

+ Debates Interdisciplinares em Saúde

+
Volume 02



Periodicojs
EDITORA ACADÊMICA

EXCELÊNCIA
CONSULTORIA E MENTORIA

Debates Interdisciplinares em Saúde

Volume 02




Periodicojs
EDITORA ACADÊMICA


EXCEIÊNCIA
CONSULTORIA E MENTORIA

Equipe Editorial

Abas Rezaey
Carolina Rodríguez Bejarano
Catarina Sales Barbas de Oliveira
Consuelo Fernanda Macedo de Souza
Eduardo José Ramón Llugdar
Eudaldo Enrique Espinoza Freire
Evandro Gomes da Silva Junior

Filipe Lins dos Santos
Flor de María Sánchez Aguirre
Jorge Guillermo Olveda García
Josefina de la Cruz Izquierdo
Mar Aguilera Vaqués
Maria Bernadete de Sousa Costa
Morgana Maria Souza Gadelha de Carvalho,
Natalia Caicedo Camacho
Patrício José de Oliveira Neto
Seyed Naser Mousavi
Viktor Koval

Projeto Gráfico, editoração e capa

Editora Acadêmica Periodicojs

Idioma

Português

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

| | |
|------|--|
| D286 | Debates interdisciplinares em saúde- volume 2. / Filipe Lins dos Santos. (Editor) – João Pessoa: Periodicojs editora, 2022. E-book: il. color. E-book, no formato ePub e PDF. Inclui bibliografia ISBN: 978-65-89967-42-2 1. Saúde. 2. Educação em saúde. 3. Debates. 4. Profissional da saúde. I. Santos, Filipe Lins dos. II. Título. |
|------|--|

CDD 610

Elaborada por Dayse de França Barbosa CRB 15-553

Índice para catálogo sistemático:

1. Ciências da Saúde: estudos 610

Obra sem financiamento de órgão público ou privado

Os trabalhos publicados foram submetidos a revisão e avaliação por pares (duplo cego), com respectivas cartas de aceite no sistema da editora.

A obra é fruto de estudos e pesquisas da seção Debates Interdisciplinares em Saúde da Coleção de livros Estudos Avançados sobre Saúde e Natureza



Periodicojs
EDITORA ACADÊMICA

Filipe Lins dos Santos
Presidente e Editor Sênior da Periodicojs

CNPJ: 39.865.437/0001-23

Rua Josias Lopes Braga, n. 437, Bancários, João Pessoa - PB - Brasil
website: www.periodicojs.com.br
instagram: [@periodicojs](https://www.instagram.com/periodicojs)

Prefácio



A coleção de ebooks intitulada de Estudos Avançados em Saúde e Natureza tem como propósito primordial a divulgação e publicação de trabalhos de qualidade nas áreas das ciências da saúde, exatas, naturias e biológicas que são avaliados no sistema duplo cego.

Foi pensando nisso que a coleção de ebooks destinou uma seção específica para dar ênfase e divulgação a trabalhos de professores, alunos, pesquisadores e estudiosos das áreas das ciências da saúde. O objetivo dessa seção é unir o debate interdisciplinar com temas e debates específicos da área mencionada. Desse modo, em tempos que a produção científica requer cada vez mais qualidade e amplitude de abertura para diversos leitores se apropriarem dos estudos acadêmicos, criamos essa seção com o objetivo de metodologicamente democratizar o estudo, pesquisa e ensino na área da ciências da saúde.

Esse novo volume busca divulgar trabalhos submetidos a nossa seção Debates Interdisciplinares em Saúde que foi formada por resumos expandidos que abordam diversos temas das ciências da saúde e foi organizada pela Excelência consultoria e mentoria.

Esse novo volume reúne diversos artigos rigorosamente avaliados e de extrema credibilidade científica e acadêmica para a sociedade. Desejamos que todos os leitores que façam um excelente proveito para aprofundamento teórico e crescimento pessoal por meio dos estudos publicados.



Debates Interdisciplinares em Saúde

Filipe Lins dos Santos

Editor Sênior da Editora Acadêmica Periodicojs



Sumário



Capítulo 1

FERIDAS CRÔNICAS E OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM: APONTAMENTOS TEÓRICOS

8

Capítulo 2

UTI NEONATAL CUIDADOS MULTIPROFISSIONAL À LUZ DA LITERATURA

15

Capítulo 3

SAÚDE DA MULHER INDÍGENA: REFLEXÕES TEÓRICAS

24

Capítulo 4

POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE DA CRIANÇA: PRINCIPAIS ACHADOS

31

Capítulo 5

IDOSO E O CUIDADO INTEGRAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

39



Capítulo 6

GRUPOS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE: BENEFÍCIOS PARA OS USUÁRIOS

48

Capítulo 7

O CUIDADO EM SAÚDE DA CRIANÇA E A IMPORTÂNCIA DO ACOMPANHAMENTO DA
PUERICULTURA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

