para a promoção de um repertório funcional e para a redução de dificuldades de conduta (Barbosa & Nunes, 2017).

Embora o uso de medicamentos possa ser útil no controle de sintomas como insônia, hiperatividade e desatenção, não existe um fármaco específico para o tratamento do TEA. O foco deve ser o estímulo das habilidades comunicativas, sensório-motoras e sociais da criança, promovendo uma maior integração com o meio em que vive (Barbosa & Nunes, 2017).

Para prestar um cuidado de qualidade, é fundamental que o enfermeiro possua embasamento teórico sólido, garantindo suporte adequado tanto à criança quanto aos familiares, prevenindo a sobrecarga emocional que pode comprometer a assistência (Feifer et al., 2020). O enfermeiro também pode promover atividades lúdicas, como brincadeiras e danças, para estimular a interação entre a criança e sua família, reforçando seu papel como agente de socialização (Araujo et al., 2021).

De acordo com a Caderneta da Criança (2021), a detecção precoce de atrasos no desenvolvimento é essencial para a intervenção oportuna, favorecendo melhores desfechos, mesmo que o diagnóstico definitivo de TEA ainda não tenha sido confirmado. Como o diagnóstico é baseado na observação do comportamento da criança,

os pais e cuidadores devem estar atentos aos marcos do desenvolvimento infantil.

O diagnóstico precoce e o encaminhamento imediato para intervenções comportamentais e educacionais são cruciais para promover melhores resultados a longo prazo, aproveitando a neuroplasticidade do cérebro em fases iniciais do desenvolvimento (Polidoro et al., 2022).

A enfermagem, guiada pela Teoria do Cuidado Humano, destaca-se pela abordagem individualizada e humanizada, valorizando as singularidades de cada paciente. No caso de crianças com TEA, o enfermeiro deve adotar uma visão holística e identificar as principais queixas e necessidades de cada paciente, contribuindo para uma assistência personalizada e digna (Carvalho et al., 2022).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O papel do enfermeiro na assistência e acompanhamento de crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA) é de grande relevância. No entanto, ainda enfrenta desafios para se consolidar na prática cotidiana, uma vez que diversos fatores complicam o trabalho em equipe multidisciplinar, especialmente na detecção precoce e na análise do tratamento dos pacientes. A atuação efetiva do enfermeiro é prejudicada, em parte, pela perpetuação de estereótipos sobre o TEA, o que evidencia a necessidade de mais cursos de capacitação e treinamentos. A reformulação dos métodos empregados na rede de atenção básica também é essencial para garantir intervenções mais precisas e eficazes (Oliveira et al., 2018).

Embora existam diferentes definições e abordagens sobre o autismo, ainda há certa generalização na assistência de enfermagem voltada para crianças com TEA. A ausência de um conceito fixo e claro sobre o transtorno dificulta a padronização das práticas de cuidado, tornando o processo assistencial fragmentado. Apesar das diretrizes apresentadas na literatura, a assistência de enfermagem ainda carece

de conhecimentos específicos e enfrenta estigmas que precisam ser superados para que se possa alcançar uma intervenção verdadeiramente satisfatória e abrangente.

É fundamental que a pesquisa avance no campo da enfermagem aplicada ao contexto do TEA, especialmente no âmbito da atenção básica, fomentando debates que explorem novas estratégias e práticas assistenciais. A assistência de enfermagem deve se concentrar não apenas no paciente, mas também em seus cuidadores, promovendo uma abordagem integral e holística do cuidado. O objetivo é garantir o bem-estar global da criança e fortalecer as habilidades dos profissionais para lidar com as necessidades físicas, emocionais e sociais dos pacientes com autismo.

Com essa perspectiva, é importante que futuros estudos investiguem maneiras de aprimorar a assistência de enfermagem a crianças com TEA e suas famílias. A adoção de uma visão holística e a promoção de um cuidado integral podem contribuir significativamente para a qualidade da assistência prestada, além de agregar valor ao conhecimento científico existente na área. Assim, espera-se que o aprofundamento nesse campo inspire novos pesquisadores e promova melhorias contínuas na prática assistencial, assegurando uma atenção mais eficiente e humanizada aos pacientes e suas famílias.

REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, C. M., NASCIMENTO, J. S., & DUTRA, W. L. (2019). O papel do enfermeiro na assistência à criança autista. *Revista Brasileira Interdisciplinar de Saúde*. 1(3).
- BARBOSA, M. B. T., JULIÃO, I. H. T. & SOUSA, A. K. C. (2020). Atuação dos profissionais enfermeiros no transtorno do espectro autista. *Cogitare enfermagem*.
- BARBOSA, P. A. S. & NUNES, C. R. (2017). A Relação Entre O Enfermeiro E A Criança Com Transtorno Do Espectro Do Autismo. *Múltiplos Acessos*.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo (TEA). Brasília: Ministério da Saúde; 2023.

CADERNETA DA CRIANÇA, MENINA. (2021). Passaporte cidadania. Ministério da saúde (3a ed.)

CARDOSO, M. L. (2018). Práticas de cuidado do enfermeiro às crianças com autismo e suas famílias: Uma revisão integrativa. Lume repositório digital.

CARPENTE JA. Investigando a eficácia de um programa de musicoterapia improvisada de desenvolvimento, diferença individual e baseado em relacionamento (DIR) na comunicação social para crianças com transtorno do espectro do autismo. Perspectivas da Musicoterapia, 2018.

CARVALHO, A. S., SOUSA, M. G. D. DE., AZEVEDO, F. H. C. (2022). Assistência Em Enfermagem A Crianças Com Autismo: Revisão Integrativa De 2017 A 2022. Revista Científica Multidisciplinar. 3(6), e361523.

COSTA, L. E., SOUSA, C. B. C., ABREU, F.P., CORDEIRO, J. M. S.S. (2017). Assistência de enfermagem a criança com transtorno do espectro autista: estudo de caso. Anais III JOIN

FEIFER, G. P., SOUZA, T.B., MESQUITA, L. F., FERREIRA, A. R. O., & MACHADO, M. F. (2020). Cuidado De Enfermagem A Pacientes Com Transtorno Do Espectro Autista: Revisão De Literatura. Revista Uningá. 57(3), 60-70.

FERNANDES, A. F.F., GALLETE, K. G. C.G., & GARCIA, C. D. (2018). A importância do cuidado de enfermagem diante do paciente com espectro autista. Revista Terra & Cultura: Cadernos De Ensino E Pesquisa. 33(65), 33-44.

JENDREIECK CO. Dificuldades encontradas pelos profissionais da saúde ao realizar diagnóstico precoce de autismo. Revista Psicologia Argumento. 2018

- OLIVEIRA, H. S. (2018). Atuação do enfermeiro no cuidado à criança com transtorno do espectro autista: revisão integrativa da literatura. Preserva acessar & difundir
- OLIVEIRA, J. E. L. C., GOMES, A. A. P., CABRAL, C. D. D., & SILVA, S. G. D., (2018). Cuidados de enfermagem à criança portadora de transtorno do espectro autista: uma revisão integrativa. Anais III CONBRACIS.
- PIMENTA, C. G. S., & AMORIM, A. C. S. (2021). Atenção e Cuidado de Enfermagem às Crianças Portadoras do Transtorno do Espectro Autista e seus Familiares. Ensaio e Ciência. 25(3), 381-389.
- POLIDORO, T. C., SERAPIÃO, A. G., ABREU, M. A. M. M., FROIO, K. C., & PEREIRA, P. A. T (2022). A importância da puericultura na atenção primária à saúde e sua correlação com o transtorno do espectro autista: uma revisão integrativa. Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento. 11 (12), e598111234857.
- SANTOS, N. K., SANTOS, J. A. M., SANTOS, C. P., & LIMA, V. P. (2019). Assistência de enfermagem ao paciente autista. Revista de Saúde dom Alberto. 4(1), 17- 29.
- TOMAZELLI J, FERNANDES C. Centros de Atenção Psicossocial e o perfil dos casos com transtorno global do desenvolvimento no Brasil, 2014 - 2017. Physis. 2021;31(2):e310221.

Capítulo 7

PERCEPÇÃO DAS GESTANTES ATENDIDAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA ACERCA DO PARTO HUMANIZADO

Ryan Pereira Lima Barros
Ana Beatriz Gomes da Silva Chaves
Fabrício Bezerra Eleres
Ruhena Kelber Abrão

INTRODUÇÃO

O parto humanizado é uma prática instituída pelo Ministério da Saúde (MS), na qual a mãe possui autonomia sobre o seu parto, podendo escolher desde a posição de expulsão, quem vai acompanhar o trabalho de parto e, até mesmo, auxiliá-la na hora do parto em si. Esta prática vem sendo instituída nas maternidades no país aos poucos e sua eficácia vem sendo comprovada com os resultados positivos obtidos (BRASIL, 2017).

A equipe multiprofissional deve auxiliar nesse processo para que ele seja o mais natural possível, evitando ao máximo o uso de drogas, assim como métodos invasivos. Os profissionais da Enfermagem devem acompanhar todo esse processo atentando-se sempre para os cuidados com a vitalidade da mãe e do feto. Devem ser aplicadas técnicas de alívio da dor não medicamentosas para que a mãe se sinta mais aliviada e confortável, evitando os tratamentos farmacológicos (BUSANELLO et al., 2011).

O contato imediato com a mãe e amamentação são práticas essenciais, ao passo que bem importantes no parto humanizado. O recém-nascido (RN) com boa vitalidade deve logo após seu nascimento

ser colocado sobre o tórax da mãe para permitir o contato pele a pele e amamentação do mesmo (BRASIL, 2014).

Humanizar a assistência de enfermagem materno-infantil é de vital importância porque garante à mulher o seu acesso ao pré-natal, assegurando-lhe uma assistência digna, uma gravidez segura e saudável, com as informações necessárias para que possa escolher com tranquilidade o local, o tipo de parto, o profissional que lhe assistirá o acompanhante, a posição de parição, entre outras, respeitando sempre a participação de sua família em todo esse processo (MARQUE *et al*, 2006).

Percebe-se que o parto humanizado pode ser bastante eficiente para a saúde do recém-nascido e da mãe, mas deve-se sempre nos atentar para quais práticas estão sendo aplicadas, se estão sendo aplicadas corretamente e estão surtindo efeito (DIAS *et al.*, 2019).

Diante dos fatos levanta-se a questão de que se realmente as gestantes têm conhecimento da efetivação dos seus direitos conforme as boas práticas de humanização, assim como é preconizada pelo Ministério da Saúde. Para uma boa assistência, não basta apenas ter um ambiente favorável para o parto humanizado, é preciso saber se a equipe é treinada e qualificada para atuar no momento do parto conforme o que lhe é oferecido como material de suporte (BRASIL, 2017; SANTOS, 2017).

A partir disso, o objetivo geral deste estudo consiste em descrever a percepção das gestantes atendidas na atenção primária acerca do parto humanizado. Este será alcançado por meio dos seguintes objetivos específicos: caracterizar o perfil socioeconômico e demográfico das gestantes entrevistadas; identificar se as gestantes estão tendo conhecimento acerca dos seus direitos preconizados pelo parto humanizado; e reimplantar as ações de Educação em Saúde com as gestantes e realizar uma abordagem Técnico-Científica com os profissionais médicos e enfermeiros do Centro de Saúde da Comunidade (CSC) Novo Horizonte, ambas abordando o parto humanizado.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo de abordagem quanti-qualitativa e caráter descritivo-exploratório, realizada por meio de entrevista e levantamento de dados. A pesquisa foi realizada na cidade de Palmas/TO e a coleta de dados ocorreu no Centro de Saúde da Comunidade (CSC) Novo Horizonte, uma unidade de saúde na modalidade de Atenção Primária nos moldes da Saúde da Família e Comunidade, nos períodos de maio a novembro de 2019.

Na ocasião em que ocorreu a coleta de dados, eram acompanhadas no CSC cerca de 60 gestantes, das quais compreenderam a população de estudo. Através de amostragem por conveniência, foram alcançadas o total de 50 participantes, que se encaixaram nos critérios inclusão, sendo então a amostra incluída na pesquisa, compreendendo 83% do universo total.

Foram adotados como critérios de inclusão: aceitar participar da pesquisa e assinar o TCLE; ter realizado pelo menos uma consulta de pré-natal no CSC em questão; estar realizando o pré-natal no CSC onde ocorreu a coleta de dados; e ter idade igual ou maior à 18 anos no momento da coleta de dados. Foram excluídas do estudo aquelas que ainda não haviam realizado nenhuma consulta de pré-natal no CSC e aquelas que possuíam alguma condição física ou psíquica que impossibilitasse a entrevista.

Para a coleta de dados foram utilizados dois instrumentos semiestruturados, sendo primeiro relativo a caracterização sociodemográfica, econômica, da história obstétrica e do pré-natal atual dos sujeitos da pesquisa, bem como da quantidade de consultas e se esta recebeu ou não orientações acerca do parto humanizado durante os atendimentos da equipe.

O segundo instrumento foi construído pelo próprio pesquisador com base nas Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal (BRASIL, 2017). Este aborda questionamentos referentes a percepção das

gestantes acerca do parto humanizado, sendo distribuídos em 6 eixos: *alimentação, posições para o parto, alívio da dor, acompanhante, cuidados da equipe de saúde e benefícios do parto normal*. Cada eixo será composto por 3 questionamentos, os quais foram respondidos com "certo" ou "errado".

Este estudo atende às determinações contidas na Resolução CNS nº466/12 do Conselho Nacional de Saúde/MS e não existe qualquer tipo de conflito de interesses. A coleta de dados se deu somente após aprovação da Comissão de Avaliação de Projetos e Pesquisas (CAPP) da Fundação Escola de Saúde Pública (FESP) e ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), por meio do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) de número 29921320.4.0000.9187.

A aplicação do instrumento de coleta de dados foi realizada após leitura minuciosa do TCLE e esclarecimentos detalhados deste. Com o consentimento dos sujeitos de participarem da pesquisa, foram disponibilizadas para leitura e assinatura, duas cópias do TCLE, a qual uma permaneceu em posse dos participantes e a outra das pesquisadoras. Após o consentimento dos pesquisados, a aplicação do instrumento de coleta de dados teve duração mínima de 10 minutos e máxima de 20 minutos.

Após a análise das respostas obtidas por meio da entrevista, foi realizado um instrumento de educação em saúde através de folder, que foi entregue posteriormente a todas as gestantes e os profissionais pertencentes à unidade de saúde em questão.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Tabela 1: Distribuição da faixa etária das gestantes atendidas no Centro de Saúde da Comunidade Novo Horizonte situado no município de Palmas-TO, no ano de 2020.

IDADE	N	%
18 a 24 anos	20	40

25 a 29 anos	9	18
30 a 34 anos	19	38
35 a 39 anos	2	4
Mais de 40 anos	-	-
TOTAL	50	100%

Fonte: Dados obtidos através da aplicação do instrumento de coleta de dados (ICD) pelos autores, no ano de 2020.

Nota: Para a padronização das respostas inexistentes considerou-se o uso do traço (-).

Na Tabela 1 são descritas a faixa etária das participantes da pesquisa, a qual se verificou que a maior parte das gestantes se encontra na faixa etária de 18 a 24 anos, seguido daquelas com idade entre 30 a 34 anos, e a minoria destas na faixa etária de 35 a 39 anos.

Observa-se consonância na literatura no que diz respeito à idade com que as mulheres mais engravidam, sendo que este coeficiente é maior naquelas com menos de 35 anos de idade, com predominância de mulheres jovens, como mostrou os dados acima. No estudo de Silva et al. (2019), mais da metade das gestantes tinham até 30 anos de idade. Da mesma forma, Oliveira e Campelo (2020) evidenciaram que 48% das gestantes de seu estudo possuíam entre 19 a 25 anos, com uma prevalência muito baixa naquelas com mais de 35.

A faixa etária é um aspecto deveras importante no acompanhamento de pré-natal, pois há um aumento do risco em adolescentes e em mulheres com idade superior a 35 anos. O Ministério da Saúde traz que a partir dos 35 anos aumenta-se o risco do desenvolvimento de condições como gestações múltiplas, diabetes mellitus e hipertensão arterial (BRASIL, 2012).

Cabe destacar que o fator idade de forma isolada não constitui fator de risco e que a realização de um pré-natal mais qualificado e com uma assistência mais completa podem trazer uma gestação com melhores resultados (BRASIL, 2012; GONÇALVES e MONTEIRO, 2012; ALDRIGHI, WALL e SOUZA, 2018).

Dessa forma, fica evidente que a maior parte das gestantes atendidas no CSC Novo Horizonte está dentro da faixa etária recomendada para um desenvolvimento mais favorável de uma gestação e de menor risco obstétrico, no geral.

Tabela 2: Estado civil das gestantes atendidas no Centro de Saúde da Comunidade Novo Horizonte situado no município de Palmas/TO, no ano de 2020.

ESTADO CIVIL	N	%
Solteira	11	22
Casada	21	42
União estável	18	36
Divorciada	-	-
Viúva	-	-
TOTAL	50	100%

Fonte: Dados obtidos através da aplicação do ICD pelos autores, no ano de 2020.

Nota: Para a padronização das respostas inexistentes considerou-se o uso do traço (-).

Na Tabela 2 são expostos o estado civil das participantes do estudo, no qual se pode observar que a maior parte destas é casada (42%) ou estão em uma união estável (36%). A minoria é observada nas participantes que não se encontravam em situação conjugal (22%). Não houveram participantes divorciadas ou viúvas.

Esse dado vai de acordo ao encontrado por Soares e Gomes (2018), a qual a maior parte das gestantes que participaram do estudo se encontrava em estabilidade em relação a sua situação conjugal. A prevalência de mulheres casadas ou em união estável também foi relatada por Dias et al. (2018), onde 84,6% das gestantes viviam com seu companheiro. Já nos achados científicos de Dias et al. (2019) foi constatada uma maioria de gestantes solteiras.

O Ministério da Saúde (2012) menciona que a situação conjugal deve ser avaliada no primeiro contato com a gestante, bem como a aceitação desta gravidez perante ao casal. Situações conjugais

inseguras devem ser vistas com maior atenção pela equipe de saúde, pois, de forma geral, a ausência de uma figura paterna de apoio ao longo do período gestacional possivelmente pode contribuir para situações difíceis (GOMES et al., 2015).

Há que se considerar que estar apenas em uma união estável, situação presente em 36% das participantes, pode reproduzir um estado de insegurança na gestante, caso a descoberta da gestação tenha antecipado ou até mesmo criado a necessidade da construção de um núcleo familiar. Nesse sentido, Silva e Silva (2009) afirmam que isso requer um enfrentamento, e que a gestação pode gerar situações de ambiguidade, com a necessidade de estruturação do casal para cuidar de uma nova vida, bem como pode desestruturar relacionamentos previamente instáveis.

Tabela 3: Escolaridade das gestantes atendidas no Centro de Saúde da Comunidade Novo Horizonte situado no município de Palmas/TO, no ano de 2020.

ESCOLARIDADE	n	%
Sem escolaridade	-	-
Ensino fundamental completo ou completo	11	22
Ensino médio completo ou incompleto	28	56
Ensino superior completo ou completo	11	22
TOTAL	50	100%

Fonte: Dados obtidos através da aplicação do ICD pelos autores, no ano de 2020.

Nota: Para a padronização das respostas inexistentes considerou-se o uso do traço (-).

Na tabela 3, encontram-se disponíveis as informações concernentes à escolaridade, na qual é possível observar que o maior percentual encontrado é das pacientes com ensino médio, sendo este completo ou não, totalizando mais da metade das pesquisadas (56%).

De maneira homóloga, as demais participantes possuíam ensino fundamental ou ensino superior.

De acordo com estudo realizado por Dias et al. (2019), foi expresso em sua amostra que quase a metade das participantes possuíam ensino médio, assim como Dias et al. (2018), com mais de 70% destas com escolaridade de nível médio. No geral, ainda foi baixa a predominância de mulheres com ensino superior em ambas pesquisas, em semelhança com a análise feita no presente estudo.

Estes dados vão de encontro ao afirmado por Felipak e Pacheco (2017), em que apesar de que no passado o acesso ao Ensino Superior fosse privilégio daqueles com maior força capital e política, hoje, mesmo com ações afirmativas para redução da desigualdade, o quantitativo de pessoas que possuem acesso a este ensino ainda é muito aquém quando se considera a totalidade da população brasileira.

Outras pesquisas demonstraram que o nível de escolaridade está relacionado com a idade com qual uma mulher engravida, sendo que quanto mais anos de estudo esta mulher apresenta, mais ocorre o adiamento dos planos de casamento e filhos. Este fenômeno também ocorre pelo fortalecimento da presença feminina no mercado de trabalho e do maior conhecimento acerca dos métodos contraceptivos, fatores também diretamente ligados ao nível de escolaridade. (ALDRIGHI, WALL e SOUZA, 2017; SANTANA, LAHM e SANTOS, 2015).

Dessa forma, a escolaridade mais baixa apresentada pelas participantes do estudo condiz com as gravidezes ocorrendo mais cedo. Por outro lado, este achado também se pode justificar que, pelo maior quantitativo de mulheres mais jovens, estas, possivelmente ainda almejam ingressar no ensino superior nos próximos anos.