54

Capítulo 8

INDICADORES DE SAÚDE: AVALIAÇÃO E DESEMPENHO NA PERSPECTIVA DO CUIDAR

61

Capítulo 9

SAÚDE DA CRIANÇA EM COMUNIDADES PERIFÉRICAS: ACHADOS CIENTÍFICOS

67

Capítulo 10

PARTO HUMANIZADO: PECULIARIDADES EM SAÚDE

74



Capítulo 11

PREMATURIDADE: ASSISTÊNCIA EM SAÚDE MULTIPROFISSIONAL NA AMAMENTAÇÃO E EM OUTROS CUIDADOS

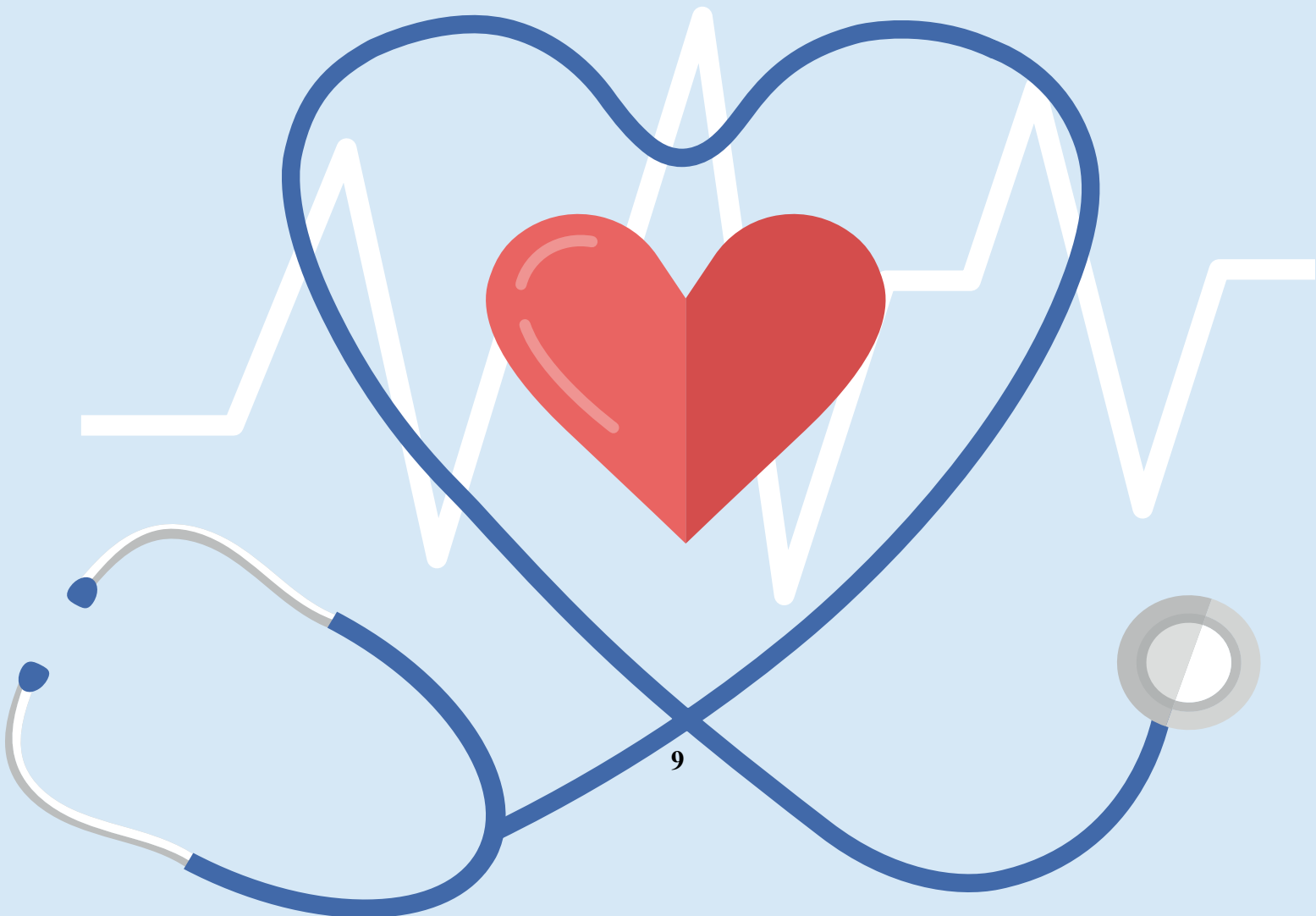
82



Capítulo

1

**FERIDAS CRÔNICAS E OS CUIDADOS
DE ENFERMAGEM: APONTAMENTOS
TEÓRICOS**



FERIDAS CRÔNICAS E OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM: APONTAMENTOS TEÓRICOS

CHRONIC WOUNDS AND NURSING CARE: THEORETICAL NOTES

Lúcia Gomes de Souza Silva¹

Karine Domingos Nogueira Siqueira²

Arunna Thallyta Alexandre de Pontes³

Rita de Cássia Sofia Barreto Bezerra⁴

Eduarda Ellen Costa Vasconcelos⁵

Letícia de Lucena Viana Alves⁶

Maria Carolina Salustino dos Santos⁷

Nathalia Claudino do Nascimento⁸

Alexandra de Assis Pessoa Guerra⁹

1 Faculdade Maurício de Nassau.

2 Enfermeira. Universidade Federal da Paraíba

3 Faculdade Santa Emília de Rodat

4 Enfermeira. Universidade Federal de Pernambuco (UFPE).

5 Enfermeira. Centro Universitário de João Pessoa. Pós-graduanda em Cuidados Paliativos (Excelência Cursos - CINTEP Faculdades).

6 Discente do Curso de Enfermagem no Centro Universitário De João Pessoa- UNIPÊ.

7 Enfermeira. Mestra em Enfermagem. Centro Universitário de João Pessoa.

8 Enfermeira. Mestra em Enfermagem. Centro Universitário de João Pessoa

9 Enfermeira, Responsável Técnica de Enfermagem da Clínica Cirúrgica no Hospital Universitário Lauro Wanderley. Universidade Federal de Pernambuco. Pós-graduada em Enfermagem em Dermatologia pela Faculdade Futura.



INTRODUÇÃO

A assistência de enfermagem é fundamental, pois tem a responsabilidade no processo de prevenção, acompanhamento e tratamento dessas lesões viabilizando a terapia adequada de acordo com as características da ferida. Além do mais, o enfermeiro promove ações de educação em saúde, que tem como finalidade, melhorar o processo de cicatrização e buscar reestabelecer a qualidade de vida, estimulando o paciente e os familiares a colaborar com os cuidados no processo saúde-doença (OLIVEIRA et al.,2016).

A enfermagem tem um papel essencial no tratamento de feridas, pois o enfermeiro elabora um plano assistencial para cada paciente. Desse modo, a enfermagem se aproxima do paciente acompanhando diariamente a evolução da ferida, avaliando a sua dor, exercendo o procedimento do curativo, desempenhando os cuidados que possibilitam a reparação tecidual e amenizando a dor, tendo como objetivo melhorar a qualidade de vida do paciente, pois a ferida crônica ocasiona um impacto negativo na qualidade de vida, visto que causa dores em diferentes níveis e pode ser frequente podendo afetar a mobilidade (OLIVEIRA et al., 2016).

O profissional da área de enfermagem está à disposição para os tratamentos de feridas, seja em serviços de atenção primária, secundária ou terciária. O enfermeiro deve frequentemente buscar novos conhecimentos para fundamentar a sua prática e aperfeiçoar o seu trabalho, tendo como finalidade, diminuir as dificuldades para identificar as fases correta da cicatrização e não ocorrer o erro de confundir as características normais e anormais associadas a esse processo (FAVRETO et al., 2017).

Além disso, durante o cuidado de enfermagem, é importante ter uma observação contínua com relação aos fatores locais, sistêmicos e externos que podem prejudicar no processo de cicatri-



zação. Também é fundamental ter uma visão clínica para saber o que influência nessa ferida e o que interfere no processo de cicatrização, como doenças crônicas, doenças infecciosas, aspectos nutricionais, medicamentos e a qualidade do cuidado educativo. Portanto, é importante compreender quais os curativos que serão aplicados de acordo com os aspectos e evolução da ferida (FAVRETO et al., 2017).

REFLEXÃO

A aplicação do processo de enfermagem em um paciente portador de feridas crônicas é fundamental para um atendimento de qualidade prestado pelo enfermeiro, pois é necessário ter a forma dinâmica e sistemática de prestar os cuidados de enfermagem, é essencial para todos os tratamentos, promovendo cuidado humanizado, dessa maneira, pode levar a resultados positivos. Com isso, a enfermagem para promover o cuidado deve-se aperfeiçoar das tecnologias e recursos existentes para elevar e melhorar a qualidade da assistência prestada, tendo como objetivo de facilitar o tratamento da ferida e minimizar o sofrimento do paciente, dessa maneira, deve-se disponibilizar instrumentos de avaliações para realizar a terapêutica adequada.

As feridas representam um problema sério de saúde pública no Brasil, visto que acomete um número considerável de pessoas, interferindo na qualidade de vida dos usuários e sendo oneroso para os gastos públicos. As úlceras venosas, arteriais, hipertensivas, de pressão e neurotróficas, são as mais comuns na rede básica de saúde (TOLFO et al., 2020). O tratamento de feridas é apontado como uma atividade de competência do enfermeiro, que geralmente é o executor ou supervisor destes cuidados, tanto no âmbito da atenção básica, quanto no âmbito hospitalar, para isso é necessário um conhecimento teórico embasado em evidências, afim de haver uma prática de qualidade (SANTOS, 2019).



A assistência à ferida crônica pelo profissional da enfermagem deixou de ser uma atividade estritamente focada na realização de curativos, sendo atualmente uma assistência integralizada, levando em consideração a avaliação e caracterização quanto ao local da lesão, tamanho (cm²), profundidade (cm), tipo/quantidade de tecido, bordas, exsudato, dor, pele ao redor da lesão, sinais flogísticos, tipo de cicatrização, documentação por escrito e/ou sistema de informação a respeito da evolução das lesões para acompanhamento da equipe, deliberação a respeito da conduta a ser executada e orientação ao usuário e/ou familiar (CAMPOI, 2019).

O tratamento de feridas crônicas tem várias particularidades importantes, como uma boa avaliação, escolha adequada da terapia, padronização e adesão do indivíduo, comprometimento e empenho do profissional em identificar outras necessidades do usuário, desde a avaliação inicial até o processo de cicatrização, sendo um desafio para o enfermeiro conseguir manejar estas questões (SANTOS, 2019).

A escolha do material utilizado em cada curativo exige conhecimento, tanto da fisiologia da patologia quanto dos mecanismos do processo de cicatrização e reparação do tecido da pele, podendo ser utilizado como tratamento métodos clínicos ou cirúrgicos. No tratamento clínico o curativo é o mais utilizado (TOLFO et al., 2020).

O uso de protocolos para a assistência ao usuário com ferida crônica, outorga maior autonomia, organização e sistematização, validando as condutas de avaliação, diagnóstico, planejamento, cuidado, tratamento, evolução da ferida e registro de todos os dados do paciente, sendo também um instrumento confeccionado com base científica questões (SANTOS, 2019).

Os enfermeiros devem desenvolver atividades educativas, pois estas fornece subsídios as pessoas com lesões crônicas para entender que diversos fatores interferem no processo de cicatriza-



ção, por exemplo: fatores locais ou sistêmicos, presença de corpos estranhos, alterações nutricionais, obesidade, idade avançada, medicamentos sistêmicos como os anti-inflamatórios, estresse, tabagismo, insuficiência venosa, diabetes mellitus, técnica inadequada de realização de curativo, agentes químicos, entre outros questões (GONZAGA, 2022).