Tabela 4: Perfil ocupacional e renda mensal das gestantes atendidas no Centro de Saúde da Comunidade Novo Horizonte situado no município de Palmas/TO, no ano de 2020.

OCUPAÇÃO	N	%
Estudante	4	8

Em	atividade	25	50
boral			
	Desempregada	21	42
	Aposentada	-	-
RENDAS		N	%
	Não possui	25	50
	Menos que 1 salário	-	-
ínimo			
	1 salário mínimo	17	34
	2-5 salários	7	14
ínimos.			
	Mais que 5 salários	1	2
ínimos			

Fonte: Dados obtidos através da aplicação do ICD pelos autores, no ano de 2020.

Nota 1: Para a padronização das respostas inexistentes considerou-se o uso do traço (-).

Nota 2: Salário mínimo equivalente à época era de R\$1.045,00.

Percebe-se na Tabela 4, que metade das participantes encontram-se inseridas no mercado de trabalho com ocupação remunerada, 8% são estudantes e 42% não estão exercendo nenhum tipo de atividade laboral. Consequentemente, metade das participantes não possuem renda, 34% destas relatam que recebem 1 salário mínimo, 14% de 2 a 5 salários mínimos e apenas uma participante afirmou receber mais de 5 salários mínimos. Destaca-se que esta última participante é empreendedora no ramo de vestuário e moda feminina.

Land e Palú (2018) também descreveram que sua amostra era majoritariamente composta por gestantes com algum vínculo empregatício (44%) e pequena porcentagem de estudantes (12%). Entretanto, outro achado entra em discordância, já que os mesmos autores obtiveram que apenas 8% das participantes estavam desempregadas.

Em relação à renda, é notável na literatura que a maioria das gestantes é de baixa renda e, no geral, estas possuem renda familiar entre 1 a 3 salários mínimos (MARTINS et al., 2015; DIAS et al., 2018).

Ressalta-se que neste estudo foi considerado apenas a renda pessoal da mulher e não a familiar, pois os autores optaram por realizar a análise de forma isolada, pressupondo que a dependência financeira, como do marido ou de outros familiares, poderia impactar negativamente.

Dessa forma, é possível refletir acerca de possíveis entraves para participação da mulher no mercado de trabalho. De acordo com o IBGE (2017), a mulher dedica 73% a mais do seu tempo às ocupações domésticas e/ou a cuidado de pessoas do que o homem, resultado do padrão enraizado ao sexo feminino, responsabilizando inteiramente a mulher pelo cuidado doméstico. Tal dificuldade é ainda mais expressiva quando se trata de uma mulher no estado gravídico, no qual tais vulnerabilidades arraigadas ao gênero feminino são potencializadas e afetam a posição da mulher de ser reconhecida como trabalhadora e economicamente ativa (SANTOS et al., 2016).

Tal situação foi perceptível nos resultados obtidos, no qual houve predomínio de gestantes em situação de desemprego. Tal fato pode repercutir negativamente, gerando impacto na renda familiar, dependência financeira ao companheiro, parentes ou até mesmo terceiros. Alguns autores apontam a correlação entre estar desempregada e possuir baixa renda com o desenvolvimento de depressão durante a gestação (PORTO, 2016).

É importante ressaltar, portanto, que estar inserida no mercado de trabalho e ser economicamente independente pode trazer maior autonomia para a gestante, associado a um maior nível de escolaridade, como a outra fração de mulheres que estavam empregadas e possuíam alguma renda. Esta autonomia pode ser refletida tanto no que tange ao acesso à informação como na tomada de decisões, como por exemplo, no momento do parto (PORTO, 2016).

Tabela 5: Distribuição do perfil obstétrico das gestantes atendidas no Centro de Saúde da Comunidade Novo Horizonte situado no município de Palmas-TO, no ano de 2020.

Número de partos	N	%
Nenhum	19	38
1	14	28
2	10	20
3	4	8
4 ou mais	3	6
Tipo de parto		
Vaginal	17	54
Cesáreo	12	38
Ambos	2	6

Fonte: Dados obtidos através da aplicação do ICD pelos autores, no ano de 2020.

Nota 1: Para a padronização das respostas inexistentes considerou-se o uso do traço (-).

Nota 2: A variável Tipo de Parto foi calculada com base no n=31, corresponde a pacientes que já vivenciaram algum tipo de parto. As nulíparas (n=19) foram excluídas do cálculo.

Percebe-se na Tabela 5 que houve predominância de mulheres nulíparas e primigestas (38%), seguido por secundigestas com relato de apenas um parto anterior (28%). Chama-se atenção o fato de 6% das mulheres estarem na quinta gestação ou superior, o que pode desvelar possíveis fragilidades nas ações de planejamento familiar. Já em relação ao tipo de parto, grande parte das gestações prévias teve como desfecho o parto vaginal (54%) em detrimento do parto cesáreo com 38%. Somente duas participantes vivenciaram ambos os tipos de parto. Estes resultados vão de encontro ao observado por Lima (2019) bem como por Oliveira e Campelo (2020) que relataram uma amostra na sua maioria composta por nulíparas (55%), enquanto Dias et al. (2018) expõem que mais da metade das gestantes eram secundigestas

No tocante ao tipo de parto, Dias (2015) também constatou que havia predominância do parto vaginal e apenas 7% das entrevistadas passaram por ambos os tipos de parto. Dias et al. (2018). No entanto, descrevem o predomínio de partos cesáreos, com 63,6%.

De acordo com o Ministério da Saúde, o Brasil encontra-se em um cenário de epidemia de partos cesáreos e que, por ano, são

realizadas por volta de 1,6 milhão de cirurgias cesarianas, com taxas crescentes de forma progressiva a cada ano, fazendo com que este seja o tipo de parto mais comum no território brasileiro. As taxas de cesariana no país encontram-se por volta de 56%, sendo ainda maior na rede privada (85%) e menor na rede pública (40%), mesmo a OMS sugerindo que taxas maiores que 10% não colaborem para minimizar as mortalidades maternas e neonatais (CONITEC, 2016).

Em função do perfil de gestante ser composto majoritariamente por mulheres em sua primeira gestação, isto pode implicar dificuldades para a percepção acerca do parto humanizado. Silva et al. (2020) corroboram que diante de um evento desconhecido - o parto - muitas podem ter sentimentos de receio e preocupação. Os autores afirmam que, embora o acesso à informação atualmente seja fácil e amplo, as participantes do seu estudo apresentaram compreensão restrita em relação ao parto, sobretudo em razão da falta de orientação profissional no pré-natal.

Por outro lado, de forma potencializadora, este medo do desconhecido também poderia estar atrelado à motivação intrínseca por busca de conhecimento para o momento do parto, em um movimento de empoderamento desta gestante de primeira viagem, fazendo com que esta mulher busque por informações de qualidade. Evidentemente este processo não exclui a responsabilidade da equipe de saúde de fornecer todas as orientações ao cliente sob seu cuidado.

Tabela 7: Distribuição das informações acerca do pré-natal atual das gestantes atendidas no Centro de Saúde da Comunidade Novo Horizonte situado no município de Palmas/TO, no ano de 2020.

Número de consultas	N	%
1 a 3	13	26
4 a 6	25	50
7 a 9	7	14
10 a 12	5	20
13 ou mais	-	-

Recebeu orientação sobre o parto humanizado?		
Sim	15	30
Não	35	70
Não lembra	-	-

Fonte: Dados obtidos através da aplicação do ICD pelos autores, no ano de 2020.

Nota: Para a padronização das respostas inexistentes considerou-se o uso do traço (-).

É possível perceber que a metade das participantes já tinham realizado de 4 a 6 consultas de pré-natal, 26% estavam nas consultas iniciais e o restante já haviam tido mais de 7 consultas. Uma grande parcela das gestantes (70%) referiram não ter recebido orientação acerca do parto humanizado durante as consultas de pré-natal.

O quantitativo ideal de consultas no pré-natal ainda é discutido, sendo que para a OMS este número seria igual ou maior que 6 consultas. Números menores de consultas, porém, em gestações de baixo risco e com mais destaque a qualidade de cada consulta, não parece aumentar desfechos perinatais desfavoráveis. A periodicidade destas consultas deve seguir de forma mensal até 28 semanas, a cada quinze dias de 28 a 36 semanas, e toda semana a partir desta idade gestacional. De qualquer forma, a gestante não recebe alta da assistência pré-natal (BRASIL, 2012).

Dentre os “10 passos para o Pré-Natal de Qualidade na Atenção Básica”, pode-se visualizar que o 8º passo diz o seguinte: “Estimular e informar sobre os benefícios do parto fisiológico, incluindo a elaboração do “Plano de Parto”. Neste mesmo material, é exposto que para uma assistência efetiva, deve-se incentivar ao parto fisiológico e a diminuir cesarianas (BRASIL, 2012).

Diversos estudos revelam fragilidades no que tange às orientações sobre o parto durante o pré-natal, no geral, são muitos os relatos de gestantes que declaram não ter tido orientações a respeito do parto (SANTANA et al., 2015; CABRAL et al., 2018; SILVA, 2020).

Considerando que desde a primeira consulta, os profissionais devem fornecer todos os tipos de orientações para que haja uma boa evolução do ciclo gravídico e perinatal, o fato de mais da metade das gestantes terem realizado apenas 6 consultas ou menos, não justifica que mais de 70% delas não foram orientadas acerca do parto humanizado, tendo que esse tipo de orientação não deve ser deixado apenas para as consultas finais.

Ao serem questionadas sobre o que entendiam sobre Parto Humanizado, 46% das gestantes soube conceituar parcialmente com base na definição dada pelo Ministério da Saúde, 32% destas afirmaram já ter ouvido falar, porém não conseguem conceituar, 16% relataram nunca ter ouvido falar sobre Parto Humanizado e 6% das participantes responderam conforme a definição do Ministério da Saúde.

O conceito utilizado para “Parto Humanizado” dado pelo Ministério da Saúde, foi o descrito no Caderno HumanizaSUS - Humanização do Parto e do Nascimento:

A humanização da assistência ao parto implica também e, principalmente, que a atuação do(a) profissional respeite os aspectos da fisiologia da mulher, que não intervenha desnecessariamente, que reconheça os aspectos sociais e culturais do parto e do nascimento, e ofereça o necessário suporte emocional à mulher e sua família, facilitando a formação dos laços afetivos familiares e o vínculo mãe-bebê. Outros aspectos referem-se à autonomia da mulher durante todo o processo, com elaboração de um plano de parto que seja respeitado pelos profissionais que a assistirem; de ter um acompanhante de sua escolha; de serem informadas sobre todos os procedimentos a que serão submetidas; e de ter os seus direitos de cidadania respeitados (BRASIL, 2014, p. 188).

Em estudo realizado por Soares e Gomes (2018) bem como por Santos et al. (2019) a maior parte das participantes relataram nunca ter ouvido falar sobre Parto Humanizado. Neste último, daquelas que já relataram possuir conhecimento anterior, 84% apresentaram uma

formulação adequada da resposta e, daquelas que nunca ouviram falar, 24% responderam corretamente e 45,5% de forma inadequada.

Apesar de não terem tido orientação por parte da equipe responsável pelo seu cuidado pré-natal, 46% delas relataram um conhecimento parcial sobre o Parto Humanizado. A partir disso, pode-se inferir que estas gestantes podem estar buscando se informar a partir de outros meios, como a internet, que fornece acesso amplo e fácil a qualquer tipo de informação.

Tabela 8: Distribuição da percepção acerca da dieta durante o trabalho de parto segundo as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal.

VARIÁVEL A – DIETA	CE	%	ERR	%
	TO	DO		
A1. No trabalho de parto normal sem distócias, a gestante deve ter uma dieta leve, baseada na ingestão de bastante líquidos.	45	90	5	10
A2. A alimentação durante o trabalho de parto deve ser baseada somente em frutas	13	26	37	7
A3. Na hora do parto a gestante deve ficar em jejum, para que não seja necessária a cesariana ela esteja pronta.	30	60	20	4

Fonte: Dados obtidos através da aplicação do ICD pelos autores, no ano de 2020.

Em relação à dieta, 90% foram assertivas em declarar que a parturiente pode se alimentar nesse momento, desde que seja em um trabalho de parto sem distócias, sendo refeições leves e com muitos líquidos. A maioria delas também referiu como errado que a alimentação deveria ser somente à base de frutas. Ao mesmo tempo, 60% delas relataram ser obrigatória a restrição alimentar, pois poderia haver a necessidade de uma cesariana.

O Ministério da Saúde preconiza que durante o trabalho de parto, a parturiente pode fazer ingestão de líquidos e, para aquelas que não apresentem critérios de risco para anestesia geral podem ter uma dieta leve. Não há, porém, recomendações de que esta dieta deve

ser somente à base de frutas e sim, da dieta com alimentos leves ou fluidos (BRASIL, 2017).

Proibir a alimentação durante o trabalho de parto ainda é um ato rotineiro durante a assistência perinatal e é, frequentemente, sustentada na preocupação com episódios de êmese com vistas a prevenir broncoaspiração. Contudo, esta ameaça está associada à utilização de anestesia geral, ainda que restritamente utilizada atualmente. A OMS também recomenda a permissão de alimentos e líquidos para aquelas com chances mínimas de necessidade de anestesia geral. Diante disso, a prática de recomendar jejum a todas as parturientes têm sido descontinuada em trabalhos de parto de gestantes de baixo risco (BRASIL, 2014; WHO, 2018).

Em seus estudos Pinto et al., (2017) afirmam que o jejum frequentemente demanda a utilização de fluidos endovenosos, como as soluções glicosadas. Essa prática pode ocasionar aumento dos níveis séricos de glicose no recém-nato, pode resultar em redução do pH sanguíneo na artéria umbilical devido aumento da produção de insulina fetal, assim como hipoglicemia neonatal. Tudo isso é totalmente evitável por meio da simples ação de permitir a alimentação o que, além de diminuir práticas intervencionistas nesta ocasião, deixa este momento mais fisiológico e mais confortável para a mulher.

Apesar de a maioria ter julgado corretamente as alternativas, ainda não foi claro para as gestantes entrevistadas a obrigação do jejum com base em uma possível evolução para um parto cesáreo. Isso pode justificar-se por experiências prévias durante o parto em que não foram oferecidos alimentos para esta mulher, mas também, por um viés social e cultural, por ter recebido esta informação de conhecidos ou familiares, onde por muito tempo isso era rotina nos serviços de saúde, mantendo a visão intervencionista da assistência nas maternidades.

Tabela 9: Distribuição da percepção acerca das Posições durante o parto segundo as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal.

VARIAVEL B – POSIÇÕES	CE	%	ERR	%
	DO		DO	

B1. O médico e a enfermeira é quem vai decidir a melhor forma para a mulher ter o bebê.	20	40	30	6
B2. A mulher tem total autonomia para escolher a posição que achar mais confortável para ter seu filho.	30	60	20	4
B3. Pode ser qualquer posição desde que seja em cima da cama ginecológica.	18	36	32	6

Fonte: Dados obtidos através da aplicação do ICD pelos autores, no ano de 2020.

Na Tabela 9 é possível observar a percepção das gestantes entrevistadas acerca das posições durante o trabalho de parto. Apesar da maioria das participantes terem uma percepção correta deste aspecto, ainda é considerada grande a parcela daquelas com uma visão errônea. Nota-se que 40% delas acreditam que a equipe médica e de enfermagem é que são responsáveis por decidir o posicionamento da paciente e que a mulher não tem autonomia de escolha nesse aspecto. 36% delas ainda relataram que esta posição deve ser obrigatoriamente numa cama ginecológica.

A OMS (2018) traz como prática recomendada que a posição durante o trabalho de parto pode ser aquela da preferência da mulher em condições normais, devendo-se estimular que ela se movimente e fique em uma posição vertical na fase latente, conforme ela considerar mais confortável. Isso deve ser feito assegurando que o bem-estar fetal seja monitorado de maneira adequada. Posições como semi-reclinado e com “quatro apoios” ajudam nas manobras para proteger o períneo e preservá-lo de lacerações, assim como diminuir perdas de sangue.

Em estudo realizado por Silva, Peres e Araújo (2018) 70% das participantes acreditam que a mulher não tem liberdade de escolha para posição durante o parto e 93% afirmaram conhecer apenas a posição dorsal. De acordo com o Ministério da Saúde (2014), ainda é comum que nos serviços de saúde que as mulheres sejam estimuladas a ficarem deitadas, geralmente, em decúbito lateral esquerdo (DLE), com o intuito de fornecer maior aporte de oxigênio ao feto, facilitar a monitorização fetal, porém, apesar disso, caso ela prefira deambular ou permanecer em posição vertical, isso não configura aumento do risco,

além de diminuir o tempo do trabalho de parto e minimizar uso de analgesia intraparto.

Diante disso, é imprescindível que durante o pré-natal a gestante seja detalhadamente orientada pela equipe de saúde, de modo que seu conforto e liberdade sejam priorizados no momento do parto. Estando a mulher munida de conhecimentos sólidos, evitaria que a mesma seja levada a adotar posições que sejam convenientes apenas para os profissionais que prestam assistência durante o parto e com isso, deixando de lado a autonomia da parturiente.

Tabela 10: Distribuição da percepção acerca do Alívio da Dor durante o parto segundo as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal.

VARIÁVEL C – ALÍVIO DA DOR	ERTO	GRADO
1. No momento do parto a gestante pode usar a banheira para fazer o banho de imersão em água ou usar o ruveiro, ter massagens, ouvir músicas, tudo isso ajuda no relaxamento e alívio da dor.	3	1
2. Andar pelo ambiente de pré-parto também de amenizar a dor facilita no processo de expulsão do feto.	3	1
3. A única forma de amenizar a dor é tomando medicação.	2	2

Fonte: Dados obtidos através da aplicação do ICD pelos autores, no ano de 2020.

Quanto às medidas para alívio da dor, verificou-se que 88% das gestantes acreditam que banhos, massagens e músicas são técnicas que auxiliam no relaxamento e alívio da dor, quase a totalidade delas acreditam que a deambulação facilita o período expulsivo. Entretanto, 22% delas consideram que o único método para amenizar a dor é através de medicamentos e analgesia.

Os métodos não farmacológicos para alívio da dor são amplamente descritos na literatura. Em revisão integrativa realizada por Mascarenhas et al. (2019), foi constatado que banho aquecido de

aspersão, musicoterapia, exercícios respiratórios e aromaterapia foram descritas como meios para diminuir a ansiedade. A crioterapia e a termoterapia podem reduzir a dor na fase ativa e período expulsivo. A realização de exercícios na bola suíça também demonstrou auxiliar na redução da dor.

Hanum et al. (2017) investigaram quais técnicas não farmacológicas foram mais efetivas na visão da parturiente, onde o método mais apontado foi o banho morno. Silva et al. (2017) expõe que a movimentação livre também traz inúmeros benefícios maternos e fetais, proporciona melhora da ansiedade, auxilia na dilatação do útero e diminui a percepção algica. Resultados descritos por Reis et al (2019) também demonstraram que técnicas de respiração, banho e dança foram os meios que mais promoveram conforto e reduziram a dor.

Considera-se que, no geral, as gestantes apresentam noção adequada sobre os métodos de alívio da dor durante o trabalho de parto e parto. Há, porém, ainda que se superar essa visão de medicalização como obrigatoriedade, fator que pode resultar em intervenções desnecessárias. Para isso, a ampliação da oferta dos métodos não farmacológicos da dor pode proporcionar uma experiência diferente para a parturiente.

Tabela 11: Distribuição da percepção acerca do Acompanhante durante o parto segundo as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal.

VARIÁVEL D - ACOMPANHANTE	ERTO	GRADO
1. A gestante tem direito a ter um acompanhante de sua livre escolha no momento do parto.	5)
2. A gestante pode ter um acompanhante no momento do parto, desde que esse seja o pai da criança.	5)
3. A gestante só poderá ter acompanhante se este passar por treinamento durante o pré-natal de como vai agir no momento do parto.	7	†

Fonte: Dados obtidos através da aplicação do ICD pelos autores, no ano de 2020.

A Tabela 11 agrupa a percepção das participantes acerca do acompanhante durante o parto, 90% delas declararam positivamente no que tange ao direito de escolher livremente a pessoa que irá lhe acompanhar neste momento, embora 10% acredite que este acompanhante deve necessariamente ser o genitor da criança. Quase a totalidade delas negou a obrigatoriedade de treinamento para o acompanhante, apesar de reconhecerem a importância disso.

Diretrizes nacionais e internacionais trazem profusamente acerca da garantia do acompanhante para a parturiente e tal recomendação é considerada uma ação com benefícios evidenciados cientificamente, mesmo no período pandêmico. Cabe à equipe responsável pelo pré-natal orientar quanto esta escolha e informar tanto a mulher como seu acompanhante sobre os aspectos importantes desta ocasião. À equipe que prestará assistência ao parto também compete orientar como o acompanhante pode ajudar, garantindo que o mesmo respeite a vontade da parturiente (BRASIL, 2014; BRASIL, 2016; WHO, 2018; FEBRASGO, 2020).