Também é importante ensinar aos usuários a identificação de fatores de risco, enfatizando a importância do controle glicêmico e do autocuidado apropriado, sendo a higiene diária dos pés, secagem adequada, inclusive entre os espaços interdigitais, uso de sapatos apropriados e cuidados com as unhas, além de observar todos os dias os pés (CAMPOI, 2019).

Muitos estudos apontam para a necessidade de atualização dos profissionais da enfermagem no tratamento de feridas, visto que estes relatam insegurança em realizar estes procedimentos, seja por falta de conhecimento científico ou por falta de habilidade técnica. Ademais, sempre surgem estudos a respeito de novas tecnologias que auxiliam no processo de cicatrização, como o uso de laser de baixa potência, verificando uma reepitelização mais eficiente e uma deposição de colágeno mais acentuada, ou até sobre a importância da verificação da vitamina D, pois a deficiência desta interfere no processo de cicatrização e fechamento da ferida, entre outros (TOLFO et al., 2020).

REFERÊNCIAS

CAMPOI, A.L.M. et al. Assistência de enfermagem a pacientes com feridas crônicas: um relato de experiência. *Rev. Fam., Ciclos Vida Saúde Contexto Soc.*, v. 7 n. 2 (2019): Abril a Junho. Disponível em: <https://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/refacs/article/view/3045> Acesso em: 08 fev 2022.

FAVRETO, Fernanda; BETIOLLI, Susanne; SILVA, Francine; CAMPA, Adriana. O papel do enfer-



meiro na prevenção, avaliação e tratamento das lesões por pressão. [s. l.], v. 17, n. 2, p. 37-47, 2017. Disponível em: <https://www.herrero.com.br/files/revista/filea2aa9e889071e2802a49296ce895310b.pdf>. Acesso em: 29 jan. 2022.

GONZAGA, M.H.H.P.O.A. Validity of an instrument on Nursing care for people with chronic wounds. *Rev Rene*. 2022;23:e71367. DOI: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20222371367>. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8240125>. Acesso em: 08 fev 2022.

OLIVEIRA, Rosângela; GUALTER, Wilson; SHAFFE, Patrícia; SILVA, Vanessa; CESARETTI, Isabel. Análise das Intervenções de Enfermagem Adotadas para Alívio e Controle da Dor em Pacientes com Feridas Crônicas: Estudo Preliminar. *Estima – Brazilian Journal of Enterostomal Therapy*, [s. l.], v. 3, ed. 2, 23 mar. 2016. Disponível em: <https://www.revistaestima.com.br/index.php/estima/article/view/12>. Acesso em: 29 jan. 2022.

SANTOS, V.S.; Autonomia do enfermeiro no tratamento de feridas crônicas no âmbito hospitalar: uma revisão integrativa. Tese (Bacharel em enfermagem) - Universidade Católica Do Salvador, Faculdade De Enfermagem. Salvador – BA. 2019. Disponível em: <http://ri.ucsal.br:8080/jspui/bitstream/prefix/938/1/VANESSASANTOS.pdf>. Acesso em: 08 fev 2022.

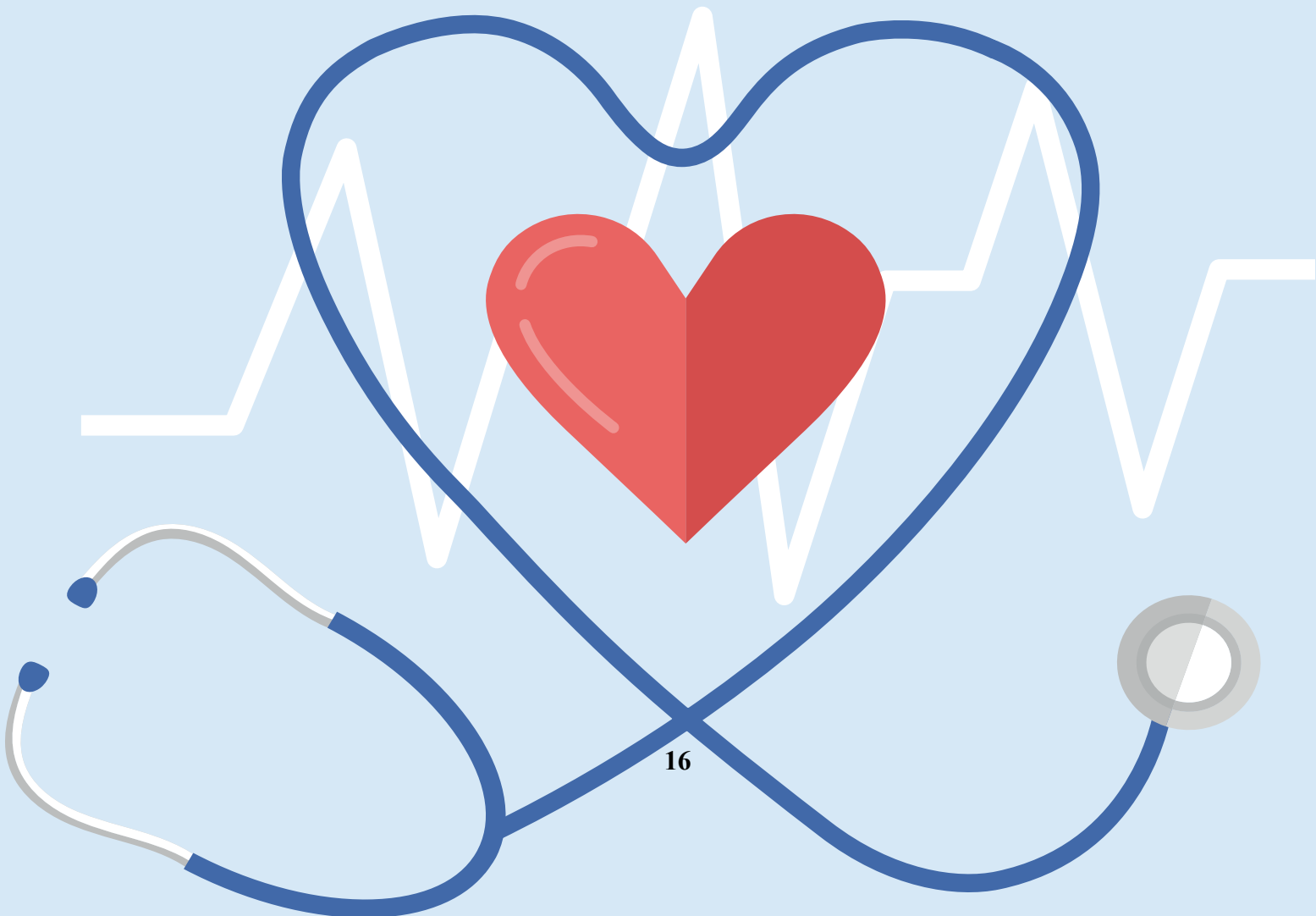
TOLFO, G.R et al. Nurse's performance in the care of chronic wounds in Primary Health Care: integrative review. *Research, Society and Development*, 2020, 9 (7):1-17, e489974393. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/4393/3667>. Acesso em: 08 fev 2022.



Capítulo

2

**UTI NEONATAL CUIDADOS MULTIPRO-
FISSIONAL À LUZ DA LITERATURA**



UTI NEONATAL CUIDADOS MULTIPROFISSIONAL À LUZ DA LITERATURA

NEONATAL ICU MULTIPROFESSIONAL CARE IN THE LIGHT OF THE LITERATURE

Letícia de Lucena Viana Alves¹

Fernanda Lúcia de Sousa Leite Morais²

Arunna Thallyta Alexandre de Pontes³

Rita de Cássia Sofia Barreto Bezerra⁴

Luciene Lima Silva⁵

Anne Karine de Assunção Almeida⁶

Angélica Helena Tito Fernandes⁷

Maria Carolina Salustino dos Santos⁸

Nathalia Claudino do Nascimento⁹

Alexandra de Assis Pessoa Guerra¹⁰

-
- 1 Discente do Curso de Enfermagem no Centro Universitário De João Pessoa- UNIPÊ.
 - 2 Médica com Mestrado em Universidade Federal da Paraíba.
 - 3 Faculdade Santa Emília de Rodat
 - 4 Enfermeira. Universidade Federal de Pernambuco (UFPE).
 - 5 Enfermeira. Faculdade Maurício de Nassau
 - 6 Enfermeira. Faculdade de Ciências Médicas de Campina Grande/PB.
 - 7 Enfermeira. Centro Universitário de João Pessoa.
 - 8 Enfermeira. Mestra em Enfermagem. Centro Universitário de João Pessoa.
 - 9 Enfermeira. Mestra em Enfermagem. Centro Universitário de João Pessoa
 - 10 Enfermeira, Responsável Técnica de Enfermagem da Clínica Cirúrgica no Hospital Universitário Lauro Wanderley. Universidade Federal de Pernambuco. Pós-graduada em Enfermagem em Dermatologia pela Faculdade Futura.



INTRODUÇÃO

A Unidade Neonatal é um serviço de internação, no qual ocorre o cuidado integral ao recém-nascido grave ou potencialmente grave, é composta por estruturas assistenciais e equipes que possuam condições técnicas adequadas para prestar a assistência especializada, que incluem instalações físicas, profissionais da saúde, equipamentos e recursos humanos. Nas Unidades Neonatal devem ser desenvolvidas linhas de cuidados progressivos, que possibilitam a adaptação entre a capacidade instalada e a condição clínica do recém-nascido (BRASIL,2012).

O serviço de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) são serviços hospitalares voltados para o atendimento de recém-nascido grave ou com risco de morte, são aceitos recém-nascidos com idades entre 0 (zero) a 28 (vinte e oito) dias de vida, menores de 30 (trinta) semanas de idade gestacional ou com peso de nascimento menor de 1.000 gramas, que necessitem de cirurgias de grande porte ou pós-operatório imediato de cirurgias de pequeno e médio porte, além disso, os recém-nascidos que necessitam de cuidados especializados, como uso de cateter venoso central, drogas vasoativas, prostaglandina, uso de antibióticos para tratamento de infecção grave, uso de ventilação mecânica e Fração de Oxigênio (FiO₂) maior que 30% (trinta por cento), exsanguineotransfusão ou transfusão de hemoderivados por quadros hemolíticos agudos ou distúrbios de coagulação (BRASIL,2012).

Na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, para a melhor assistência ao serviço hospitalar, deve disponibilizar a equipe multiprofissional especializada, equipamentos específicos próprios e



tecnologia adequada ao diagnóstico e terapêutica dos recém-nascidos graves ou com risco de morte. Além disso, deve cumprir os requisitos de humanização, tais como: controle de ruído, controle de iluminação, climatização, iluminação natural, para as novas unidades, garantia de livre acesso e permanência da mãe e ao pai, visitas programadas dos familiares e as informações da evolução dos pacientes aos familiares, pela equipe médica, no mínimo, uma vez ao dia (BRASIL, 2012).