Nogueira, Araújo e Correa (2020) analisaram a percepção de puérperas a respeito disto, concluindo que essa presença é extremamente benéfica, contribuindo para desconstruir sentimentos de solidão, sendo importante ponto de apoio psicológico. Gomes et al. (2019) corroboram afirmando que o acompanhante é a principal fonte de segurança e confiança, auxiliando na fisiologia natural da evolução do parto e fortalecendo conexões pessoais.

Tal conhecimento denota que as mesmas estão cientes da Lei nº 11.108/2005, que trata da obrigatoriedade de um acompanhante decidido pela paciente, durante o parto e pós-parto nos serviços de saúde do SUS ou conveniados. Empoderar-se dos seus direitos é um aspecto extremamente positivo para a gestante e parturiente, já que a figura do acompanhante constitui aliada para uma evolução mais favorável do parto.

Tabela 12: Distribuição da percepção acerca da Autonomia da Mulher durante o parto segundo as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal.

VARIÁVEL E - AUTONOMIA DA MULHER	CE	%	ERR	%
E1. A gestante tem direito e pode opinar sobre as decisões de seu trabalho de parto e parto.	43	86	7	1
E2. A gestante não pode participar das decisões que o médico irá sobre seu parto, pois ele é quem sabe a melhor forma.	7	14	43	8
E3. A equipe de saúde deve orientar no momento da admissão hospitalar sobre toda a assistência que será realizada com ela durante permanência no ambiente hospitalar.	50	100	-	-

Fonte: Dados obtidos através da aplicação do ICD pelos autores, no ano de 2020.

No que tange a percepção que as gestantes têm sobre a autonomia da mulher durante o parto, 86% delas acreditam que a mulher possui autonomia de participar das decisões durante o seu processo parturitivo, enquanto que 14% consideram que as decisões do parto são inteiramente do profissional médico. A totalidade das entrevistadas concordam que devem ser orientadas no momento em que chegam na maternidade sobre a assistência que será prestada.

São muitas as descrições na literatura de mulheres impedidas de participar das decisões do seu parto. Em uma análise realizada por Sandim (2017) constatou-se que uma parcela das mulheres entrevistadas teve seus direitos negados durante o parto, 21,8% delas tiveram partos cesáreos sem justificativa clínica, 28% tiveram que permanecer em jejum durante o trabalho de parto, 31% não puderam ficar na posição de sua escolha, 28% não tiveram contato com o recém-nascimento após o parto, mesmo com ambos em boas condições clínicas.

O Ministério da Saúde (2017) preconiza que as parturientes devem ter orientações fundamentadas em evidências científicas e terem suas opiniões respeitadas. A relação deve ser de respeito e confiança e

os profissionais sempre devem questionar o que a mulher deseja e espera daquele momento.

Nesse sentido, o Plano de Parto constitui uma ferramenta que proporciona empoderamento da mulher, devendo ser iniciado no pré-natal. A utilização desse dispositivo ajuda a assegurar maior autonomia da parturiente, reduzindo atos profissionais negligentes e/ou imprudentes no uso de intervenções desnecessárias e, principalmente, colabora para que a mulher participe das decisões e seja a protagonista do seu parto (SILVA et al., 2017).

Acredita-se que ter a consciência de que pode participar das decisões do seu parto é o primeiro passo para a efetivação de uma assistência humanizada. Para isso, a gestante deve receber informações de qualidade durante o seu pré-natal sobre os diversos aspectos do trabalho de parto e parto, a fim de que a parturiente participe com mais autonomia e tranquilidade das decisões que serão tomadas.

Tabela 13: Distribuição da percepção acerca dos Benefícios do Parto Humanizado, segundo as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal.

VARIÁVEL F – BENEFÍCIOS DO P.H.	CERTO	%	ERRADO	%
F1. Proporciona mais vitalidade do feto e do recém-nascido, recuperação rápida e fisiológica (natural) da mãe.	48	96	2	4
F2. O contato imediato com a mãe e o início das mamadas logo após o parto, proporciona assim também a liberação natural do hormônio que ajuda a produzir leite (ocitocina)	46	92	4	8

Fonte: Dados obtidos através da aplicação do ICD pelos autores, no ano de 2020.

Quando questionadas sobre alguns dos benefícios do parto humanizado, 96% consideraram como correto que este oportuniza mais vitalidade do RN e permite recuperação mais rápida da mãe. A maior parte delas (92%) também relatou que outra vantagem do parto humanizado é que favorece contato imediato entre a mãe e o bebê e que o início das mamadas ajuda na produção do leite materno.

O Ministério da Saúde (2017) traz que o contato imediato entre a mãe e o bebê deve ser estimulado e, durante este contato pele-a-pele, o RN deve ser mantido aquecido com campos ou toalhas. A OMS (2018) também traz como recomendação que bebês sem complicações permaneçam nesta interação pele-a-pele na primeira hora após nascer, possibilitando a amamentação, evitando também que os bebês fiquem hipotérmicos. Até mesmo os bebês com baixo peso, desde que estejam aptos para amamentação e com quadros clínicos estáveis, recomenda-se que sejam colocados no peito rapidamente.

Após a criança nascer e da dequitação da placenta, há redução do progestogênio corrente sanguínea da mãe e com isso, libera-se a prolactina, que dá início a fase II da lactogênese e consequentemente a saída do leite. A produção da maior parte do leite materno ocorre a partir da ação da prolactina, principalmente pela sucção. Essa produção de leite depende da quantidade e frequência das mamadas. (BRASIL, 2015).

Cabral et al. (2018) traz a relação de que quanto mais motivada estiver a gestante para um parto vaginal maiores as chances de realmente tê-lo e que o déficit de conhecimento é capaz de intensificar sentimentos de ansiedade e influenciar em uma evolução para parto cesáreo. Dessa forma, conhecer os benefícios do parto humanizado pode motivá-las para tal.

Verificou-se que boa parte delas foram assertivas no que tange aos benefícios do parto humanizado em questão. Essa consciência pode ser capaz de acarretar maior preferência por este tipo de parto, elevando sua confiança em si mesma, além de ajudá-la a se preparar emocionalmente, tendo em vista todos os benefícios tanto para a mãe, quanto para o bebê. A orientação dos profissionais de saúde é o principal elemento de segurança para a paciente.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados aqui descritos evidenciaram que o perfil das gestantes atendidas na unidade de Atenção Primária em questão é constituído predominantemente de mulheres jovens com 18 a 24 anos, casadas, com ensino médio completo ou incompleto, em atividade laboral, com renda de 1 salário mínimo. Em relação ao perfil obstétrico, a maioria era nulípara e daquelas com partos anteriores predominou o parto vaginal. Já no que tange ao pré-natal atual, a maioria tinha passado por 4 a 6 consultas e afirmaram não ter recebido orientações sobre o Parto Humanizado.

No geral, predominaram gestantes que reconheciam parcialmente o conceito de Parto Humanizado. Porém, quando esmiuçados alguns aspectos, estas demonstraram possuir conhecimento superior ao afirmado. A porcentagem geral de acertos foi de 81,5%, demonstrando que elas possuem uma percepção correta em alguns aspectos do parto humanizado, no entanto, ainda existem déficits de conhecimento em outros elementos.

A variável que apresentou menor porcentagem de acertos foi no tocante às posições durante o trabalho de parto, onde 61.3% julgaram corretamente as assertivas, seguida pela variável “dieta”, com 68%. Obteve maior porcentagem de acertos a variável relativa aos benefícios do parto humanizado, com 94% de acertos. As demais variáveis apresentaram as seguintes taxas de acerto, respectivamente: 88% “alívio da dor”, 91.3% “acompanhante” e 90.6% “autonomia da mulher”.

A Organização Mundial da Saúde preconiza que o Parto Humanizado inicia-se desde o pré-natal, onde são dadas as orientações de forma detalhada de todo o ciclo gravídico-puerperal. Desde esse momento, ajudar esta mulher a construir expectativas positivas quanto ao parto pode propiciar melhora do seu emocional, o que auxiliará muito no seu trabalho de parto e parto.

Sugere-se que mais estudos sejam realizados com o intuito de verificar a qualidade destas informações prestadas pelos profissionais de saúde, haja vista que elas devem promover a segurança

da gestante, minimizando sua ansiedade e, sobretudo, reduzir taxas de cesáreas desnecessárias. Sugere-se ainda que sejam realizadas ações de educação em saúde continuamente para que se alinhe o nível de conhecimento de todas as gestantes, auxiliando no empoderamento das mesmas durante sua assistência perinatal.

Espera-se que este estudo contribua para despertar o olhar dos profissionais da atenção primária sobre a importância em realizar uma boa orientação nas consultas de pré-natal desde o princípio, encorajando e informando a todas as gestantes acerca dos benefícios que poderão ser proporcionados se as gestantes tiverem seu parto normal.

Vale ressaltar que uma boa abordagem com as gestantes frente ao parto humanizado lhes dará um empoderamento em relação aos seus direitos na hora do parto, assegurando a integralidade no cuidado e valorizando as escolhas da mulher neste momento, sem que haja riscos para o binômio mãe-filho.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Lei n.11.108, de 07 de abril de 2005. Altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS [Internet]. 2005. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm>
- _____. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestação de alto risco: manual técnico. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 302p.
- _____. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Cadernos de Atenção Básica, nº 32: Atenção ao pré-natal de baixo risco. 1. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. 318.

_____. Ministério da Saúde. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida. Brasília: Ministério da Saúde: 2017. 53 p.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Diário Oficial da União, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco. Cadernos de Atenção Básica nº 32. 5 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 320 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_pre_natal_baixo_risco.pdf>

_____. Ministério da Saúde. Gestação de Alto Risco: Manual Técnico. 5 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 302 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_gestacao_alto_risco.pdf>

_____. Ministério da Saúde. Humanização do parto e do nascimento / Ministério da Saúde. Universidade Estadual do Ceará. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 465 p. : il. – (Cadernos Humaniza SUS ; v. 4. Disponível em: <http://www.redehumanizausus.net/sites/default/files/caderno_humaniza_sus_v4_humanizacao_parto.pdf>.

_____. Ministério da Saúde. Saúde da Criança – Aleitamento Materno e Alimentação Complementar. Cadernos de Atenção Básica nº 23. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 186p. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_alimentacao_materno_cab23.pdf>

_____. Nota técnica para organização da rede de atenção à saúde com foco na atenção primária à saúde e na atenção ambulatorial especializada. Saúde da Mulher na Gestação, Parto e Puerpério. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein: Ministério da Saúde, 2019. 56 p.

ALDRIGHI, J.D.; WALL, M.L.; SOUZA, S.R.R.K. Vivência de mulheres na gestação em idade tardia. Rev Gaúcha Enferm. 39:e2017-0112 1. 2018.

- Disponível em:
<<https://www.scielo.br/pdf/rngenf/v39/1983-1447-rngenf-39-e2017-0112.pdf>>
- BUSANELLO, J. et al. Atenção humanizada ao parto de adolescentes: análise das práticas desenvolvidas em um Centro Obstétrico. *Rev Bras Enferm*, Brasília, set-out; 64(5): 824-32. 2011. Disponível: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n5/a04v64n5.pdf>>.
- CABRAL, S.A.A.O. et al. Conhecimento das Gestantes acerca do Parto na Admissão Intraportal. *Rev. Mult. Psic.* V.12, N. 39. 2018. Disponível em: <<http://idonline.emnuvens.com.br/id>>
- CONITEC. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. Ministério da Saúde. Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana. Número 179. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 155p. Disponível em: <http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2016/Relatorio_Diretrizes_Cesariana_N179.pdf>
- DIAS, C. T. C. et al. Humanização da equipe de enfermagem no parto: um direito que assiste a parturiente. *Revista InterScientia*. V. 7, n.1. 2019. Disponível em: <<https://periodicos.unipe.edu.br/index.php/interscientia/article/view/681>>
- DIAS, E.G. et al. Perfil socioeconômico e gineco-obstétrico de gestantes de uma Estratégia de Saúde da Família do Norte de Minas Gerais. *Revista Saúde e Desenvolvimento*, vol.12, n.10, 2018. Disponível em: <<https://www.uninter.com/revistasauade/index.php/saudeDesenvolvimento/article/view/884/513>>
- FEBRASGO. Protocolo de atendimento no parto, puerpério e abortamento durante a pandemia da covid-19. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, 2020. Disponível em: <<https://www.febrasgo.org.br/en/covid19/item/1028-protocolo-de-atendimento-no-parto-puterperio-e-abortamento-durante-a-pandemia-da-covid-19>>
- FELIPAK, S.T.; PACHECO, E.F.H. A democratização do acesso à educação superior no Brasil. *Rev. Diálogo Educ.*, Curitiba, v. 17, n. 54, p. 1241-1268, jul./set. 2017. Disponível em:

<<https://periodicos.pucpr.br/index.php/dialogoeducacional/article/view/21946/21071>>

GIL, A. C. Como elaborar projetos de pesquisa. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2017. 173p.

GOMES, A.G. et al. Expectativas e Sentimentos de Gestantes Solteiras em Relação aos seus Bebês. Temas em Psicologia, vol. 23, núm. 2, pp. 399-411. 2015. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/5137/513751491011.pdf>>

GOMES, I.E.M. et al. Benefícios da presença do acompanhante no processo de parto e nascimento: revisão integrativa. Rev. Enferm. UFSM – REUFSM, Santa Maria, RS, v. 9, e61, p. 1-18, 2019. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/34170/html>>

GONÇALVES, Z.R.; MONTEIRO, D.L.M. Complicações maternas em gestantes com idade avançada. FEMINA, Setembro/Outubro, vol 40, nº 5. 2012. Disponível em:

<<http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2012/v40n5/a3418.pdf>

HANUM, S.P. et al. Estratégias não farmacológicas para o alívio da dor no trabalho de parto: efetividade sob a ótica da parturiente. Rev enferm UFPE on line., Recife, 11(Supl. 8):3303-9, ago., 2017. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/110197/22089>>

IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua [internet]. Brasília: 2016. Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-detalle-de-midia.html?view=mediaibge&catid=2103&id=1820>>

LAND, A.; PALÚ, F.H. Perfil socioeconômico e hematológico de gestantes atendidas na Unidade Básica de Saúde do município de Guaraciaba, Santa Catarina. Unoesc & Ciência – ACBS, Joaçaba, v. 9, n. 1, p. 83-90, jan./jun. 2018. Disponível em:

<<https://core.ac.uk/download/pdf/235124347.pdf>>

LIMA, M.D.A. Caracterização sociodemográfica, obstétrica e clínica de gestantes atendidas na Atenção Primária à Saúde. 42f. (Trabalho de Conclusão de Curso). Santa Cruz: UFRN, 2019.

MARQUE, F. C. et al. A percepção da equipe de enfermagem sobre humanização do parto e nascimento. Esc Anna Nery R Enferm. 2006 dez; 10 (3): 439 - 47. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v10n3/v10n3a12>>

MARTINS, Q.P.M. et al. Conhecimentos de gestantes no pré-natal: evidências para o cuidado de enfermagem. SANARE, Sobral, V.14, n.02, p.65-71, jul./dez. 2015. Disponível em: <<https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/827/498>>

NOGUEIRA, A.G.; ARAÚJO, C.L.F.; CORREIA, L.O.G.S. A percepção das mulheres sobre a participação do acompanhante no trabalho de parto. Braz. J. Hea. Rev., Curitiba, v. 3, n. 4, p. 11316-11327 jul./aug. 2020. Disponível em:

<<https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/15868/13020#>>

OLIVEIRA, A.D.F.; CAMPELO, M.J.A. Pré-natal na zona rural, norte da Bahia - BA: Perfil de gestantes atendidas em consultas de enfermagem. Braz. J. Hea. Rev., Curitiba, v. 3, n. 5, p. 12439-12451 set/out. 2020. Disponível em: <<https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/16656>>

PINTO, L.M.T.R. et al. O manejo alimentar durante o parto sob a percepção da mulher. Revista Enfermagem, 25:e14205. 2017. Disponível em:

<<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/14205>>

PORTO, P.N. Características sociodemográficas e de saúde de gestantes como indicadores de vulnerabilidades. 18f. (Trabalho de Conclusão de Curso. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Obstétrica da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública). Salvador: Bahiana, 2016. Disponível em: <<http://www7.bahiana.edu.br/jspui/handle/bahiana/726>>

REIS, B.R. et al. Percepção de puérperas sobre os métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto. C&D-Revista Eletrônica da FAINOR, Vitória da Conquista, v.12, n.3, p.677-686, set./dez. 2019. Disponível em:

<<http://www.mepisco.uneb.br/wp-content/uploads/2019/11/publica%C3%A7%C3%A3o-01.pdf>

SANDIM, N.F.C. Nível do conhecimento das mulheres acerca da violência obstétrica. 30f. (Trabalho de Conclusão de Curso em Fisioterapia). UniCEUB: Brasília, 2017. Disponível em <<https://repositorio.uniceub.br/jspui/bitstream/235/11454/1/21317554.pdf>>

SANTANA, F.A.; LAHM, J.V.; SANTOS, R.P. Fatores que influenciam a gestante na escolha do tipo de parto. Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba, v.17, n.3, p.123-127,2015. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/index.php/RFCMS/article/view/21337/pdf>>

SANTOS, A.B.B. et al. Grau de conhecimento das gestantes do serviço público sobre parto humanizado. ABCS Health Sci. 2019; 44(3):172-179. Disponível em: <<https://www.portalnepas.org.br/abcs/shs/article/view/1393>>

SANTOS, É. A. et al. Avaliação das boas práticas de atenção ao parto e nascimento. International Nursing Congress. 2017. Disponível em: <<https://eventos.set.edu.br/index.php/cie/article/download/5723/2265>

SANTOS, M.M. et al. Associação entre características sociodemográficas e frequência de uso de álcool por gestantes. Revista Baiana de Enfermagem, Salvador, v. 30, n. 2, p. 1-9, abr./jun. 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/14562/pdf_40>

SILVA, A.L.N.V. et al. Plano de parto: ferramenta para o empoderamento de mulheres durante a assistência de enfermagem. Revista de Enfermagem da UFSM. Jan/Fev. 7(1): 144-151. 2017. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/22531/pdf>>

SILVA, A.M. et al. Os benefícios da livre movimentação no parto para alívio da dor. Revista Recien, São Paulo, v. 7, n. 20, p. 70-81. 2017. Disponível em: <https://recien.com.br/index.php/Recien/article/view/227/pdf_1>

SILVA, D.F.; PERES, L.C.; ARAÚJO, N.C.S. Conhecimento das gestantes sobre as posições do parto. Refaci. Brasília, v.1, nº 1, Jan – Jul. 2018.

- Disponível em:
<<http://revista.faciplac.edu.br/index.php/REFACI/article/view/504>>
- SILVA, L.J.; SILVA, L.R. Mudanças na vida e no corpo: vivências diante da gravidez na perspectiva afetiva dos pais. *Esc. Anna Nery*, vol.13 no. 2, Rio de Janeiro, apr-june. 2009. Disponível em:
<<http://scielo.br/pdf/ean/v13n2/v13n2a22.pdf>>
- SILVA, M.C.R.G. et al. Perfil epidemiológico-obstétrico e sociodemográfico de gestantes atendidas em um centro de saúde da família. *Revista Saúde e Desenvolvimento*, vol.13, n.14, 2019. Disponível em:
<<https://www.uninter.com/revistasaude/index.php/saudeDesenvolvimento/article/view/1019/574>>
- SILVA, M.L.C. "Mãe de primeira viagem não sabia nada": as vivências de primíparas no parto e puerpério. *Research, Society and Development*, v. 9, n. 7. 2020. Disponível em:
<<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/4917/4197>>
- SOARES, M.N.; GOMES, T.P.C. Conhecimento de gestantes quanto ao parto humanizado: intervenção educativa. 69f. (Trabalho de Conclusão de Curso). Belém: UFPA, 2018. Disponível em:
<https://bdm.ufpa.br:8443/jspui/bitstream/prefix/1619/1/TCC_ConhecimentoGestantesQuanto.pdf>
- WHO. Recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization, 2018.