A equipe multiprofissional na área da saúde é um mecanismo indispensável, principalmente nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI), tais profissionais exercem funções assistenciais, executando desde procedimentos mais simples até os que oferecem maior complexidade. Para garantir a segurança e a redução de sofrimento do recém-nascido e dos seus cuidadores, a equipe multiprofissional por apresentar diferentes profissionais com experiências distintas promove uma assistência de qualidade, relacionando ética do cuidado, abordando práticas participativas e de relacionamentos pessoais mútuos e recíprocos entre os profissionais de saúde (NETO et al., 2016).

Portanto, vale ressaltar, que, para ofertar o suporte necessário na Unidade de Terapia Intensiva, é fundamental a equipe multiprofissional ser composto por uma grande variedade de profissionais, tais como médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, psicólogos, farmacêuticos, nutricionistas, assistentes sociais, dentre outros, e tendo como objetivo a assistência integral e de qualidade.

REFLEXÃO

A Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) é um setor altamente especializado, destinado aos cuidados com recém-nascidos de alto risco, bem como de seus pais, considerados membros da equipe cuidadora e não apenas visitas (TAMEZ, 2017). Os profissionais que atuam na UTI



neonatal, auxiliados pela tecnologia atual, direcionam seus cuidados para aumentar cada vez mais a sobrevivência, promovendo estabilidade e protegendo o desenvolvimento neuromotor desses bebês, que são altamente afetados pelas condições de estresse que o ambiente e os procedimentos realizados oferecem (TAMEZ, 2017).

A equipe de saúde, que é multiprofissional, deve trabalhar baseada em protocolos institucionais, que ajudem a transformar mãos diferentes, em uniformes na hora de cuidar. Uma equipe voltada para atender as necessidades integrais e a buscar soluções efetivas que se complementam, propicia um atendimento mais qualificado e seguro (FERNANDES e FARIA, 2021).

A Resolução nº 7 da ANVISA, aborda seu Art. 14, que uma equipe multidisciplinar deve ser designada e habilitada legalmente para atuar na UTI, devendo ter atuação de no mínimo: médico especialista na área de neonatologia, enfermeiros, fisioterapeutas, técnico de enfermagem, auxiliar administrativo e funcionário exclusivo do serviço de limpeza. E complementa no Art. 23 que deve ser integrada às demais atividades, a assistência farmacêutica, psicológica, fonoaudiológica, social, odontológica, nutricional, de terapia nutricional, enteral e parenteral e de terapia ocupacional (BRASIL, 2010).

Pesquisas realizadas abordando as equipes multiprofissionais atuantes em UTI neonatal, apontaram a presença de médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, psicólogos, assistente social, nutricionistas e apenas um artigo citou o profissional auxiliar administrativo e auxiliar de limpeza como membro da equipe multidisciplinar (NIETCHE, et al., 2020; SOARES; BERARDINO; ZANI, 2019; FERRARESI; ARRAIS, 2018; SUBUTZKI; LOMBA; BACKES,).

Existe a necessidade de múltiplos e dedicados profissionais na equipe, sendo o mais impor-



tante a uniformização do serviço com um único objetivo: fornecer o melhor atendimento e estadia ao recém-nascido de alto risco e seus pais. O respeito adquirido com a convivência entre os profissionais, proporciona uma comunicação articulada, viabilizando planos de cuidados e resultando em aumento de sobrevida dos pacientes (SILVA et al, 2019). Cada membro da equipe é parte ativa, colocando o Recém-Nascido (RN) em primeiro lugar, estudando e se atualizando, participando das visitas multiprofissionais e realizando as anotações de forma legível e clara.

Assistir o recém-nascido é uma das preocupações da equipe multiprofissional, principalmente quando este estiver em situação de risco em uma UTI neonatal, sobretudo se apresentar dificuldades de respiração, devidas patologias, icterícia e complicações por conta do baixo peso, quando o recém-nascido passará por inúmeras manipulações, por isso a equipe de enfermagem tem que estar atenta para cuidar de forma humanizada e individualizada, desempenhando suas atividades assistenciais, como implementação de medidas de prevenção, redução ou eliminação do desconforto produzido por estímulos indesejáveis ou procedimentos invasivos e dolorosos em unidades neonatais (CARMO et al., 2004).

A equipe multiprofissional deve buscar constantemente ainda mais conhecimentos que tragam ganhos para o campo teórico e científico, o que demonstra o interesse dos mesmos em ofertar melhores condições de vida ao recém-nascido que necessita de cuidados intensivos, apesar do grande avanço no desenvolvimento tecnológico, onde tem permitido maior sobrevida para neonatos prematuros e de baixo peso, submetidos a internações prolongadas e procedimentos invasivos indispensáveis a seus cuidados (CARMO et al., 2004).

Cuidar tem se tornado uma constante preocupação no cotidiano da equipe de saúde. Ao realizar as atividades profissionais em uma Unidade de Terapia Intensiva, onde os pacientes são total-



mente dependentes de cuidados, somos levados a aprofundar nosso conhecimento e prática no ato de cuidar. Todo cuidado ao prematuro é pouco, sendo preciso o máximo de atenção com os indivíduos envolvendo os profissionais da saúde e os familiares presentes (CARMO et al., 2004).

Portanto, é de grande importância ter um gerenciamento do cuidado na UTI neonatal, esse gerenciamento vislumbra atender as necessidades e demandas que facilitem a promoção de uma melhor assistência por parte da enfermagem ao recém-nascido, tendo algumas exceções ou modificações de alguns procedimentos com certos RNs, conforme prescrição médica e de enfermagem, segundo Carmo et al., 2004, dentre esses cuidados temos:

- Admissão do RN na UTI;
- Verificação dos sinais vitais;
- Mudança de decúbito
- Higiene do recém-nascido;
- Aspiração de cânula endotraqueal e cuidados complexos;
- Punção venosa;
- Preparo e administração de medicação;
- Administração de dietas nutricionais;
- Curativo do coto umbilical;
- Manter ambiente térmico adequado.