Capítulo 8

Questão Indígena e o Subsistema de Saúde: reflexões do Estado brasileiro

Elisane Barros de souza
Livia Barbosa Pacheco Souza
Maurício Vieira Aires
André de Melo Santos
Ruhena Kelber Abrão

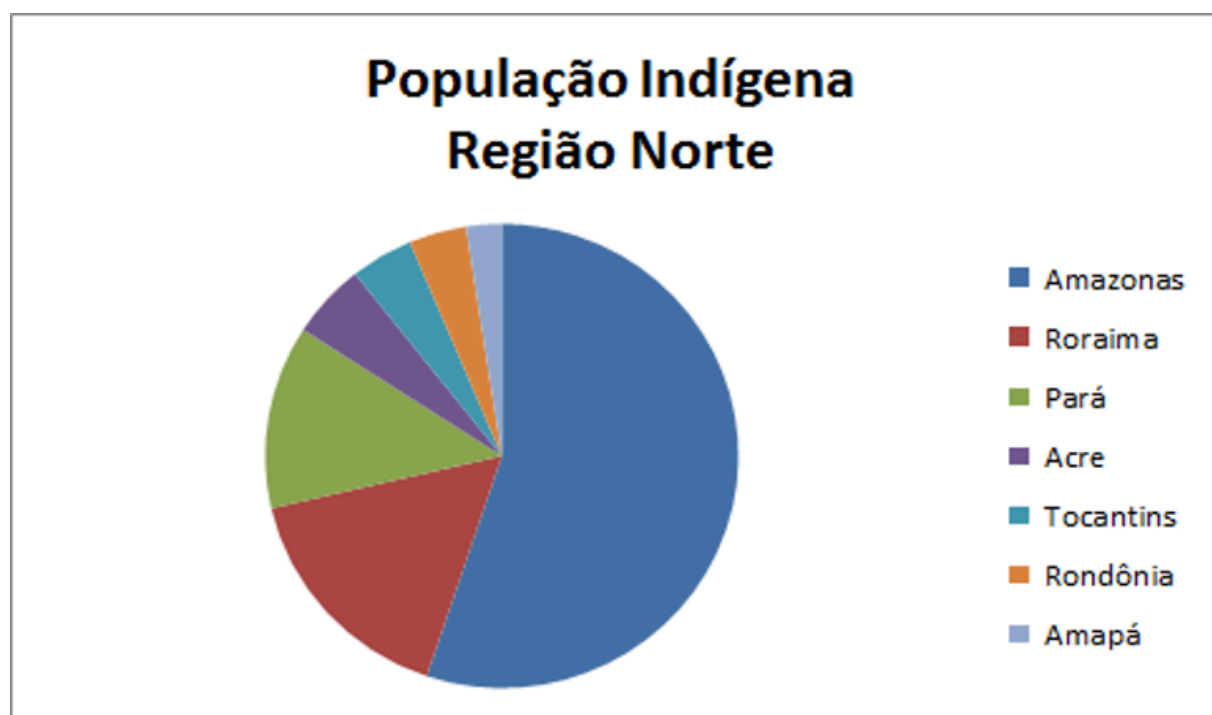
INTRODUÇÃO

Historicamente as diversas etnias nacionais sofreram dominação, exclusão e imposição cultural. Na contramão disso, o que se observa é a evolução dos direitos indígenas no cenário jurídico brasileiro e o entendimento de suas particularidades. O Capítulo VII da Constituição Federal de 1988 (CF), em seus artigos 231^[1] e 232, estabeleceu o reconhecimento da diversidade cultural e as especificidades dos diversos grupos indígenas brasileiros. A inclusão das demandas dessa população trouxe importantes avanços como: a competência da União para legislar sobre as populações indígenas; a propriedade dos territórios habitados pelos grupos; as relações das comunidades com suas terras e a preservação de suas línguas, costumes e tradições, por exemplo.

De acordo com a Fundação Nacional do Índio (FUNAI), de 1500 até a década de 1970 o número de indígenas decresceu acentuadamente no país, em um processo que levou, inclusive, a dizimação de diversos povos. O desaparecimento dessas populações passou a ser percebido como uma contingência histórica, algo a ser lamentado, porém inevitável. No entanto, este quadro começou a dar sinais de mudança nas últimas décadas do século passado. A partir de

1991, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) passou a incluir esses grupos nos levantamentos realizados pelo censo demográfico nacional - o que significou um crescimento de 150%, entre a população nacional, que se reconhecia enquanto pertencente, ainda na década de 1990, a algum dos grupos originários brasileiros.

Ainda segundo o IBGE, a distribuição geográfica dessas populações se estabelece de acordo com o gráfico abaixo.



Fonte: IBGE, 2010.

Na região Norte observa-se a seguinte distribuição:

Nesse sentido, a CF rompeu com a normativa que impunha ao Estado a integração dos indígenas ao modo de vida das sociedades urbanas, embora haja uma violação institucional desse direito pelo Estado e a sociedade, que se dá pela contradição em sua operacionalidade - devido às questões culturais, e o conflito da mesma com o direito positivado.

Nas constituições anteriores à de 1988, campanhas contra os direitos indígenas foram financiadas por grupos conservadores, bem como por interesses econômicos e também por alguns órgãos da imprensa, com forte apoio à perspectiva integracionista. Desse modo,

No Brasil, as duras marcas do atraso estrutural, impressas de forma perene no território e nas relações sociais, estão fundadas em uma história de expansão ao longo da ampla plataforma, de expansão ao longo a ampla plataforma, de extensão continental em que jazem classes sociais com baixo potencial transformador, sendo fragilmente constituídas e alicerçadas. Por cima, classes fundadas e arraizadas em formas mercantis, patrimonialistas, financierizados, usurários e rentistas, descompromissadas com o povo e a nação. Por baixo, classes destituídas de direitos e propriedade (BRANDÃO, 2010, p. 48-9).

Neste cenário, os grupos encontram-se ameaçados em seu direito a terra enquanto povos originários. Com relação à questão indígena, ocorre um forte etnocentrismo e eurocentrismo; uma contrarreforma que vai contra os direitos adquiridos pela CF; políticas públicas que não alcançam os objetivos propostos ou mesmo que são, de fato, universalistas em suas aplicações ou formulações.

A discussão possui um eixo de fundamentação que acompanha os avanços do capital, e remota ao cenário de 500 anos atrás, e ressalta os conflitos em terras indígenas - questão ainda presente nos dias atuais - e visíveis nas pautas sobre povos indígenas em editoriais midiáticos. A consequência mais expressiva deste fato tem sido a destruição étnica e ambiental. Os conflitos referentes ao direito à terra são mediados pela Comissão de Direitos Humanos, entretanto, é neste eixo que as influências do capitalismo são mais evidentes, pois ele revela o interesse nos lucros que podem ser obtidos a partir da exploração dos recursos que as terras indígenas podem gerar. Já na história da colonização:

Estes povos requerem respeito às suas identidades e culturas. O próprio conhecimento que se tem sobre a população indígena é adquirido por meio da literatura escolar básica, que geralmente

apresenta a coletividade desses grupos de forma estereotipada e com diferentes nuances das suas reais historicidades. Essa deturpação também é observada no conteúdo midiático e nas políticas sociais, como, por exemplo, na saúde apesar da existência de políticas próprias; e na educação, ainda que a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Brasileira (LDB 9394/96) determine a abordagem que deve ser seguida, os estudantes indígenas ainda enfrentam problemas de adaptação.

As populações também sofrem as consequências da degradação ambiental e da exploração ilegal dos recursos naturais no interior e no entorno das suas terras. O combate a ação criminosa de madeireiras em territórios demarcados, por exemplo, encontra barreiras em órgãos ambientais mal aparelhados ou que se recusam a compartilhar a responsabilidade pela preservação com as comunidades; a pouca participação de mulheres indígenas na política; os traços indigenistas da FUNAI; algumas ONG'S e igrejas são invariavelmente acusadas de insuflar conflitos internos nas comunidades, quando desenvolvem trabalhos que não respeitam as diferenças culturais dos grupos ou buscam apenas explorar os recursos das populações – que partem para conflitos no caso de exploração de suas riquezas -; são exemplos de algumas das problemáticas enfrentadas pelos diversos grupos indígenas.

Nesse sentido, a falsa dicotomia do agronegócio encobre a faceta mercantil do avanço neoliberal, estabelecido pela expropriação de direitos a partir dos anos de 1990, com o discurso de desenvolvimento econômico e social.

O Serviço Social e a Questão Indígena

Após o movimento de reconceituação e renovação do Serviço Social não houve um “olhar” diferente sobre alguns eixos temáticos (etnia, gênero, entre outros), conforme proposto em Congressos, manifestações e, até mesmo, pelos princípios fundamentais do Código de Ética do Assistente Social de 1993.

A Assistência Social se gesta numa relação entre o sistema de produção e as relações de trabalho, e visa o combate da questão social - resultante desta relação entre capital e trabalho -, com princípios de defesa dos direitos humanos e justiça social, a partir de uma postura ética e conhecimento teórico-metodológico num contexto de totalidade.

Para o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) e suas representações regionais, os CRESS, o debate sobre a questão indígena e o Serviço Social é recente. Em abril de 2012 foi lançado um manifesto sobre o tema, em Tocantins, “no Seminário de Serviço Social e Direitos Humanos, em setembro de 2012, em Palmas (TO), o movimento indígena, representando pelo Cacique Babau, foi um dos atores centrais das discussões que permearam o evento.” (CFESS, 2012). Portanto, a lógica do capital coloca o lucro sobreposto aos direitos humanos, desconsiderando os fatores etnoculturais e os valores históricos, cuja relação com a terra pressupõe a sua preservação (Ramona Carlos, 2012).

Para o CFESS,

[...] os Assistentes Sociais têm trabalhado com a questão da saúde indígena, sendo que o campo profissional vem se ampliando e ultrapassa as fronteiras urbanas, tendo em vista que a questão social tem seus rebatimentos na área rural, inclusive com os povos indígenas. Nesse sentido, é possível encontrar profissionais do Serviço Social dentro das equipes interdisciplinares de saúde, nos Centros de Referências de Assistência Sociais (CRAS) e em outros espaços de atenção a essas comunidades. Um trabalho que exige a compreensão que cada etnia constitui-se como um povo, com uma cultura própria, estrutura e organização, dadas as particularidades e especificidades, cujas visões de mundo impõem desafios de pensar políticas públicas capazes de assegurar o acesso, respeitando a cultura e os valores dessas comunidades (CFESS, 2013).

Lideranças e organizações políticas indígenas brasileiras reivindicam seus direitos com base na CF de 88. Entretanto, a efetivação destes direitos é muito limitada. A Política Nacional de Assistência Social (PNAS), aprovada em outubro de 2004 pelo Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS), incorporou as demandas dos povos indígenas em sua política como finalidade de tornar visíveis “setores da sociedade brasileira tradicionalmente tidos como invisíveis ou excluídos das estatísticas” (MDS, 2007), ao contrário da Lei Orgânica da Assistência Social de setembro de 1993 que não contemplava algumas categorias.

Alguns lugares já possuem Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) Indígena, e embora seja um processo em construção, é possível materializar o que é preconizado em alguns documentos nacionais. O CNAS, a partir da criação do GT *Comunidades Indígenas e Quilombolas*, propôs visibilizar estas comunidades, além de: torná-las protagonistas da Política Nacional de Assistência Social; promover a participação de integrantes de seus grupos, como sujeito de direitos; e ampliar as suas participações sociais.

Neste cenário, o Assistente Social assume um papel fundamental em sua atuação profissional, de acordo com o Projeto ético-político profissional, reforçando a sua consolidação e aplicação. Logo, o exercício da profissão busca superar questões de classe social, gênero, etnia, religião, nacionalidade, orientação sexual, idade e condição física, além de buscar a eliminação de todas as formas de preconceito, incentivando o respeito à diversidade, à participação de grupos socialmente discriminados e à discussão das diferenças (CFFES, 1993). Enfatiza-se, portanto que:

As reivindicações indígenas foram contempladas em grande parte na Constituição Brasileira de 1988, concentradas no Capítulo VII, artigos 231 e 232. Legalmente, os/as índios/as são reconhecidos/as no seu modo de vida, quanto às suas formas de organização, costumes, línguas, crenças e tradições, e são assegurados os direitos originários sobre as terras tradicionalmente ocupadas por eles/as. Rompeu-se a perspectiva da integração desses povos à sociedade nacional. O processo de regulamentação dessas conquistas no período pós-Constituição desencadeou novas lutas e pressões, uma vez que, principalmente no direito relacionado às questões das terras, a disputa contava com muitos interesses políticos e econômicos das elites conservadoras do país. Mas o principal entrave enfrentado foi a instalação do receituário neoliberal no país da 'Constituição cidadã', o qual impôs a contrarreforma do Estado, orientada para o mercado, com fortes restrições dos direitos conquistados. Nesse contexto, a questão do direito à terra tem sido o mais violado, uma vez que

confronta diretamente com os interesses do capitalismo agroexportador. E, é claro, na luta pela terra, os/as indígenas sofrem perseguições, diversas formas de violências e são vítimas de homicídios. (CFESS, 2012).

Com relação às Políticas de Saúde voltadas às populações indígenas, também houve mudanças significativas a partir de 1999, quando o higienismo exercido pela FUNAI passou a compor uma nova forma de acesso a estas políticas, embora sendo gerido pelo Ministério da Saúde e aplicado pela Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) em determinados distritos.

Saúde Indígena

Há uma crescente inserção das chamadas populações tradicionais, como índios, ribeirinhos, quilombolas e pescadores, por exemplo, nas políticas sociais brasileiras com evidentes avanços, principalmente, na área de saúde, em termos de normatização. Assim,

No ano de 1999, o Congresso Nacional aprovou a Lei Arouca (conhecida como Lei nº 9.836/1999) que criou o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena resultado das deliberações dos povos nas primeiras edições das conferências de saúde indígena realizadas. Participação esta que contribuiu para a sua formulação com a apresentação de propostas. Portanto, na 1ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde o Índio (1986) de forma concomitantemente à 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986) houve uma aprovação e recomendação^[2] de que a saúde indígena fosse organizada por meio de um Subsistema de serviços vinculados ao SUS e coordenado pelo Ministério da Saúde (ANTUNES, 2019, p. 6).

De acordo com Antunes (2019, p. 7), o Sistema Único de Saúde (SUS) definiu uma política específica para a população indígena, instituída pela Lei Arouca, e que conta com estrutura própria de gestão, serviços e programas. Para o autor, a Lei acrescentou um dispositivo à Lei Orgânica do SUS - instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena hierarquizado, regionalizado e descentralizado, e não mais via

municipalização como no restante do Sistema –, por meio dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs) que passaram a ser responsabilidade do Ministério da Saúde.

De acordo com Brand (2016), as políticas públicas não são exclusivas do Estado^[3], mas sim resultado das disputas entre diferentes atores sociopolíticos em um determinado momento conjuntural. Portanto, para que obtenham eficácia não dependem apenas das medidas adotadas, mas, também, das estruturas políticas e sociais nas quais são formuladas.

Assim, podemos entender que: “são parte de uma estrutura estatal classista e patriarcal, imperial e pós-colonial, que tem sua própria densidade e resiste às mudanças políticas.” (BRAND, 2016, p. 133). Nos termos do autor, a principal função do Estado capitalista patriarcal, racista, imperial e pós-colonial é consolidar as relações sociais dominantes com arranjos convenientes na reprodução socioeconômica, cultural e política.

Atualmente, alguns DSEIs dispõem de uma rede de serviços de saúde em seu território: cada comunidade abriga um posto de saúde e cada conjunto de aldeias fica sob a responsabilidade de um pólo base, que funciona como uma unidade básica. Este pólo possui critérios como: distribuição demográfica tradicional dos povos indígenas - que não coincide necessariamente com os limites de estados e municípios onde estão localizadas as suas terras -, perfil epidemiológico, disponibilidade de serviços, profissionais, infraestrutura e vias de acesso à rede regional do SUS (ANTUNES, 2019).

A atenção à saúde diferenciada é o cerne da *Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas* (PNASPI), que vai define que os serviços oferecidos devem ser estruturados a partir das especificidades culturais, epidemiológicas e de organização social de cada etnia – mas que, no entanto, segue longe de ser efetivada com relação à cultura destes povos.

Reflexões Finais

Em uma conjuntura na qual os direitos dos povos indígenas são questionados pelo governo e grupos econômicos, a lei que criou o *Subsistema de Saúde Indígena* completou 20 anos. Ela [lei] constitui complementação à Lei Orgânica do SUS, e sua área de atuação são os territórios indígenas. Já a consolidação do dispositivo é um desafio, pois prevê a atenção culturalmente adequada em um cenário de dificuldades de articulação dos DSEIs com os serviços de média e alta complexidade.

No campo das políticas públicas houve avanços, embora insuficientes, nas áreas de educação escolar, saúde indígena e territorial. Embora a CF, reforçada pela ratificação da Convenção 169 da OIT e pela Declaração das Nações Unidas sobre povos indígenas, tenha trazido uma nova institucionalidade nas relações com povos indígenas, ainda é preciso lutar por autonomia territorial e aplicação de políticas públicas.

O Estado brasileiro tem se voltado à perspectiva integracionista, mantém uma cultura de tutela, dependência e submissão sobre os povos originários, portanto, torna-se necessária a luta por direitos e respeito à cultura e territorialidade dos povos originários.

REFERÊNCIAS

- ANTUNES, André. 20 ANOS DE SAÚDE INDÍGENA NO BRASIL. In: POLI. Rio de Janeiro, n. 67, p. 6-13, nov./dez. 2019.
- BRAND, Ulrich. Estado e políticas públicas: Sobre os processos de transformação. In: DILGER, Gerhard; LANG, Miriam; FILHO, Jorge Pereira (Orgs). Descolonizar o imaginário: debates sobre pós-extrativismo e alternativas ao desenvolvimento. São Paulo: Fundação Rosa Luxemburgo, 2016. p. 123-137.
- BRANDÃO, Carlos. ACUMULAÇÃO PRIMITIVA PERMANENTE E DESENVOLVIMENTO CAPITALISTA NO BRASIL CONTEMPORÂNEO. In:

ALMEIDA, Alfredo Wagner Berno *et al.* Capitalismo globalizado e recursos territoriais fronteiras da acumulação no Brasil contemporâneo. Rio de Janeiro: Lamparina, 2010. p. 39-68

BRASIL, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome Conselho Nacional de Assistência Social. Relatório GT Povos Indígenas Brasília. Brasília, 2007.

Caravana Nacional de Direitos Humanos. Brasília: Câmara dos Deputados, Coordenação de Publicações, 2004. 92p.

Código de ética do Assistente Social. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/visualizar/noticia/cod/944>

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. Questão indígena e Serviço Social. 2013. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/cfessmanifesta2012_lutaindigena-SITE.pdf

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. Luta Indígena. 2012. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/visualizar/noticia/cod/944>

DORNELLES, Ederson Nadir Pires *et al.* Indígenas no Brasil: (In)Visibilidade Social e Jurídica. Curitiba: Juruá, 2017.

ÍNDIOS NO BRASIL. Disponível em <http://www.funai.gov.br/index.php/indios-no-brasil/quem-sao?limitstart=0#>

POVOS INDÍGENAS. Disponível em <http://portal.to.gov.br/tocantins/povos-indigenas/72>

PROJETO ÉTIC-POLÍTICO. Disponível em: <http://cress-es.org.br/projetoetico.htm>

QUIJANO, Anibal. Colonialidade do poder, eurocentrismo e América Latina. En libro: A colonialidade do saber: eurocentrismo e ciências sociais. Perspectivas latino-americanas.

ROCHA, Everado; P. Guimarães. O que é etnocentrismo. São Paulo: Brasiliense, 2003.

Capítulo 9

Percepção dos profissionais de saúde sobre os desafios encontrados para adaptação a assistência à saúde durante a pandemia de COVID-19 em uma unidade sentinela

Beatriz Souza Paranhos
Paula Rodrigues Barbosa de Freitas
Ruhena Kelber Abrão

INTRODUÇÃO

No Brasil, a Atenção Primária à Saúde (APS) é desenvolvida de forma descentralizada e capilar, sendo o principal caminho e comunicação dos usuários na rede, dirigida pelos princípios da continuidade do cuidado, da integração da atenção, da humanização, da universalidade, da acessibilidade, da responsabilização, da participação social e da equidade (BRASIL, 2012).

Com a intenção de fortalecer a Atenção Primária e formar profissionais integrais e humanitários, em 2004, foi instituída como estratégia do Sistema Único de Saúde (SUS) a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde pela Portaria MS/GM 198 (SALES et al, 2019). A intenção é formar profissionais que adotem as necessidades das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde, transformando o exercício profissional e a organização do trabalho.

Em 2005, foi implementado o programa de Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) pela lei 11.129, como ensino de

pós-graduação. É uma especialização que concilia carga horária teórica à prática cotidiana do trabalho, um aprendizado ligado ao processo de trabalho, sendo fundamental pensar na integralidade, interdisciplinaridade, mudanças nas relações entre o profissional de saúde e aos membros das comunidades. Para realizá-la é somente vivendo, fazendo, sentindo (CRUZ, 2013).

A Estratégia Saúde da Família foi implantada em 2006, com a finalidade de reorganizar a Atenção Primária no Brasil, como qualificação, consolidação, estratégia de expansão e favorecer os princípios, fundamentos e diretrizes com o objetivo de ampliar a resolutividade e impacto na condição de saúde dos indivíduos e coletividades, possibilitando ainda, uma melhor relação custo-efetividade (BRASIL, 2012; BESSA et al, 2022).

Para integrar e apoiar os profissionais das equipes de Saúde da Família e Atenção Primária foram instituídos os Núcleos de Apoio à Saúde da Família em 2008, composto por profissionais de várias áreas da saúde para prevenção, promoção e reabilitação e cura (CHAVES et al, 2019). Esses núcleos foram extintos em 2020 e chamados apenas por equipe multiprofissional (BRASIL, 2014; 2020).

A Atenção Primária particulariza-se por conjunto de ações de saúde com a finalidade de ampliar uma atenção integral tanto no âmbito individual quanto coletivo, abrangendo ações de promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde. Logo, o fortalecimento da Atenção Primária da Saúde tem grande impacto em situações de crise de saúde pública, como, por exemplo, no enfrentamento da pandemia da Covid-19 (BRASIL, 2020).

A pandemia causada pelo Coronavírus SARS-CoV-2, foi declarada em 11 de março de 2020 pela Organização Mundial de Saúde (OPAS, OMS, 2022), e, em fevereiro, no Brasil, o Ministério da Saúde declarou Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional, por meio da Portaria nº 188 e publicou o Plano de Contingência Nacional

para a COVID-19, sendo registrado o primeiro caso em 26 de fevereiro, no estado de São Paulo (BRASIL, 2022).

O coronavírus SARS-CoV-2 é uma infecção respiratória aguda de elevada transmissibilidade e de distribuição global, sendo transmitido, principalmente, por três modos: contato, gotículas ou por aerossol. A infecção pelo SARS-CoV-2 pode alterar em conformidade com os casos assintomáticos e as manifestações clínicas leves como tosse, dor de garganta ou coriza, acompanhado ou não de anosmia, ageusia, diarreia, dor abdominal, febre, calafrios, mialgia, fadiga e/ou cefaleia, até quadros moderados, graves e críticos (FREIRE, 2020). Portanto, faz-se necessário um cuidado especial aos sinais e sintomas que indiquem gravidade do quadro clínico que determinem a hospitalização do indivíduo (BRASIL, 2022).

Com a chegada do vírus evidenciou-se a necessidade de medidas para reduzir a transmissão e limitar a mortalidade. Desta forma, a Atenção Primária de Saúde tornou de suma importância na redução dos impactos da pandemia, na prevenção e manutenção da saúde (COSTA; LOPES et al, 2020).

Entretanto, a pandemia também evidencia as fragilidades dos sistemas de saúde, partindo dos pressupostos de falta de embasamento científico sobre a doença, distanciamento social, redistribuição de espaços e profissionais, inseguranças dos profissionais, bem como o colapso no sistema de saúde (CARVALHO, LIMA, COELI, 2020). Durante uma pandemia deve-se considerar dois pontos importantes: o enfrentamento da mesma e a continuidade aos cuidados dos problemas de saúde que continuam acontecendo (BESSA et al, 2022). Diante desse cenário questiona-se: Quais foram os desafios enfrentados pelos profissionais de saúde e residentes para adaptação a assistência à saúde?

No contexto pandêmico, pressupõe-se que desafios como: falta de equipamentos de proteção individual, a redistribuição dos espaços de atendimento para cumprimento das leis de distanciamento, a saúde mental dos servidores, a redefinição de funções dos profissionais de

saúde, a sobrecarga dos Centros de Saúde da Comunidade e a escassez de informações sobre tratamento e transmissão do coronavírus, possam ser encontrados no processo de promoção à saúde pública.

No enfrentamento da pandemia, a Atenção Primária de Saúde possui um papel essencial na redução dos impactos, na prevenção e manutenção da saúde. Entretanto, fez-se necessário a reorganização do processo de trabalho, o qual exigiu-se muito esforço técnico, afetivo e criativo dos profissionais da saúde para reorganizar ou inovar as práticas e rotinas desenvolvidas nos serviços de saúde (FREIRE, 2020). Uma das maiores dificuldades encontradas por esses profissionais, foi garantir a segurança dos pacientes e servidores, por meio da implantação de medidas preventivas, instituídas por leis municipais, estaduais e nacionais, como também incertezas diante a COVID-19, insegurança e sobrecarga dos profissionais e como continuar a atuação na assistência à saúde (BITTENCOURT, 2020).

Como relevância científica, esse trabalho serve como um informativo da modificação dos processos e ações de prestação de serviços por profissionais do Sistema Único de Saúde em momentos pandêmicos e minimizar os efeitos negativos no processo de aprendizagem do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde. A relevância social está pautada no impacto na assistência aos usuários do serviço de saúde e na análise de percepção dos servidores diante das mudanças causadas pela pandemia da COVID-19.

Diante desse cenário, o presente trabalho tem como objetivo identificar os desafios enfrentados pelos profissionais de saúde e residentes atuantes no período de pandemia do COVID-19 para adaptação no processo de prestação de serviços em uma unidade sentinela do município de Palmas, Tocantins, e, especificamente, elencar os principais desafios dos profissionais de saúde e residentes atuantes no início da pandemia da COVID-19.

MATERIAIS E MÉTODOS

A presente pesquisa tem caráter qualitativo, buscando compreender por meio de base de dados qualificáveis os aspectos sociais, individuais e coletivos, a partir da percepção da população estudada, em período específico, com a finalidade de propor subsídios para o enfrentamento de problemáticas a serem investigadas, além de contribuir para ampliação do campo científico (SILVA, 2014).

Trata-se de uma pesquisa de cunho exploratório objetivando proporcionar maior familiaridade com o problema e a sua resolutividade. Por tanto, foi aplicada entrevista com uma população que teve experiências práticas com o problema estudado (GIL, 2010). A coleta de dados foi realizada por meio de questionário estruturado, com perguntas objetivas e subjetivas, buscando a percepção dos entrevistados.

A população deste estudo são os profissionais de saúde, efetivos, contratados, bolsistas e residentes que atuaram nos Centros de Saúde da Comunidade 406 Norte do território Apinajé em Palmas, entre os meses de Março de 2020 a Julho de 2021, período em que esse centro foi denominado: "Unidade Sentinela", pertencentes às seguintes categorias profissionais: cirurgião dentista, enfermeiros, médicos, técnicos de enfermagem, auxiliar de saúde bucal, agentes comunitários de saúde, psicóloga, fisioterapeuta, farmacêutico, serviço social, nutricionista. Estipulva que, aproximadamente, 30 profissionais se encaixam no perfil do estudo, porém a amostra foi composta por de 21 (vinte e um) entrevistados uma vez que outros, por diversos motivos de ordem pessoal, optaram por não participar ou estavam de licença/férias no período da coleta.

Após aprovação na Comissão de Avaliação de Projetos de Pesquisa e Comitê de Ética em Pesquisa, sob o CAEE 63771722.2.0000.9187 foi enviado um e-mail ao Núcleo de Pesquisa Aplicada à Saúde solicitando a liberação da mesma. Após envio do memorando autorizando o início da pesquisa foi solicitado à coordenação da unidade a relação dos profissionais que atuaram nesses Centros de

Saúde da Comunidade no período referenciado, para busca ativa dos indivíduos. A coleta aconteceu entre os meses de Dezembro de 2022 e Janeiro de 2023.

Os critérios de inclusão foram Profissionais de saúde lotados nos Centros de Saúde da Comunidade 406 Norte: efetivos, contratados, bolsistas e residentes pertencentes às categorias profissionais já anteriormente citadas que atuaram de forma presencial, remota “home office” ou híbrida no referido centro de saúde entre os meses de Março de 2020 a Julho de 2021; que aceitaram participar da pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Os critérios de exclusão foram área profissional não descrita na população/amostra; Profissionais que deixarem de responder mais de 50% das questões do instrumento de coleta de dados; ou que não responderem os questionários no período estipulado para coleta de dados; Profissionais incluídos nos critérios, mas que estejam de férias e/ou de licença de qualquer natureza, durante a coleta de dados. As variáveis são: Tempo de trabalho do servidor; Tempo de formado; Categoria profissional; Equipe multiprofissional; Faixa etária.

O início da coleta de dados se deu após a submissão e aprovação do projeto nas instituições anteriormente descritas. Primeiramente, a coordenação do Centro de Saúde da Comunidade, objeto de estudo, foi explicado os objetivos da pesquisa, ressaltando que a mesma não interferiria no andamento do serviço. Foi solicitado ainda ao Centro, que enviasse via e-mail a relação dos profissionais que atuaram entre os meses de março de 2020 a julho de 2021. O contato com os profissionais foi de maneira remota por meio dos aplicativos de mensagens instantâneas WhatsApp, Telegram, SMS, iMessage. Na mensagem foi enviado o link do questionário com todas as informações inerentes, inclusive o TCLE. Após o aceite, na segunda página, iniciou-se o instrumento de coleta de dados, que foi aplicado por meio do google forms.

Os dados do questionário foram analisados e expostos por meio de tabelas e/ou gráficos. Também foi utilizada a Análise de

Conteúdo, um método de Laurence Bardin que tem sido amplamente difundido e empregado. De acordo com Silva e Fossá (2013), a Análise de Conteúdo procura analisar os dados das entrevistas para produção de inferências de um texto para seu contexto social de maneira objetiva.

Os sujeitos desta pesquisa não tiveram nenhum tipo de gasto e não receberam recompensa pela participação. O sigilo da identificação dos entrevistados foi preservado, utilizando a estratégia de representação alfanumérica nos depoimentos transcritos conforme a ordem que ocorreram as entrevistas (E1, E2, E3...).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram analisadas as respostas de 21 entrevistados, de diversas áreas de conhecimento, da saúde. Quanto a profissão dos entrevistados o maior índice foi de enfermeiros (33,3%), seguido do técnico de enfermagem (9,5%).

Figura 1. Cargo ou Função dos entrevistados

Existem evidências que demonstram uma grande exposição de profissionais de diversas áreas da saúde, especialmente médicos clínicos, enfermeiros que atuaram na linha de frente de infectados com COVID-19 (BEZERRA et al., 2020). Analisando a vinculação de trabalho percebeu-se que 47,6% dos profissionais de saúde são efetivos, contratados ou bolsistas, 28,6% são residentes de 2021 a 2023, 19% são residentes egressos 2020-2022 e 4,8% são residentes de 2022-2024. De acordo com Noronha et al., (2020), nas Unidades de Saúde e em Centros de Saúde Comunitário é normal que existam distintas formas de vinculação de profissionais, sejam eles efetivos, contratados, residentes ou bolsistas.

Dos vinte e um entrevistados, 81% fazem parte da Estratégia da Saúde da Família e 19% Equipe multiprofissional. Como ressalta Noronha et al., (2020), atualmente existe uma nova nomenclatura para profissionais que laboram em unidades comunitárias, Equipe multiprofissional, como foi constatado no presente estudo.

Considerando a faixa etária dos entrevistados, 52,4% possuem 20-30 anos, 23,8% 30-40 anos, 23,8% 40-50.

Nenhum dos participantes constitui amostra superior a 60 anos de idade. Ocorrência que pode ser abonada por diversos aspectos, indivíduos com mínimo conhecimento de tecnologias digitais, profissionais com menor número de atuação, mas ainda por afastamento do trabalho de profissionais de saúde avaliados como fatores de risco, conforme o Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2020).

Quando questionados se durante o período de pandemia houve alterações de suas funções para o exercício profissional em decorrência da mudança do CSC 406 Norte para unidade sentinela, 95,2% responderam que sim e 4,8% disseram que não. Vários responderam mais de uma coisa que deixou de fazer, como, por exemplo, 47,6% deixaram de realizar atendimento clínico, 85,7% de fazer visita domiciliar, 14,3% de fazer escovação supervisionada, 47,6% deixaram de fazer atenção continuada em gestantes, por exemplo, 57,1% deixaram de realizar o programa de saúde na escola e 4,8% deixou de fazer atendimento remoto.

Perguntados como ficou a atenção continuada a gestantes, puericultura e pacientes crônicos durante esse período em que a CSC 406 Norte estava como unidade sentinela? Responderam:

Ficou extremamente prejudicado (E1)

Reduzidos, mas continuados com atendimento online (E4)

Comprometida. Sem atendimentos e a fila aumentando (E5)

No primeiro 4 meses foram realizados apenas os atendimentos de pré Natal e hanseníase, posteriormente Os cuidados continuados foram sendo retomados aos poucos, puericultura e crônicos, respectivamente. No início de 2021 a unidade se tornou sentinela exclusiva e todos os atendimentos relacionados à SFC foram redirecionado para outros CSC's do mesmo território de saúde (apinajé) (E10)

O atendimento a esses públicos ficou extremamente prejudicado, tendo em vista as restrições que a pandemia acarretou. Isso pôde ser comprovado após o retorno das atividades da ESF ao CSC, quando esses pacientes portadores de DCNT apresentaram

descompensação de suas condições crônicas, isso ocorreu justamente pela falta de acompanhamento por parte das equipes de saúde a esses pacientes (E11)
Não estávamos realizando qualquer tipo de atendimento de atenção continuada, nem mesmo atendimentos de urgências (E20)

Devido ao risco elevado de morbimortalidade, a Organização Mundial da Saúde (OMS) classificou as gestantes como grupo de risco para Covid-19. Na maioria dos infectados, os sintomas apresentados são leves, a exemplo de febre e tosse seca, porém, em mulheres na segunda metade da gestação, há outros sintomas que podem aparecer com menor intensidade nas gestantes, como fadiga, dispneia, diarreia, congestão nasal e coriza. Segundo Zaigham e Anderson (2020), algumas mulheres podem apresentar ainda complicações mais graves, como a síndrome respiratória aguda grave (SARS).

Os atendimentos começaram a ser na 508 Norte para gestante e crianças (E16)
Os pacientes ficaram sem atendimento a esse tipo de demanda na unidade da 406 norte, tendo que deslocar para outros CSC para serem atendidos (E1)
Os pacientes eram atendidas por outros centros de saúde na comunidade. Enquanto nós éramos sentinela (E12)
Só as prioridades (E13)
As gestantes foram encaminhadas para outra unidade para realizar as consultas de pré natal
A atenção continuada foi descentralizada para outras USF's considerando que a 406 Norte tornou-se US (E14)
O atendimento desses pacientes foi transferido pra outra unida não sentinela (E6)
Foram remanejadas para outras unidades, houve déficit no acompanhamento puerperal e abandono de pré natal (E2)
Foram remanejadas (E3)
Direcionadas a outras unidades de saúde (E7)
Remanejadas para outra USF (E15)
Foi Redistribuída para outras unidades (E17)
Eram transferidos para outras unidades (E18)

Hick et al (2020) destacaram que diversas estratégias tiveram que ser determinadas pelos gestores para melhor desenvolvimento na

conservação, substituição, adaptação, reutilização e preparação e realocação de recursos, nesse sentido, várias ações deixaram de ser formalizadas e outras tiveram maiores destaques. Ademais, vale aludir, também, sua importância para a publicação e incitação à adesão das orientações para minimização da disseminação, o acordo da capacidade geral do sistema e em seguida subsidiar discussões para elaboração de políticas de saúde peculiares para esta pandemia (BITTENCOURT, 2020).

De acordo com Pinheiro et al (2019) relatam que a acessibilidade geográfica, considerando a distância da residência do usuário à unidade são fatores determinantes na abrangência das funções da atenção básica voltadas para a promoção e a prevenção, com o remanejamento dos pacientes para outras unidades, isso dificultou o acesso e adesão de alguns. Ficou evidente, na percepção dos entrevistados que, os atendimentos foram mais curativistas, assim dificultando o vínculo, este que torna a relação pessoal estreita e duradoura entre o profissional de saúde e o paciente, assim facilitando a continuidade do tratamento, desse modo evitando consultas e internações desnecessárias.

Quanto aos profissionais que tiveram que trabalhar em home office 66,7% responderam que não e 33,3% que sim. Dentre as novas estratégias, Ramanathan et al., (2020) ressaltam que os trabalhos neste formato, como uma preparação técnico-científica para atendimento de qualidade à população e alocação criteriosa de equipamentos, além de treinamento para a telemedicina. Os mesmos ressaltam que, a tomada de decisão pode ser apreendida como um método permeado por discussões éticas que abrangem escolha distinta de pessoas.

Questionados se houve redistribuição de salas para atendimentos da unidade, 90,5% responderam que sim e 9,5% que não. Quanto a se a equipe ficou sem sala ou os membros da equipe tiveram que compartilhar os dados demonstram que, 71,4% compartilharam as salas e 23,8 ficaram sem sala e 4,8 não souberam responder

Segundo Silva et al (2019), durante a pandemia, a infraestrutura também precisa ser avaliada, principalmente frente à possibilidade de absorver recursos adicionais, para um redimensionamento dos locais de trabalho, sejam individuais ou coletivos e ainda seguindo a linha de compartilhamento. Análises anteriores sugerem que os princípios da bioética sejam utilizados como norteadores para o estabelecimento desses critérios Koonin et al., 2020). Vale mencionar que os princípios da bioética são: beneficência; não-maleficência; autonomia e justiça.

Perguntados se os profissionais receberam alguma capacitação ou formação da Secretaria Municipal de Saúde para atendimento, testagem ou monitoramento de pacientes com testagem positiva por coronavírus SARS-CoV-2, responderam que, 85,7% que sim e 14,3% que não. Dentre as capacitações realizadas pelos profissionais, citaram 38,1% monitoramento, 33,3% testagem, 9,5% não souberam responder, 9,5% Atendimento, 4,8% como usar e descartar os Equipamentos de Proteção Individual (EPI) e 4,8% não tiveram capacitações.

Figura 3. Capacitações realizadas pelos profissionais.

Houve apenas uma capacitação e a mesma foi superficial e não foi suficiente para ofertar segurança e conhecimento necessário para atendimento aos pacientes com confirmados/suspeitos de COVID19. Uma das principais dificuldades foi à falta de apoio da secretaria de saúde ao não fornecer as devidas capacitações e o número escasso de EPI para executar o trabalho com a devida segurança (E12) Não. A situação de saúde ocasionada no período pós-pandemia, é uma situação um tanto quanto complexa, desde situações de agudização de doenças crônicas, como aumento de doenças de caráter psicológico. Tendo isso em vista, a situação a ser enfrentada exige muito planejamento e é um processo que levará algum tempo para ser superado. O fato, é que as consequências da pandemia ainda estão surgindo e percebe-se que os profissionais de saúde não estão capacitados para enfrentar essas novas demandas (E11)

Segundo uma revisão de Cook (2020), os profissionais de saúde sentem-se hesitantes quando as diretrizes locais são extensas, insuficientemente abertas, ou não satisfazem às diretrizes nacionais ou internacionais, afora do fato das alterações constantes. Mesmo sendo o

caso, considerada uma contaminação nova, as diretrizes e indicações sobre o COVID-19 aturaram diversas modificações em escasso espaço de tempo. Ainda um panorama de propagação maciça e célere de elementos foi suscitada no meio técnico e científico, com diferentes fontes institucionais enunciando suas sugestões, o que produziu insegurança e problema de absorção de normas e condutas padronizadas, mesmo a nível local.

Quando indagados sobre se estavam preparado para exercer essa nova função? Quais foram as maiores barreiras do exercício de nova atividade? Os entrevistados responderam:

Não (E1- E15)

Não me sentia preparada para dar certos encaminhamentos devido a sintomas relatados pelos pacientes durante as ligações telefônicas (E2)

Não, dificuldade no contato e nas planilhas de informações (E4)

Mesmo com as capacitações ainda não me sentia segura (E5)

Não me senti preparada, mas fui acolhida pela minha preceptora e residente do segundo ano que me repassaram as informações necessárias (E13)

Não, pois comecei a exercer antes da capacitação, barreira psicológica (E17)

Não me senti muito capacitada, tinha algumas informações que somente o médico ou enfermeiro conseguiriam passar para os pacientes (E21).

No atual assunto pandêmico, os protocolos e treinamentos se volveram em uma rotina nos serviços. Aconteceram diversas modificações no exercício profissional, que se buscaram para evitar a proliferação do vírus e êxito na recuperação dos pacientes internados. Nessa expectativa, para que os profissionais se atualizassem da nova realidade, foi necessário a aplicação de estratégias e instruções para nortear o processo de cuidado (GEROLIN et al., 2020). Mesmo com as capacitações e formações ofertadas pela secretaria municipal de saúde, alguns profissionais não se sentiram capazes de realizar as novas obrigações, de acordo com Teixeira et al (2020) isso se dá ao fato de terem ansiedade em assumir papéis clínicos novos ou desconhecidos e cargas de trabalho expandidas no atendimento a

pacientes com COVID-19, além do não fornecimento pela gestão municipal ou estadual a serviços de saúde mental para gerenciar depressão, ansiedade e sofrimento psicológico.

Um grupo um pouco menor apontou que estava preparado, bem como compreendiam a especificidade do momento pandêmica e a sua atuação profissional. Tais fragmentos ratificam isso.

Me senti preparada (E3)

Manter a calma e vencer o medo (E6)

Rotina mesmo. Recebíamos os pacientes antes da triagem. Às vezes gerava uma angústia pelos pacientes nervosos, ansioso querendo ser atendido mais rápido possível (E7)

Sim (E8; E14; E18)

Trabalho on line (E9)

Senti preparada. As maiores barreiras foram os atendimentos de pacientes graves/gravíssimos que eram atendidos na USF sem que houvessem insumos necessários (E16)

O temor pelo incógnito foi prevalente na percepção dos entrevistados. A maioria dos profissionais destacou o receio do método novo de trabalho e ainda do contágio da doença e a preocupação em transmitir para outros pacientes, familiares e amigos.