É importante, o apoio junto a família e acompanhamento dos pais no período de internação hospitalar da criança, visando tranquilizar a família e manter as informações corretas repassadas.



REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministério da Saúde. ANVISA. Resolução nº 7, de 24 de fevereiro de 2010. Disponível em: rdc-7.pdf (www.gov.br). Acesso em: 21 jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Nº 930, de 10 de maio de 2012. Define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0930_10_05_2012.html. Acesso em: 31 de janeiro de 2022

FERNANDES, P. M. P.; FARIA, G. F.. A importância do cuidado multiprofissional. Rev. Diagn. Tratamento, v. 26, n.1, p.1-3, jan./mar. 2021. disponível em: rdt_v26n1_1-3.pdf (bvsalud.org). Acesso em: 19 jan. 2022

FERRARESI, M. F.; ARRAIS, A. da R. Avaliação da Assistência Multiprofissional em uma Unidade Neonatal Pública na Perspectiva das Mães. Rev. Bras. Saúde Mater. Infant. Recife, v.18, n.2, p. 391-400, abr. / jun., 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1806-93042018000200008>. Acesso em: 20 jan. 2022.

MOREIRA, MEL., LOPES, JMA and CARALHO, M., orgs. O recém-nascido de alto risco: teoria e prática do cuidar. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2004. 564 p. ISBN 85-7541-054-7. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/wcgvd/pdf/moreira-9788575412374-04.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2022.

MORETTO, L. C. A., et al. Dor no recém-nascido: perspectivas da equipe multiprofissional na unidade de terapia intensiva neonatal. Arq. Cienc. Saúde UNIPAR. Umuarama, v. 23, n. 1, p, 29-34, jan./abr. 2019. Disponível em: <https://www.revistas.unipar.br/index.php/saude/article/view/6580/3727>. Acesso em : 18 jan. 2022.



NETO, João; SILVA, Isabella; ZANIN, Loise; ANDRADE, Abigail; MORAES, Kesia. Profissionais de Saúde da Unidade de Terapia Intensiva: Percepção dos fatores restritivos da atuação multiprofissional. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, v. 29, n. 1, p. 43-50, 2016. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=40846964007>. Acesso em: 31 jan. 2022.

NIETSCHE, E.A, et al. Método Canguru: estratégias de Educação Permanente para sua implementação e execução. *Rev Cuid.*, v.11, n. 1, p.897, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.897>. Acesso em: 21 jan. 2022.

SOARES, N. C. ; BERNARDINO, M. P. L.; ZANI, A. V.. Inserção do pai nos cuidados ao filho prematuro hospitalizado: percepção da equipe multiprofissional. *Rev Paul Pediatr*.v.37,n.3,p.283-290,2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1984-0462/;2019;37;3;00014>. Acesso em: 20 jan. 2022.

SUBUTZKI ,L. S. ; LOMBA, M. de L.; BACKES ,D. S.. Morte de neonatos: percepção da equipe multiprofissional à luz da complexidade. *Av Enferm*. v.36, n.1, p.69-78, 2018.Disponível em: <http://fi-admin.bvsalud.org/document/view/5ce42>. Acesso em: 20 jan. 2022.

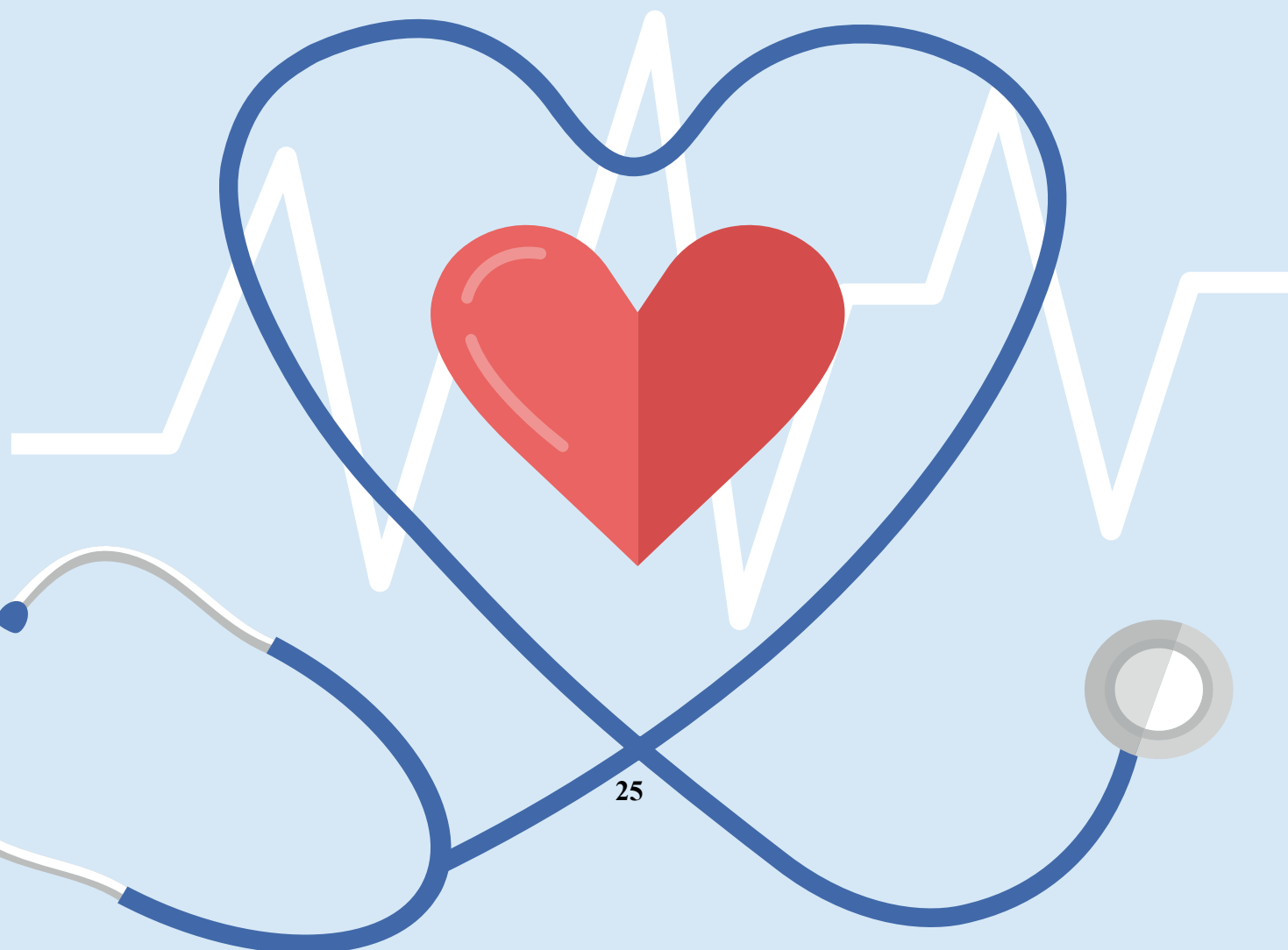
TAMEZ, R.N. *Enfermagem na UTI neonatal: assistência ao recém-nascido de alto risco*. 6 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.