Não, tudo muito rápido para ser absorvido, as capacitações um pouco vagas e mudava com frequência a conduta (E19)

Preparado em parte, pois foi tudo muito rápido, sem aviso prévio, a unidade literalmente, tornou-se unidade sentinela de um dia para o outro. A preparação deixou a desejar, ainda ficaram muitas dúvidas pendentes e pouco espaço para discussão da situação, sugestões e esclarecimentos. As principais barreiras foram falta de material e de espaço próprio para o trabalho, pouca capacitação (E20)

A alta taxa de mortalidade impactou diretamente a percepção sobre o novo Coronavírus e a percepção do profissional nos cuidados diários com os pacientes. De acordo com Paula et al. (2020) o medo da morte, e de contaminar com o vírus, é um anseio que tem seguido indivíduos no mundo todo, especialmente os profissionais de saúde que estão na linha de frente.

Quanto a percepção do profissional frente às novas demandas no processo de trabalho advindas pela Covid-19, as respostas obtidas puderem ser agrupadas em dois grupos: Os que estavam temerários e receosos, conforme fragmentos de fala abaixo:

Desafiadoras (E1)

Acho muito difícil. Os pacientes são relutantes em usar EPI quando sintomáticos e a unidade agora conta com demanda mista de sintomáticos respiratórios e atendimento continuado da unidade (E2)

Cenário de medo, e incerteza (E3)

Desvio de função (E4)

Ainda de muita incerteza e muitas mudanças no processo de trabalho (E5)

As pessoas estão mais cuidadosas (E6)

Muito complicado (E 9)

Sem Monitoramento dos casos positivos e acompanhamento dos pacientes / grupos que tiveram alguma sequela (E15)

Excesso de demanda (E16)

Foram demandas bastante distintas da nossa área de atuação. No meu caso que fiquei responsável por monitoramento, foi uma atividade que ficou esquecida, pouco aceita pela população e que pesou apenas sobre alguns profissionais responsáveis (E20)

O segundo grupo, compreende-se como os motivados frente a um novo desafio profissional.

Aprendizado (E7)

Melhoras (E14)

Grande desafios (E17)

Temos muito no que melhorar, mas aos poucos as coisas estão se encaixando e sendo adaptadas (E19)

Percebe-se que a principal queixa percebida pelos entrevistados é a falta de comunicação concisa das decisões e metodologias de trabalho. Soares (2021) desvelou, ainda, a necessidade de reverter e rever considerações, métodos de trabalho e inclusive a noção do que seja trabalhador da saúde e do que o distingue do profissional da saúde, conforme relato abaixo:

Não. Déficit de RH, falta de capacitação adequada, informações incompletas, atividades que foram impostas a serem realizadas nos CSC's mesmo sem a devida reestruturação (E11)

Falta uma comunicação mais efetiva por parte da secretaria. São enviados muitas informações em grupos de WhatsApp o que gera ansiedade nos profissionais que dificilmente tem descanso até mesmo em casa (fora do horário de serviço) (E12)

Quanto à falta de EPI durante o seu período na Sentinela, 66,7% responderam que sim, faltou, 28,6% disseram que não faltou e 4,7% não souberam responder. Os equipamentos que citaram foi: 19% gorro, 52,4% máscara, 33,3% jaleco, 9,5% luvas, 23,8% não souberam responder, 4,8% protetor facial, 4,8% avental descartável, 4,8% máscara N95 de qualidade e 4,8% não houve falta de EPI.

A falta de Equipamentos de Proteção Individual é somente o começo de uma fila de reclamações expostas por colaboradores da área da saúde. De acordo com Dantas (2021), os profissionais afora exibirem maior risco de infecção pelo novo vírus, estão revelados à probabilidade de que careçam equipamentos de proteção individual, ventiladores mecânicos, insumos hospitalares, afora de necessitarem deliberar, por vezes, quais doentes possuíam direito a algumas metodologias assistidas. De fato, a falta de equipamentos de proteção individual constituiu uma observação publicada em outros cenários e países, em que o célere acréscimo por sua pendência levou a um aumento sobre o risco de infecção por profissionais de saúde devido à sua falta em algarismo satisfatório (GOÉS et al., 2020).

Questionados se houve a falta de produtos de higiene/desinfecção durante seu período na Unidade, responderam que não, 71,4%, que sim 14,3% e não souberam responder 14,3%. Os produtos que faltaram foram: 71,4% não souberam responder, 14,3% faltou álcool em gel, 14,3% outro produto não citado e sabonete líquido não foi citado por nenhum respondente.

De acordo com Liu et al (2021), observa-se nos estudos realizados que os protocolos de segurança sanitária não são sempre seguidos devido à escassez de equipamentos e material nas instituições de saúde, desabastecimento esse devido à falta no mercado, e quanto à falta de informação aos profissionais. Quanto à adaptação aos novos EPI e o seu uso obrigatório, os dados

demonstram que 85,7% responderam que sim, 9,5% que não e 4,8% não souberam responder.

Dantas (2021) ressalta ainda que para os profissionais de saúde, a adaptação aos novos Equipamentos de Proteção Individual não foram difíceis, uma vez que grande parte destes já fazia parte da rotina das unidades de saúde.

Tive que me adaptar às novas demandas, já que fui realocada de função, como cirurgiã dentista tive que aprender a fazer monitoramento e a não realizar procedimentos clínicos (E21).

De acordo com os dados, 47,6% dos entrevistados puderam fazer ações de promoção e prevenção a saúde de maneira presencial, 47,6% não realizaram e 4,8% não souberam responder. As ações que os que realizaram foram: 38,1% vacinação, 33,3% distribuição de panfletos e cartilhas, 28,6% não souberam responder, 14,3% palestras e outras 4,8%.

Figura 2. Ações de promoção e prevenção a saúde de maneira presencial realizada pelos profissionais

De maneira geral, as ações presenciais, como a vacinação, foram bastante efetivas. Segundo Vieira (2020), em seu editorial afirma que, campanhas de vacinação foram adaptadas para fora dos centros de saúde com o objetivo de evitar contato com os indivíduos doentes, portanto utilizaram para vacinar mais de 60 milhões de pessoas de alto risco, escolas, drive-thru, supermercados entre outras.

De modo online, as ações e promoções e prevenção à saúde foram realizadas por 57,1% dos entrevistados, 38,1% não fizeram e 4,8% não souberam responder. As ações foram distribuídas em: 47,6% vídeos informativos, 47,6% panfletos e cartilhas, 23,8% não souberam responder, outros 4,8%. As ações e promoções de saúde online foram especialmente por meio de promoções, campanhas, informativos via redes sociais, destacando a importância da vacinação, higienização das mãos e isolamento social (KOONIN et al, 2020).

Questionados se desde que iniciou a pandemia, se os profissionais necessitaram de apoio psicológico 47,6% responderam que sim, 47,6% responderam que não e 4,8% não souberam responder. Os que responderam se necessitaram tomar algum medicamento para situação de saúde mental, responderam que: 66,7% não receberam medicamentos, 4,8% cloridrato de sertralina, 4,8% zoloft 50mm, 4,8% ansiolítico e 9,5% não souberam responder

Figura 4. Medicamentos para saúde mental que os profissionais utilizaram.

Causou muito desconforto devido sua ascensão rápida, o sistema de saúde ficou sobrecarregado e com isso houve muito adoecimento dos profissionais de saúde (E10)

Levam em conta a agilidade no repasse das informações mas esquecem a saúde mental dos servidores. Sou adepta do memorando via e-mail de forma oficial. E sinto faltam também de nós participarmos de forma mais direta de certas decisões ou pelo menos sabermos antes de ser divulgado na mídia como infelizmente já aconteceu várias vezes, e a gente nem tem tempo de se preparar para orientar os pacientes. Seja fluxo de vacina contra COVID-19, testagem ou enfim (E13)

A saúde mental foi um fator muito sensível e que aumentou a demanda nas unidades sem preparo nenhum para acolhimento e resolubilidade para onde encaminhar e como fazer o acompanhamento desses pacientes (E18)

Em estudo realizado por Long et al., (2021), um relato de experiência utilizando como fator determinante de estresse e saúde mental, a pandemia, percebeu-se que, apresentam uma carga de demandas altamente estressante, principalmente quando analisado o número trabalhadores, espaço físico enquanto delimitação de leitos e alta demanda acaba sendo um fator determinante para o desenvolvimento de desequilíbrio emocional, que acaba gerando transtorno de ansiedade, depressão, Burnout e outras afecções mentais desencadeadas devido à pressão psicológica alavancadas pelo ambiente estressante de trabalho e muitas até necessitam do emprego de medicamentos.

Perguntado se no seu local de trabalho, você soube utilizar as estratégias recomendadas pela prefeitura de Palmas para o

enfrentamento contra a COVID-19 durante a Pandemia. Os dados revelam que 85,7% que sim e 9,5% que não, 4,8% não souberam responder. Porém, constata-se, nos documentos analisados, que todos se empenharam em empregar as estratégias definidas pela prefeitura do município de Palmas no que se refere ao enfrentamento do COVID-19, especialmente na área da saúde.

Sobre a sobrecarregada com as novas demandas no processo de trabalho advindas pela Covid-19, 90,5% responderam que sim, 4,8% que não e 4,7% não souberam responder. 85,7% dos entrevistados falaram que a sobrecarga de trabalho foi pela falta de profissionais, 9,5% não acreditam que seja essa motivação e 3% não souberam responder.

Em pergunta específica para residente, perguntou-se se sentiu prejudicado no seu processo de aprendizagem da Residência Multiprofissional de Saúde, responderam:

Sim (E1)

Sim. Fiz atendimento sem foco algum na minha especialização (E 3)

Sim. Não consegui realizar mais ações de promoção e prevenção (E 5)

Sim, tendo em vista que em boa parte do período de 2 anos da residência, o trabalho que desenvolvido foi à pacientes com suspeita/confirmados de Covid 19. Dessa forma, o processo de aprendizagem voltado ao programa de estratégia em saúde da família acabou sendo muito prejudicado (E 6)

Sim, bastante. Fui lotada em uma unidade sentinela e durante os primeiros meses não senti tanto o impacto pois já havia tido a chance de atuar na APS. Mas de fato até julho só atendemos COVID-19 e foi horrível, entrei em processo de ansiedade, aquele fluxo de somente COVID e tantas mortes e os familiares positivos que vinham pro acolhimento e demandavam de nós apoio psicológico foi extremamente exaustivo pois não senti que tivemos apoio, grande parte foi cobranças (E7)

Sim, pois com a COVID deixamos de atender pré natal para atender pacientes com COVID, fazendo com que assim nosso processo de aprendizagem ficasse prejudicado neste período (E8)

Sim, a falta de atendimentos, aulas que só começaram em setembro e apenas online, prejudicaram o processo de aprendizagem (E9)

Muito (E11)

Em alguns momentos sim, contudo sabemos que foram anos atípicos e a experiência de trabalhar em uma pandemia foi única (E12)

Com certeza, não pudemos realizar atendimentos em geral (de urgência ou atenção continuada), não criamos vínculo com os pacientes e tivemos sobrecarga no trabalho (E 13).

Apenas um residente salientou em sua resposta que não (E 2), sendo de forma atípica a resposta, pois a maioria acredita que o período pandêmico prejudicou sua atuação profissional, bem como a especificidade da profissão. Percebe-se, que os residentes respondentes consideraram o período da pandemia atípico, com atendimentos emergenciais que necessitavam de solução e ações rápidas, mas que não colaborou para o seu crescimento/conhecimento a atenção continuada que a Saúde da Família e Comunidade necessita.

Quando questionados sobre qual/ais desafio(s) na adaptação a assistência à saúde que foram gerados a partir do momento que o CSC 406 norte se tornou uma unidade sentinela, a partir dos fragmentos de fala, os entrevistados foram agrupados em 4 categorias:

A) Estrutura (Carga Horária, Excesso de Trabalho; Recursos)

Carga horária e excesso de demandas no as relativas às novas funções do monitoramento de casos de Covid (E1)

A situação da falta de sala e equipamentos, como computadores e mesas. Outro desafio é fazer atendimento em grupo na pandemia de forma online (E4).

A falta de atendimento presencial. A demanda que se acumulou. A falta de equipamentos e espaço físico para o trabalho. A mudança completa de funções e rotina (E9)

A alta demanda para equipe de enfermagem foi a principal dificuldade enfrentada. O excesso de trabalho associado ao aumento da demanda foi extremamente difícil de lidar e isso dificultou no processo de adaptação ao enfrentamento da pandemia (E11)

Falta de profissionais, reestruturação da unidade, divisão de profissionais para conseguir atender as demandas (E14)

Orientação do público para o novo fluxo relacionado a COVID-19 foi criada uma demanda que ninguém sabia o fluxo e como enfrentá-la, muitas informações que mudavam a todo o tempo. Excesso de trabalho para todos os profissionais e falta de apoio psicológico (E15)

As demandas dos PSF de ter sido redistribuídas e as dificuldades de intervir nos pacientes doentes (entrevistado 17)

A falta de salas prejudicou o trabalho e o medo de contrair o vírus da COVID-19 era enorme, pois ainda não tinha vacinado (E21).

B) Vínculo

Reestruturação da unidade Estabelecer fluxos Perda de vínculo com os pacientes de cuidado continuado

Dimensionamento de pacientes (E2)

Impossibilidade de atendimentos presenciais e perda do vínculo com pacientes de atenção continuada (E3)

Vários, a começar pelos cuidados continuados (E9)

Conseguir vincular novamente a população adstrita que necessita de continuidade do cuidado. Foi confuso no começo e também quando retornarmos a ESF, Mas entendo que isso se é esperado devido o contexto (E12)

C) Saúde Mental

Tentativa frustrada. Fazer atendimento em outra unidade sem estrutura para receber os residentes (E5)

Organizar os atendimentos, consultas exames, manter o controle durante todo o dia, pois o fluxo era grande todos os dias e as pessoas chegavam ansiosos por resolver sua demanda. O medo gerado por tanta informação da mídia gerou muito pânico e isso refletiu na forma até agressiva das pessoas na busca por atendimento (E6)

De manter se com saúde mental Boa (E7)

Alguns estudos mostraram que as piores consequências em termos de saúde mental foram associadas ao sexo feminino, profissional de saúde, a não ter acesso a equipamentos de proteção individual, a morar em áreas geográficas com maiores índices de infecção, a maior percepção de estresse e a ser capaz de transmitir a infecção para outras pessoas (MEDINA, 2020)

D) Desafio

A situação da falta de sala e equipamentos, como computadores e mesas. Outro desafio é fazer atendimento em grupo na pandemia de forma online (E4).

A aceitabilidade dos profissionais em realizar os atendimentos de Covid, falta de informação e diálogo com a gestão (E10)

Enfrentar o novo foi desafiador, no entanto fomos adaptando aos poucos, seguindo as orientações cabíveis para cada procedimento conforme as normas das chefias (E13)

Desafiador e preocupação (entrevistado 16)

Novas formas de alcançar a comunidade, através de materiais informativos, adaptação nos atendimentos, éramos desafiados rotineiramente a criar novas estratégias de cuidado (entrevistado 18)

O primeiro desafio foi de ter uma troca de função, parar de fazer atendimentos clínicos e fazer o monitoramento (E20)

Apenas um relatou que não trabalhou no período da unidade Sentinela (E8). Percebe-se que a preocupação dos respondentes estava em fazer o atendimento, com a estrutura que possuíam, e a qualificação que havia no instante da promoção da saúde de maneira qualificada. E ao mesmo tempo, pensar em não ser contaminado e diversificar esse risco a seus familiares.

CONCLUSÃO

Considerando que os profissionais de saúde lidam com as patologias na linha de frente, especialmente, no caso do coronavírus, um vírus desconhecido e de grande letalidade, acabou por desencadear uma série de demandas, desafios e problemas, sobretudo em nível mental, visto que sinais como ansiedade, estresse e depressão foram descritos no decorrer do estudo.

O objetivo do trabalho foi exposto ao identificar os desafios encontrados pelo profissional de saúde durante a pandemia, sendo eles a falta de insumos necessários para proteção e prevenção do contágio, descontinuidade do cuidado do paciente, gerando falta de vínculo, falta de apoio da secretaria municipal de saúde, falha na comunicação e com capacitações de qualidade, sobrecarga de trabalho, a saúde mental prejudicada.

Enfrentar um vírus novo, com novas demandas e fluxos de trabalho, requer muita criatividade para produzir novas estratégias de cuidado, além de enfrentar medos, incertezas e ansiedades para assistir a população de forma eficiente e qualificada, o profissional de saúde deve-se ser amparado pelos órgãos municipais e estaduais de saúde. Nesse sentido, faz-se necessário mais pesquisas, especialmente na construção de políticas públicas de saúde para assegurar que melhorem as estruturas dos centros de saúde, e dê condições para que os profissionais exerçam seu papel, com a finalidade fortalecer a Atenção Primária e do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde por meio do reconhecimento dos profissionais da equipe multiprofissional e ESF; e da reorganização dos serviços de saúde ofertados à população em período pandêmico.

REFERÊNCIAS

- BESSA, B. R. O. D.; et al. Grupos operativos na Estratégia da Saúde da Família: o fortalecimento do cuidado humanizado do idoso. *Conjecturas*, [S. l.], v. 22, n. 10, p. 148-166, 2022. DOI: 10.53660/CONJ-1599-EDU11. Disponível em: <https://conjecturas.org/index.php/edicoes/article/view/1599>. Acesso em: 18 jan. 2023.
- BRASIL. Resolução no 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 13 jun. 2013. Disponível em: <<https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Painel Coronavírus [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2020 [acesso 2022 Dez 27]. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>
- BRASIL, Ministério da Saúde. NOTA TÉCNICA Nº 3/2020-DESF/SAPS/MS. Brasília/DF, 28 de jan. 2020. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/01/NT-NASF-AB-e-Previne-Brasil-1.pdf>. Acesso em: 30 abr. 2022.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus COVID-19. Brasília: Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública; 2020.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 188, de 03 de fevereiro de 2020. Declara Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN)

- em decorrência da infecção humana pelo novo coronavírus (2019-nCoV). Diário Oficial da União 2020; 4 fev.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Núcleo de Apoio à Saúde da Família. v. 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- CARVALHO, Marília Sá; LIMA, Luciana Dias de; COELI, Cláudia Medina. Ciência em tempos de pandemia. Cadernos de saúde pública, v. 36, 2020.
- COSTA, Ana Flávia Rodrigues da; LOPES, Cleide de Andrade et al. Reorganização do trabalho do NASF-AB no enfrentamento da pandemia COVID- 19: um relato de experiência. Com. Ciências Saúde. 2020; 31(3):33-39
- CRUZ, Lisy Mota da. Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade – Percepção dos profissionais do serviço no Município de Palmas/Tocantins. São Paulo. 2013. Disponível em: UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO (unifesp.br). Acesso em: 27 fev. 2022.
- FREIRE, Neyson Pinheiro et al. A infodemia transcende a pandemia. Ciência & Saúde Coletiva, v. 26, p. 4065-4068, 2021.
- GIL, Antônio Carlos. Como elaborar projetos de pesquisa. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2010.
- HICK J. L. et al. Duty to Plan: health care, crisis standards of care, and novel coronavirus sars-cov-2. Nam Perspectives, p. 1-13, 2020. Disponível em: <https://nam.edu/duty-to-plan-health-care-crisis-standards-of-care-and-novel-coronavirus-sars-cov-2/>. Acesso em: 18 jan. 2023.
- KOONIN L. M. et al. Strategies to Inform Allocation of Stockpiled Ventilators to Healthcare Facilities During a Pandemic. Health Security, v. 18, n. 2, p. 1-6, 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7194315/>. Acesso em: 18 jan. 2023
- MEDINA MG, et al. Primary healthcare in times of COVID-19: what to do? Cad. Saúde Pública.;36(8):e00149720. 2020
- NORONHA K. et al. Pandemia por COVID-19 no Brasil: análise da demanda e da oferta de leitos e equipamentos de ventilação assistida considerando os diferenciais de estrutura etária, perfil etário de infecção, risco etário de internação e distâncias territoriais. Belo Horizonte: Cedeplar, 2020. 87 p. Disponível em: <https://www.cedeplar.ufmg.br/noticias/1223-nota-tecnica-analise-de-demanda-e-oferta-de-leitos-hospitalares-gerais-uti-e-equipamentos-de-ventilacao-assistida-no-brasil-em-funcao-da-pandemia-do-covid-19>. Acesso em:18 jan. 2023.
- OPAS; OMS. Folha informativa Covid-19 – Escritório da OPAS e da OMS no Brasil. Disponível em:

<https://www.paho.org/pt/covid19/historico-da-pandemia-covid-19>. Acesso em: 27 fev. 2022.

RAMANATHAN K. et al. Planning and provision of ECMO services for severe ARDS during the COVID- 19 pandemic and other outbreaks of emerging infectious diseases. *The Lancet Respiratory Medicine*, v. 20, n. 3, p. 1-9, 2020. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lanres/article/PIIS2213-2600\(20\)30121-1/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanres/article/PIIS2213-2600(20)30121-1/fulltext). Acesso em: 18 jan. 2023.

SALES, Orcélia Pereira et al. O Sistema Único de Saúde: desafios, avanços e debates em 30 anos de história. *Humanidades & Inovação*, v. 6, n. 17, p. 54-65, 2019.

SILVA, Andressa Hennig; FOSSÁ, Maria Ivete Trevisan. *Análise de Conteúdo: Exemplo de Aplicação da Técnica para Análise de Dados Qualitativos*. Brasília/DF, 2013.

SILVA, Antônio João Hocayen da. *Metodologia de pesquisa: conceitos gerais*. 2014. Disponível em: <http://repositorio.unicentro.br:8080/jspui/bitstream/123456789/841/1/Metodologia-da-pesquisa-cient%c3%adfica-conceitos-gerais.pdf>. Acesso em: 06 mar. 2022.

SILVA, K. R. et al. Narratives of Health Professionals Relating to Scarce Resources in an Urgency Service. *International Journal of Advanced Engineering Research and Science*, v. 6, n. 6, p. 66-73, 2019. Disponível em: <http://journal-repository.com/index.php/ijaers/article/view/488>. Acesso em: 18 jan. 2023.

SOARES, M. Mortes entre caixas, frentistas e motoristas de ônibus aumentaram 60% no Brasil no auge da pandemia. *El País*, São Paulo, 5 abr. 2021. Disponível em: <<https://brasil.elpais.com/brasil/2021-04-05/caixas-frentistas-e-motoristas-de-onibus-registram-60-a-mais-de-mortes-no-brasil-em-meio-ao-auge-da-pandemia.html>>. Acesso em: 18 jan. 2023.

VIEIRA, C. Vacinas: porque a importância vai muito além do Covid-10? *Saúde coletiva*, v.10, n.58, 2020.

ZAIGHAM, M.; ANDERSSON, O. Maternal and Perinatal Outcomes with Covid-19: a systematic review of 108 pregnancies. *Acta Obstetrica Et Gynecologica Scandinavica*, [s. l.], 7 abr. 2020. Doi: <https://doi.org/10.1111/aogs.13867>.

Capítulo 10

CUIDADOS DE SAÚDE COM PACIENTES EM HEMODIÁLISE

Dara Cristina Cunha Moura Lima
Flávia Lima Vieira
Paula Mayra Moreira de Sousa Silva
Andrey Viana Gomes
Diogo Barbosa Amaral
Ruhena Kelber Abrão

INTRODUÇÃO

A hemodiálise é um procedimento vital para pacientes com insuficiência renal crônica, permitindo a remoção de resíduos e toxinas do sangue. Os enfermeiros desempenham um papel fundamental durante o processo de hemodiálise, proporcionando cuidados especializados que visam garantir a segurança, o conforto e o bem-estar dos pacientes. Este artigo abordará os diversos aspectos dos cuidados de enfermagem em pacientes submetidos à hemodiálise, incluindo a avaliação prévia, a preparação do paciente, a monitorização durante a sessão e as intervenções pós-procedimento.

A hemodiálise é um método bastante importante pois sem esse procedimento, os pacientes com insuficiência renal crônica enfrentam sérios riscos à saúde, incluindo o acúmulo de toxinas no corpo, desequilíbrios eletrolíticos, edema, hipertensão e eventualmente falência orgânica. A importância da hemodiálise não se limita apenas à sua função de purificação do sangue, mas também proporciona uma melhor qualidade de vida aos pacientes, permitindo-lhes continuar trabalhando, participando de atividades sociais e desfrutando de momentos com a família e amigos. Embora

a terapia de hemodiálise possa representar um desafio emocional e físico para os pacientes, sua importância na manutenção da vida e da saúde não pode ser subestimada. A enfermagem exerce um papel importante nos cuidados em pacientes que fazem uso da hemodiálise na pré sessão, durante a sessão e pós sessão levando assim mais segurança ao enfermo.

Mediante a alta prevalência das doenças renais crônicas é de fundamental importância que o profissional de enfermagem esteja capacitado para a prestação dos cuidados aos pacientes que fazem continuamente hemodiálise, para intervir com cuidados terapêuticos adequados. A enfermagem desempenha um papel fundamental na garantia do conforto e segurança do dialisado, sendo responsável por fornecer informações preciosas de educação e orientação para os pacientes para evitar maiores complicações durante o processo terapêutico.

O despreparo do profissional em enfermagem pode causar subtratamento e prejuízos aos pacientes. Portanto, justifica-se a contribuição deste trabalho para a disseminação de conhecimentos atualizados para os enfermeiros sobre os cuidados aos pacientes dependentes da hemodiálise e assim ajudar a evitar possíveis complicações aos pacientes com DRC. Portanto constatar concebíveis intervenções que os profissionais da enfermagem iram executar para o tratamento de hemodiálise, bem como, entender a fisiopatologia das doenças renais em pacientes portadores de doenças renais crônicas a construção do monitoramento e cuidados durante o tratamento e as intervenções e monitoramento do dialisado durante o tratamento.

Ao finalizar, o presente estudo é uma pesquisa que trabalha dentro dos pressupostos metodológicos da pesquisa explicativa, onde está baseada no uso de fontes secundária com produções de artigos científicos e tratamentos dos resultados qualitativos e quantitativos. Com um objetivo descritivo de arquivos científicos, trabalhos acadêmicos e pesquisas da atualidade como na Coleção

Scientific Electronic Library Online (SciELO), nas bibliografias do ministério da saúde, em trabalho de conclusão de curso (TCC) e monografias que já foram apresentadas. Foram selecionados artigos publicados em versão de acesso livre e em língua inglesa e portuguesa, mas com ênfase principalmente nos artigos em língua portuguesa, por apresentar esclarecimentos compreensíveis a base do idioma praticado pelos autores deste trabalho.

DESENVOLVIMENTO

Anatomia e fisiologia dos rins

O sistema urogenital tem a função de eliminar substâncias presentes na corrente sanguínea que resultado da catabolização assim promove a homeostasia do organismo humano, caso não ocorrendo traria sérios problemas e enfermidades ao ser humano (Cardoso, Sobrinho, 2004).

Neste sistema um dos principais órgãos responsáveis são os rins localizados na parede posterior da cavidade abdominal, na parte direita e esquerda da coluna vertebral, também cobertos por tecidos gordurosos, areolar e frouxos especificamente atrás do peritônio. Sendo o rim direito dois centímetros mais baixo que o esquerdo evidenciando sua diferença de localidade devido à massa do fígado que ocupa uma parte significativa no hipocôndrio direito (Cardoso, Sobrinho, 2004).

Os rins são formados por estruturas microscópicas que constroem sua arquitetura possibilitando a funcionalidade e a estruturação para promover sua atividade no organismo (CARDOSO, SOBRINHO, 2004).

Estrutura microscópica dos rins

Nefróns: São cerca de 1.250.000 existentes em cada rim. Eles são constituídos pelo corpúsculo renal, que são divididas em duas importantes partes como o glomérulo central de vasos seguida de uma cápsula membranácea com dupla parede que é a cápsula de

Bowman, dando início ao sistema de túbulos renais (CARDOSO, SOBRINHO, 2004).

Glomérulo: denominado como tubos capilares não anastomosados, tendo início em uma arteríola eferente inserindo-se pelo polo vascular dividindo-se em dois até dez ramos primários que posteriormente iram se subdividir em até cinquenta alças chamadas de capilar independentes, acabando em arteríolas denominadas eferentes saindo da cápsula pelo mesmo polo que entram (CARDOSO, SOBRINHO, 2004).

Outra particularidade é que podemos encontrar no rim humano dois tipos de néfrons com funcionalidades, genético e patológico, que são corticais e justamedulares ou subcorticais (CARDOSO, SOBRINHO, 2004).

Túbulo renal: seu início na cápsula glomerular e seu fim no tubo coletor, especificamente o local onde termina a estrutura funcional renal. Esse tubo renal apresenta um estreitamento no seu início chamado colo, que vai se tornando em formato contorcido na medida em que passa na chamada substância cortical, também conhecida como túbulo contorcido, na medida proximal. Entrando, na substância medular o tubo se torna retilíneo e com aspecto mais fino, como o ramo descendente da alça de Henle. Em seguida acontece uma curvatura com mais volume antes de tornasse novamente tortuoso por fim desemborcando nos túbulos retos (CARDOSO, SOBRINHO, 2004).

Vasos renais: sua função é irrigar os rins através das artérias renais tendo origem nos ângulos da aorta abdominal calibrosa. Apresenta o hilo renal que se divide em dois ramos iniciais que variam, também, não necessariamente sendo dois, divididos em anterior com proporções maiores e posteriormente em menor proporção de calibre, especialmente na metade anterior e na metade posterior. Na metade do rim, ocorre uma divisão no interior do seio renal com a finalidade de atingir as frentes dos cálices nas partes posteriores e anteriores, para seguir e ter sua inserção entre os

espaços curtos nas pirâmides localizadas nos rins em seguida desse processo irão ser denominadas de artérias interlobulares formando um arco ao chegarem na base da pirâmide renal por curvaturas por causa disso são chamados de artérias arqueadas (CARDOSO, SOBRINHO, 2004).

As artérias já denominadas de arqueadas promovem novos ramos em muita quantidade para o córtex renal, assim finalizando nas artérias interlobulares que por sua vez ao percorrer esse caminho produzindo a emissão de uma porção de arteríolas aferentes que por fim iriam formar a unidade morfofuncional do rim chamada de glomérulos (CARDOSO, SOBRINHO, 2004).

Pedículo renal: são vasos-nervosos que tem sua inserção e saída nos hilos e também na pelve renal, responsável por formarem o pedículo renal com sua localização situada no retroperitônio tendo as principais estruturas como a veia é ventral, com uma artéria no centro e a pelve renal junto a dorsal, de forma caudal com inserções de artérias e veias que tem a peculiaridade de frequentemente ser encontradas nas partes posteriores da pelve nos rins (CARDOSO, SOBRINHO, 2004).

Pelve renal, cálices renais maiores e menores

Com sua localização inicial nos seios renais, as veias excretoras são conectadas em uma grande quantidade de tubos curtos denominados cálices maiores, já os cálices menores são responsáveis para juntar-se em um aglomerado no qual iram dar início na formação dos cálices renais maiores. Esses cálices maiores unidos vão formar, em formatos afunilados, o que chamamos de pelve renal, ficando estreitada ao longo de seu corpo, e assim irá ligar o rim a bexiga (SANTOS, QUINTANS, 2012).

Cálices renais maiores: Os cálices maiores ficam abertos ao encontra o ventre da pelve renal, onde ficam localizados tem a sua quantidade de dois ou três com poucos casos de mais de 5 tendo o tamanho em até 18cm (Santos, Quintans, 2012).

Cálices renais menores: Estruturas com formação similar a taça ficando localizadas nos rins são tubos de membranas curtos, responsáveis por revestir a papila renal denominados de caliciformes, tem o papel de ser afunilados para unir as papilas renais tem a sua quantidade em média até 10 e assim unindo-se as extremidades medial para formação dos cálices renais maiores (SANTOS, QUINTANS, 2012).

Pelve renal: localizado parcialmente metade dentro do rim e outra metade na porção exterior, que passa pelo processo de estreitamento e unir-se ao ureter que irá fazer à conexão a bexiga que é o órgão responsável pelo armazenamento da urina (SANTOS, QUINTANS, 2012).

Má formação renal

Ectopia renal: Denominada de malformação congênita a ectopia ocorre quando a uma deslocação muito proeminente e assim acentua de forma alterada a composição em contrapartida a homeostasia renal acontece no período intrauterino evidenciado pela localização anatômica anormal também pode apresentar fixação ou apenas deslocamento não fixado o que podemos chamar de rim flutuante (CHOUKROUN ET AL, 2012).

Ptose renal: Também é chamada de nefroptose e uma alteração patológica que será adquirida proporcionando a descida do rim por danos causados nas estruturas responsáveis por a fixação do rim na parede abdominal posterior fazendo que este órgão movimenta ao redor da cavidade e dos tecidos denominando a expressão de rim móvel (Barbosa et al, 2018).

Agenesia renal: caso raro de acontecer evidenciado por falta de um ou dos dois rins incluindo a ureter por fazer parte do sistema renal (FARIAS ET AL, 2013).

Hipoplasia renal: desenvolvimento insuficiente de um dos rins que sofre atrofia, entretanto o rim não afetado desenvolve mais para cobrir a falta do rim prejudicado (Cardoso, Sobrinho, 2004).

Rim em ferradura: Caso em que os rins são formados unidos ou colados um ao outro com prevalência através dos polos inferiores ocorrendo casos em que os dois rins são unidos completamente promovendo o formato de disco (CARDOSO, SOBRINHO, 2004).

Rim policístico: A doença é um distúrbio hereditário que ocorre no feto e pode ser acompanhada na vida adulta trata-se de bolsas cheias de líquidos os chamados cistos podendo atingir os dois rins no qual iram sofre alterações de tamanhos com a presença de mais tecidos com pouco ou nenhum funcionamento (FUNG, 2023).

2.5. Doenças e problemas no sistema renal que causam dependências da hemodiálise

A nefropatia diabética, nefroesclerose hipertensiva, síndromes metabólicas, variáveis em glomerulopatias, diabetes tipos 2, e a hipertensão, são as mais relevantes para ocorrer complicações e lesões renais (O'BRIEN, 2023).

As decorrências dessas doenças provocam a diminuição da função renal impedindo a homeostase de líquidos e eletrólitos diminuindo também a quantidade de urina produzida podemos citar a diminuição também de excreção de fosfatos como os ácidos e pistácio acumulando em acesso no sistema circulatório sendo uma alteração significativa na taxa filtrada nos glomérulos perdendo a capacidade parcial ou total de urina não correspondendo ao volume de ingestão de líquidos sendo a urina costumeiramente em 300 mOsm/kg em relação ao plasma de 275 a 295 mOsm/kg (MALKINA, 2023).

Creatina e ureia são substâncias encontradas no plasma sendo ligada a filtração glomerular que irá apresentar um aumento hiperbólico na média que o RFC apresenta diminuição com poucas alterações de início com o aparecimento de manifestações sistêmicas os números de creatinina e também de ureia ficam elevados provocando marcadores levando o aparecimento sintomas (MALKINA, 2023).

Sódio e água mesmo com a baixa no RFG, a quantidade de sódio e água permanecem em homeostase devido a elevação dos níveis de líquidos contendo sódio evidenciando a ação causada pela sede onde o indivíduo irá consumir a ingestão de água promovendo a concentração normal dos níveis de sódio circulantes no plasma favorecendo a ausência de hipervolemia podendo ter a reversão se a quantidade de sódio e de água for ingerida em menor quantidade (MALKINA, 2023).

Potássio é uma das substâncias com controle através do néfron distal sendo o exemplo o potássio mantendo os níveis no plasma na normalidade, porém em casos de insuficiência renal crônica avançados ou em alimentação com grandes concentrações de potássio (Malkina, 2023).

Cálcio e fosfato quando ocorre o caso de diminuição no débito urinário podem acometer em alterações dos níveis de cálcio e níveis de fosfato que irão trazer problemas como hiperfosfatemia. Outro problema que irá acarretar é o hiperparatireoidismo o que levará a insuficiência renal (MALKINA, 2023).

Osteodistrofia renal é a deficiência de calcitriol devido a hiperparatireoidismo com fosfato sérico elevado com a presença de cálcio baixo, que tem a finalidade de renovar o osso com alimento decorrente de doença óssea causada por hiperparatireoidismo com a apresentação reversa desse quando ao invés de alimentar vai diminuir a renovação óssea (MALKINA, 2023).

O pH e bicarbonato mais comumente conhecida como a acidose metabólica moderada em média apresentada com os níveis de bicarbonato no plasma em 15 até 20 mmol/l que irão prejudicar na perda de massa muscular, emagrecimento, pela desassimilação de proteínas com perda óssea através do tamponamento do ácido causando o adiantamento das doenças renais precocemente (MALKINA, 2023).

Anemia causada por insuficiência renal tem sua principal característica à ação moderada e avançada com a presença de

hemácias normais com a coloração celular normalmente quando temos uma diminuição na massa renal e na sua funcionalidade vai levar a anemia entre outras causas também responsáveis (MALKINA, 2023).

Diálise e hemodiálise.

Na ineficiência dos rins o paciente passa pelo processo que substitui suas funções morfofuncionais do trato urinário chamado de diálise, no qual é um procedimento artificial que serve para eliminar os resíduos junto com a quantidade de líquidos no corpo. Nos casos mais comuns que levam as pessoas a necessitar de diálise está relacionado à lesão renal aguda, neste caso a uma piora na função renal com mais rapidez, quando os rins perdem sua funcionalidade de forma lenta e progressiva e identificada como doença renal crônica também conhecida insuficiência renal crônica (Borges et al, 2018).

Para o procedimento são usados dois tipos de hemodiálise e diálise peritoneal (Alves et al, 2016). Na hemodiálise o sangue é removido por meio de uma máquina para fora do corpo chamado de dialisador ou rim artificial, essa máquina vai fazer a remoção dos resíduos metabólicos presentes no sangue não eliminados de forma natural e logo após devolve o mesmo sangue limpo para a corrente sanguínea do paciente. Esse processo é feito por meio de um acesso repetido na veia, mas também pode ser feito com um cateter intravenoso em uma veia de grande calibre geralmente usando a fístula arteriovenosa, união da artéria radial com a veia cefálica no antebraço, que é feita em cirurgia para a agilidade do acesso ao longo prazo (Borges et al, 2018).

Durante esse processo o medicamento usado para evitar a coagulação e a heparina o que evita a coagulação do sangue no dialisador assim os líquidos são separados do sangue por uma membrana porosa criada artificialmente eliminando os eletrólitos e demais resíduos do sangue do paciente já que o dialisador tem pequenos micros polos não capazes de filtrar as células sanguíneas

junto com as proteínas de maior tamanho fazendo assim que as propriedades saudáveis permaneçam no sangue e retornem para a circulação arterial da pessoa. Esse processo pode levar entre três a cinco horas sendo que na maioria dos casos os pacientes diagnosticados com a doença renal crônica passam por esse mesmo procedimento em até 3 vezes na mesma semana (FERREIRA ET AL, 2022).

A hemodiálise pode causar efeitos colaterais durante e após o procedimento com sintomas de pressão arterial baixa, espasmos musculares, náuseas, cefaleia, pode também desenvolver síndromes das pernas inquietas com dor no peito e no dorso, coágulos e fístula, sangramento e dilatação (MOURA ET AL, 2008).

Diálise peritoneal é outro procedimento usado na diálise para o tratamento de complicações graves nos rins por problemas renais, nesse procedimento é utilizado o peritônio através de uma membrana natural e permeável onde ficam localizados água e solutos que contrapartida a hemodiálise a diálise peritoneal pode ser menos fisiologicamente desgastante tem a vantagem de não requerer acesso venoso, e feito na residência do paciente permitindo uma melhor flexibilidade (HECHANOVA, 2022).

Esse procedimento requer comprometimento do dialisado no qual precisa efetuar a manutenção da técnica de forma estéril, esse processo ocorre lentamente comparado a hemodiálise, pois o total do fluxo de sangue esplênico em repouso é de 1.200 ml/minuto sendo assim apenas 70ml/minuto reduzindo o equivalente equilibrado de soluto. A técnica é feita através do cateter de tenckhoff posicionado no espaço peritoneal no qual fica em um período e logo após é drenada a técnica de bolsa dupla o líquido drenado é transmitido para o abdome através de uma bolsa para em seguida ser infundido em outra bolsa já na cavidade peritoneal sendo feito de forma manual ou através de aparelhos automáticos (Hechanova, 2022).

O cateter usado na diálise peritoneal é um acesso intraperitoneal, sendo de silicone ou emborrachado e macio mais

também e utilizado em alguns casos o cateter poroso de poliuretano também é usado. A implantação é feita beira leito ou pode ser introduzido em sala de cirurgia na maioria das partes desses cateteres se aderem à pele através do poliéster permitindo o crescimento de tecido para dentro da cavidade pré-peritoneal o que vai promover a selagem para evitar a passagem de água e impermeável contra bactérias (Costa et al, 2003).

As medidas de uso visam que o período a ser aguardado entre a implantação e o uso deve ser de 10 a 14 dias assim promovendo uma melhor cicatrização para assim evitar possíveis vazamentos entre redor da inserção do cateter (NETO, 2014).

2.7. Hemodiálise e adaptação do paciente.

A doença é um fator que impede a harmonia do doente e dos familiares com a qualidade de vida em diversas áreas como, lazer e socialização com o meio externo, provocando prejuízos emocionais e desqualificação no mercado de trabalho no qual irá provocar prejuízos econômicos ao doente e a família nos diversos campos da saúde a equipe multiprofissional mostrou que trabalhando em equipe tem vantagens para o paciente com mais chances de recuperação e em casos terminais da doença pode proporcionar conforto a família e ao enfermo (RUDNICKI, 2014).

As doenças crônicas provocam desequilíbrio ao paciente tornando incapazes de ter sua autonomia financeira, de futuro e prospecção dos seus objetivos e o que ocorre com os pacientes com doença renal crônica e que necessitam do tratamento da hemodiálise. A doença renal crônica é definida em um quadro de patologia permanente o que requer uma recuperação e tratamento diários o que pode levar a outras patologias como a ansiedade e depressão, a doença renal crônica (DRC), e a perda severa das funções renais provocando o acúmulo de substâncias no organismo como, por exemplo, a ureia e a creatina (RUDNICKI, 2014).

Na fase terminal no qual os rins não suprem mais a filtração de substâncias, a única solução viável para manter a continuação da

vida, o paciente deve ser submetido a diálise e hemodiálise o que torna um quadro de problema de saúde reconhecido mundialmente. No tratamento o paciente pode passar por complicações físicas com sintomas de dor, náuseas, câimbras, vômitos, dispnéia e até diarreia, prejudicando ainda mais o quadro de sofrimento a quantidade de medicação obrigatória durante o tratamento que pode trazer ainda mais complicações por promover ou não qualidade e eficácia na melhora da pessoa com doença renal crônica. A doente precisa se adaptar às novas condições imposta a eles para que suportem o processo doloroso o que pode ser uma fase difícil de conciliar com as funções do cotidiano com mudanças drásticas nas suas rotinas diárias e as alterações no organismo tanto acostumar-se com os sintomas causados no tratamento e outros sintomas desencadeados de forma secundária como a questões no psicológico e na vida social (RUDNICKI, 2014).

Por isso é fundamental o apoio da equipe em saúde para ajudar o paciente a enfrentar o processo longo de tratamento contra a doença sendo o enfermeiro um dos componentes indispensáveis para a continuidade da qualidade de vida na medida do possível promovendo o acompanhamento nos cuidados paliativos nas unidades de diálise e hemodiálise (ALVES ET AL, 2020).

Como a máquina opera

A máquina de hemodiálise funciona como um rim artificial, removendo resíduos e excesso de líquidos do sangue quando os rins do paciente não conseguem fazer isso eficientemente. O processo envolve várias etapas fundamentais. Primeiro, é necessário obter acesso ao sistema circulatório do paciente através de uma fístula arteriovenosa, um enxerto ou um cateter, permitindo que o sangue seja movido através da máquina de hemodiálise (Fresenius Medical Care, 2023).

Logo em seguida uma bomba na máquina de hemodiálise move o sangue do corpo do paciente para o dialisador, também conhecido como "rim artificial", mantendo o fluxo do sangue controlado durante o tratamento. No dialisador, o sangue flui por um lado de uma membrana semipermeável, enquanto uma solução de diálise (ou dialisato) flui pelo lado oposto. Esta membrana permite a troca seletiva de substâncias entre o sangue e o dialisato. Resíduos, toxinas e excesso de fluidos passam do sangue para o dialisato, enquanto eletrólitos e outras substâncias podem ser adicionados ao sangue conforme necessário (Fresenius Medical Care, 2023).

Além da difusão de resíduos e eletrólitos, um processo chamado ultrafiltração remove o excesso de fluidos do sangue. Isso é conseguido aplicando uma pressão diferencial através da membrana, forçando o fluido a sair do sangue para o dialisato. Durante a hemodiálise, a máquina monitora continuamente vários parâmetros críticos, como a pressão do sangue, o fluxo do sangue, e a composição do dialisato, ajustando-os conforme necessário para garantir a segurança e a eficácia do tratamento. Após a limpeza, o sangue é devolvido ao corpo do paciente através do acesso vascular. O processo de hemodiálise geralmente é realizado em um centro de diálise ou hospital, durando cerca de 3 a 5 horas e sendo feito três vezes por semana, embora a frequência e a duração possam variar de acordo com as necessidades individuais do paciente (Fresenius Medical Care, 2023).

2.9. Cuidados de enfermagem

O cuidado de enfermagem a pacientes em hemodiálise envolve uma abordagem holística e meticulosa, focando não apenas nos aspectos técnicos do tratamento, mas também no bem-estar físico, emocional e social do paciente. Em primeiro instante deve-se realizar uma avaliação abrangente do estado do paciente antes de cada sessão de hemodiálise. Isso inclui verificar sinais vitais, peso (para calcular a remoção de fluidos necessária), acesso vascular e avaliar qualquer queixa ou alteração no estado de saúde. É importante

também a manutenção de um acesso vascular adequado. Isto inclui a inspeção do local de acesso antes e após a hemodiálise, a utilização de técnicas assépticas para evitar infecções e a monitorização de sinais de complicações, como infecção ou trombose (Oliveira, Silva, 2022).

Durante a hemodiálise é importante que o enfermeiro monitore cuidadosamente os sinais vitais, bem como quaisquer sintomas de desequilíbrio hidroeletrólítico, hipotensão ou mal-estar do paciente, ajustando a terapia conforme necessário em colaboração com a equipe de saúde. Após a sessão de hemodiálise é indispensável verificar os sinais vitais do paciente (pressão arterial, frequência cardíaca, respiração) e comparar com os valores pré-dialíticos para identificar quaisquer alterações significativas. Pesquisar o paciente para calcular a perda de fluido durante a sessão e avaliar se o objetivo de remoção de fluido foi alcançado. Isso é importante para ajustar o volume de fluido a ser removido na próxima sessão (Oliveira, Silva, 2022).

Hemodiálise e possíveis complicações

A hemodiálise é um procedimento vital para pacientes com insuficiência renal, mas pode apresentar complicações que precisam ser consideradas. Uma das preocupações é a hipotensão, que pode ocorrer devido à rápida remoção de fluidos durante o tratamento. Além disso, as câibras musculares são comuns devido à perda de eletrólitos. Infecções também são uma preocupação, já que a inserção de equipamentos pode introduzir germes no corpo. Coágulos sanguíneos podem se formar nos acessos vasculares utilizados, aumentando o risco de complicações graves. Reações alérgicas aos materiais usados na diálise também podem ocorrer. Fadiga é outra complicação, muitas vezes causada pela remoção excessiva de toxinas do corpo. Finalmente, desequilíbrios nos eletrólitos podem levar a problemas como arritmias cardíacas e fraqueza muscular. Essas complicações destacam a importância de

monitorar de perto os pacientes durante a hemodiálise e tomar medidas para prevenir e gerenciar esses riscos (Nascimento, Marques, 2005).

É preciso administrar medicamentos conforme prescrito, especialmente aqueles relacionados ao tratamento de doenças renais, como agentes eritropoiéticos, e monitorar os efeitos colaterais. Deverá ainda fornecer informações detalhadas sobre a doença renal, o processo de hemodiálise e a importância da adesão ao tratamento, incluindo dieta e restrição de fluidos, medicamentos e cuidados com o acesso vascular. O enfermeiro desempenha um papel fundamental na equipe de cuidados de saúde, oferecendo suporte contínuo, educação e intervenções adequadas para garantir que o tratamento de hemodiálise seja o mais eficaz e confortável possível para o paciente (Nascimento, Marques, 2005).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Mediante a complexidade do tratamento de hemodiálise e da importância do profissional enfermeiro na prestação dos cuidados é evidente a relevância desta pesquisa. O enfermeiro especializado nesse tipo de tratamento é fundamental para a garantia de um cuidado de qualidade e eficácia durante todo o tempo de tratamento para prolongar a vida e ofertar qualidade cotidiana aos pacientes em hemodiálise.

Durante o decorrer deste trabalho, ficou evidente que os cuidados prestados pelos enfermeiros têm uma importância além das técnicas usadas para realizar os procedimentos. Com uma abordagem holística o profissional pode considerar o paciente não apenas por suas necessidades físicas mais também as emocionais e sociais. Ter empatia e saber ofertar com qualidade o acolhimento podem ser tornar a base fundamental e indispensável para os enfermeiros estabelecer laços com os pacientes de confiança e assim poder promover bem-estar e saúde aos pacientes.

Ademais, é imperativo ressaltar que o enfermeiro que disponibiliza a educação em saúde para os pacientes usam-se de uma ferramenta eficaz na promoção da autonomia aos dialisado é evitar maiores complicações mediante tratamento não apenas capacitar os pacientes mas é indispensável a educação em saúde para a família sobre o manejo da condição patológica e mental dos seus entes queridos dentro e fora do ambientes hospitalares e assim contribuir significativamente em uma melhor adaptação no tratamento e posteriormente melhor qualidade de vida.

Neste estudo, foi identificado a necessidade de investimento em pesquisas que tenham o foco principal no aprimoramento aos cuidados de enfermagem com pacientes em tratamento de hemodiálise. Com novas tecnologias com foco centrado no paciente para assim trazer benefícios efetivos na prática clínica e para garantir qualidade de vida dos pacientes.

Em resumo, a enfermagem é indispensável para o tratamento dos pacientes portadores de doenças renais crônicas em tratamento de hemodiálise. Constituindo a promoção em saúde, prevenção de pioras e desempenhar um papel importante na qualidade de vida. Tendo o embasamento da importância deste estudo espera-se que ele possa ser usado como ferramenta de estudos e reflexão no aprimoramento contínuo das práticas dos enfermeiros neste processo complexo.

REFERÊNCIAS

ALVARES, L. H.; CICONELLI, M. I. R. DE O. O trabalho da enfermeira na unidade de hemodiálise. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 27, n. 4, 10 1974. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/scPXS8HCtzzVg3YF4wgsTRL/?lang=pt#>. Acesso em: 7 de fevereiro de 2024.

ALVES, A. K. E S.; COSTA, C. B. E S.; COSTA, I. DE M.; CUNHA, K. R. F.; DO NASCIMENTO, W. DE O.; FERREIRA, E. M. N.; FERREIRA, S. E. N.; FONTENELE, N. F.; LIMA, M. N.; LOPES, T. G. DO N.; MANGUEIRA, C. C.; MENDES, J. L.; OLIVEIRA, A. C.; ROCHA, A. S. C.; SOARES, A. H. S.; SOUSA,

C. K. L. O papel do enfermeiro no cuidado ao paciente em tratamento hemodialítico. 2020. Disponível em: https://www.mastereditora.com.br/periodico/20200606_164826.pdf.

Acesso em: 16 de março de 2024.

ALVES, C. A.; BUCUVIC, E. M.; DIAS, D. B.; MENDES, M. L.; PONCE, D. DP como primeira opção de tratamento dialítico de início não planejado. 2016. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/jbn/a/KBqWR6jC3JsG6ZVLtzcVhJM/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 3 de maio de 2024.

BARBOSA, N.; FERNANDES, J. P.; FRAGA, A.; GOMES, M.; OLIVEIRA, M.; PRÍNCIPE, P.; TEVES, F. Ptose Renal. Para onde caminha o diagnóstico e tratamento desta rara patologia nos dias de hoje? A propósito de um caso clínico. Disponível em:

https://opurologia.pt/wp-content/uploads/2018/10/ptose_renal.pdf.

Acesso em 10 de março de 2024.

BEVILACQUA, J. L.; COSTA, J. A.; JÚNIOR, F. M.; LINARDI, F.; LINARDI, F. DE F.; MORAD, J. F. M. Acesso vascular para hemodiálise: avaliação do tipo e local anatômico em 23 unidades de diálise distribuídas em sete estados brasileiros. 2003. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rcbc/a/VTKN6fztwnT4cs8q6sc8DMD/#>. Acesso em: 20 de março de 2024.

BORGES, Z. N.; DOS SANTOS, V. F. C.; LIMA, S. O.; REIS, F. P. Percepções, significados e adaptações à hemodiálise como um espaço liminar: a perspectiva do paciente. 2018. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/icse/a/Kwgz6xpT8tQKPpSXDwt6r6s/#>. Acesso em: 30 de abril de 2024.

CHOUKROUN, G.; GOMES, D. M.; KUBRUSLY, M.; OLIVEIRA, C. M. C.; SANTOS, D. C. DE O. Ectopia renal cruzada com fusão: Relato de dois casos e revisão da literatura. 2012. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/jbn/a/fWZpnY54bmwQFp4Pf5bQcXL/#>. Acesso em: 05 de março de 2024.

DE MOURA, R. M. F.; DE SOUSA, L. A.; SILVA, F. C. R.; RIBEIRO, G. M. Efeitos do exercício físico durante a hemodiálise em indivíduos com insuficiência renal crônica: uma revisão. 2008. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/fp/a/zysLLZy3kLWHkVcvS5Q9pQH/#>. Acesso em: 14 de maio de 2024.

DE OLIVEIRA, L. V.; FERREIRA, S. O. S.; KHOURID, N. DE A.; MELLO, B. A. Uso de heparina versus citrato em cateter de hemodiálise: uma revisão sistemática. 2022. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2023/02/1415222/rbsp_v46supl1_8_3788.pdf. Acesso em: 10 de maio de 2024.

FARIAS, L. DE P. G.; MARANHÃO, C. P. DE M.; MIRANDA, C. M. N. R.; PADILHA, I. G.; SANTOS, C. J. J. Anomalias congênitas do trato urinário superior: novas imagens das mesmas doenças. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rb/a/CGcx3dmPThWXTDrvQWFRvKw/#>. Acesso em: 27 de março de 2024.

FRESENIUS MEDICAL CARE. Como é feita a hemodiálise?. Disponível em: <https://www.freseniusmedicalcare.com.br/pt-br/noticia/como-e-feita-a-hemodialise>. Acesso em: 17 de abril de 2024.

FUNG, E. Doença renal policística (DRP). Loma Linda University School of Medicine. Disponível em: <https://www.msdmanuals.com/pt-br/casa/dist%C3%BArbios-renais-e-urin%C3%A1rios/doen%C3%A7as-renais-c%C3%ADsticas/doen%C3%A7a-renal-polic%C3%ADstica-drp>. Acesso em: 04 de abril de 2024.

HECHANOVA, L. A. Diálise peritoneal. Texas Tech University Health Sciences Center, El Paso. 2022. Disponível em: <https://www.msdmanuals.com/pt-br/profissional/dist%C3%BArbios-genitourin%C3%A1rios/tratamento-de-substitui%C3%A7%C3%A3o-renal/di%C3%A1lise-peritoneal?query=di%C3%A1lise%20peritoneal>. Acesso em: 15 de maio de 2024.

O'BRIEN, F. Nefropatia diabética. Washington University in St. Louis. 2023. Disponível em: <https://www.msdmanuals.com/pt-br/profissional/dist%C3%BArbios-genitourin%C3%A1rios/doen%C3%A7as-glomerulares/nefropatia-diab%C3%A9tica>. Acesso em: 06 de abril de 2024.

QUINTANS, L. J.; SANTOS, M. R. V. DOS. Fisiologia do sistema urinário. Disponível em: https://cesad.ufs.br/ORBI/public/uploadCatalogo/15183416022012Fisiologia_Basica_aula_10.pdf. Acesso em: 23 de fevereiro de 2024.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO. Departamento de Anatomia. Apostila Sistema Urinário. 2004. Disponível em: <https://www.ufpe.br/documents/418085/2723995/Apostila+Sistema+Uri>

nario+Departamento+Anatomia+UFPE+%282004%29.pdf/28edb6fd-2869-4997-94cd-c74d5fb5e132. Acesso em: 17 de fevereiro de 2024.

MALKINA, A. Doença renal crônica. University of California, San Francisco, 2023. Disponível em: <https://www.msdmanuals.com/pt-br/profissional/dist%C3%BArbios-genit%C3%A1rios/doen%C3%A7a-renal-cr%C3%B4nica/doen%C3%A7a-renal-cr%C3%B4nica>. Acesso em: 25 de abril de 2024.

MARQUES, I. R.; NASCIMENTO, C. D. Intervenções de enfermagem nas complicações mais frequentes durante a sessão de hemodiálise: revisão da literatura. 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/Dv8zLGgkgXRbK38D7k8yhjs/#>. Acesso em: 28 de março de 2024.

NETO, I. P. DA N. Perfil bacteriológico da secreção do óstio do cateter de longa permanência em pacientes submetidos à hemodiálise. 2014. Disponível em: <https://repositorio.ufpb.br/jspui/bitstream/123456789/885/7/IPNN24022015.pdf>. Acesso em: 20 de abril de 2024.

RUDNICKI, T. Doença renal crônica: vivência do paciente em tratamento de hemodiálise. 2014. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/cclin/v7n1/v7n1a11.pdf>. Acesso em: 26 de fevereiro de 2024.

Sobre as autoras e autores

Alderise Pereira da Silva Quixabeira
Doutoranda em Educação na
Amazônia, Mestra em Ensino em
Ciências e saúde (UFT).

Ana Beatriz Gomes da Silva Chaves
Especialista em saúde de família e
comunidade (FESP/ULBRA)

Ana Paula Machado Silva
Doutoranda em Educação na
Amazônia, Mestra em Ensino em
Ciências e saúde (UFT).

André de Melo Santos
Doutor em Sociologia (UFG)

Andrey Viana Gomes
Mestra em Ensino em Ciências e
saúde (UFT)

**Antônia Cleidiane Sousa de Araújo
Silva**
Graduação em Enfermagem
(UNITOP)

Aragoneide Martins Barros
Mestra em Educação (UFT)

Benildo Silva de Brito
Graduação em Enfermagem (FAPAL)

Beatriz Souza Paranhos
Especialista em saúde de família e
comunidade (FESP/ULBRA)

Bruna Bandeira Marinho
Graduação em Enfermagem
(UNISULMA)

Caio Vinícius Freitas de Alcântara
Mestrando em Educação Física
(UFT)

Denise Ieda Lima de Brito

Graduação em Enfermagem (UFMA)

**Dara Cristina Cunha Moura
Lima**
Graduação em Enfermagem
(UNITOP)

Diogo Amaral Barbosa
Mestre em Ensino em Ciências e
saúde (UFT).

Eliane dos Reis Barbosa
Graduação em Enfermagem
(UNITOP)

Elisane Barros de Sousa
Mestra em Serviço Social (UFT).

Fabrício Bezerra Eleres
Doutorando em Educação na
Amazônia (UFT)

Flávia Lima Vieira
Graduação em Enfermagem
(UNITOP)

Grazielly Rodrigues de Oliveira
Graduação em Enfermagem (FAPAL)

Haroldo Soares de Almeida
Graduado em Sistemas para
internet (IFTO)

Ingrid Rodrigues Araújo
Graduação em Enfermagem (FAPAL)

Janeide Pereira Costa
Mestrado em Gestão Ambiental
(USC)

**João Carlos Vieira Gualberto da
Silva**
Graduação em Enfermagem
(UNITOP)

- João Gabriel Soares de Araújo**
Especialização em Saúde pública
- Larissa Matos de Alencar Silva**
Graduação em Enfermagem (FAPAL)
- Lívia Barbosa Pacheco Souza**
Especialista em Gestão Pública de Saúde e em Saúde da Família (UNILAB)
- Luciana Fagundes Bastos de Carvalho**
Especialista em Psicopedagogia (UFRJ)
- Luan Pereira Lima**
Mestre em Ensino em Ciências e saúde (UFT).
- Luan Sales Elias**
Especialização em Urgência Emergência e Unidade de Terapia Intensiva (YPOS)
- Marlon Santos de Oliveira Brito**
Doutorando em Educação na Amazônia, Mestre em Educação (UFT)
- Maria do Socorro Silva**
Mestre em Demandas Populares e Dinâmicas Regionais (UFT)
- Maria Lucivane Soares da Silva**
Graduação em Enfermagem (UNITOP)
- Maurício Aires Vieira**
Doutores em Educação (UFT)
- Ozirene Santos Moraes**
Graduação em Enfermagem (Anhanguera)
- Paula Rodrigues Barbosa de Freitas**
Mestra em Saúde Família (UFT)
- Paula Mayra Moreira de Sousa Silva**
Graduação em Enfermagem (UNITOP)
- Quedma de Sousa Farias**
Graduação em Enfermagem (Anhanguera)
- Rhavena Thaís Silva Oliveira**
Mestra em Ensino em Ciências e saúde (UFT)
- Rosirene Jorge da Silva e Souza**
Especialização em Gestão (UCB)
- Ruhena Kelber Abrão**
Doutor em Educação em Ciências, Química da Vida e Saúde (UFRGS)
- Ryan Pereira Lima Barros**
Especialista em saúde de família e comunidade (FESP/ULBRA)
- Sandra Franklin Rocha Viana**
Mestra em Ciências do Ambiente (UFT)
- Samilla Silva Alecrim**
Graduação em Enfermagem (UNITOP)
- Thiago Oliveira Sabino De Lima**
Mestre em Ensino em Ciências e saúde (UFT).
- Vitor Pachelles Lima Abreu**
Mestra em Ensino em Ciências e saúde (UFT).
- Vitória Miryan Andrade Pires**
Graduação em Enfermagem (Fapal)
- Vivian Celine Silva Ferreira**
Especialização em Enfermagem (UNISULMA)

Sobre os organizadores

Ruhena Kelber Abrão



RUHENA KELBER ABRÃO

Professor Adjunto IV na Universidade Federal do Tocantins (UFT), Coordenador e Professor do Mestrado Profissional em Educação Física e do Doutorado em Educação na Amazônia. Coordena o Centro de Formação, Extensão, Inovação e Pesquisa em Educação, Lazer e Saúde (CEPELS) e atua como Presidente da Editora Universitária da UFT (EdUFT). Possui 12 anos de experiência na Educação Básica antes de ingressar no Ensino Superior em 2008. Atua nas áreas de docência e gestão com foco na Educação e Saúde e Lazer;lh, pHYsical activity oBr.