Capítulo

3

**SAÚDE DA MULHER INDÍGENA: RE-
FLEXÕES TEÓRICAS**



SAÚDE DA MULHER INDÍGENA: REFLEXÕES TEÓRICAS

HEALTH OF INDIGENOUS WOMEN: THEORETICAL REFLECTIONS

Letícia de Lucena Viana Alves¹

Arunna Thallyta Alexandre de Pontes²

Rita de Cássia Sofia Barreto Bezerra³

Maria Clara Ribeiro Costa⁴

Thiara Carvalho de Oliveira⁵

Lisiane Silva Madeiro⁶

Maria Carolina Salustino dos Santos⁷

Nathalia Claudino do Nascimento⁸

INTRODUÇÃO

Todas as sociedades dispõem de seus próprios sistemas de interpretação, prevenção e tratamento das doenças para a população indígena. Os sistemas tradicionais de saúde são baseados em uma abordagem holística, cujo princípio é a harmonia de indivíduos, famílias e comunidades, como

-
- 1 Discente do Curso de Enfermagem no Centro Universitário De João Pessoa- UNIPÊ.
 - 2 Faculdade Santa Emília de Rodat
 - 3 Enfermeira. Universidade Federal de Pernambuco (UFPE).
 - 4 Enfermeira. Centro universitário UNIPÊ
 - 5 Enfermeira. Centro universitário UNIPÊ
 - 6 Enfermeira. Centro universitário UNIPÊ.
 - 7 Enfermeira. Mestra em Enfermagem. Centro Universitário de João Pessoa.
 - 8 Enfermeira. Mestra em Enfermagem. Centro Universitário de João Pessoa



o universo que os rodeia. As práticas de cura respondem a uma lógica interna de cada comunidade indígena e são o produto de sua relação particular com o mundo espiritual e os seres do ambiente em que vivem (BRASIL, 2002).

O princípio que permeia todas as diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde da População Indígena é o respeito as concepções, valores e práticas, relativos ao processo saúde-doença, próprios a cada sociedade indígena e a seus diversos especialistas, no qual ocorre a articulação com esses saberes e práticas, que deve ser estimulada para a obtenção da melhoria de estado de saúde dos povos indígenas (BRASIL, 2002).

Os estudos de orientação antropológica sobre a mulher indígena no Brasil, não abordam aspectos específicos da saúde. O desconhecimento acerca de questões básicas da saúde reprodutiva e da mulher indígena caminham paralelamente com a precária infraestrutura física e organizacional dos serviços de saúde. Um dos aspectos que mais chamam atenção na literatura sobre a situação demográfica indígena no Brasil é a constatação de elevados níveis de fecundidade, doenças carenciais específicas, como: a anemia e patologias relacionadas, doenças parasitárias endêmicas associadas a produção de situações de gravidez de risco, cuja repercussão sobre a saúde da mulher e da criança ainda está por ser mais bem avaliada (MONTEIRO et al., 2004).

REFLEXÃO

A saúde indígena é de responsabilidade do Sistema Único de Saúde (SUS), sua organização se faz por meio de 34 distritos especiais indígenas, no qual cada um possui uma rede de serviço de saúde Integrada e hierarquizada, com complexidades crescentes e articulares. A assistência de enfer-



magem deve contemplar as diferenças culturais nas suas intervenções, oferecendo um aporte teórico para subsidiar o cuidado coerente com a cultura. A educação em saúde se refere principalmente a ações com foco nas questões culturais das comunidades, sendo um instrumento importante para auxiliar no processo de cuidar deste público (ANDRADE; TERRA, 2018).

Dentre as maiores dificuldades na assistência à saúde indígena, a falta de preparo relatada pelos profissionais de saúde, com relação a cultura e costumes dos indígenas é predominante, observou-se que mesmo existindo políticas e programas para subsidiar a assistência da população, as ações preventivas de saúde não estão sendo cumpridas por causa das dificuldades de comunicação dos profissionais da saúde. Continuamente, a enfermagem é de extrema importância nas práticas de saúde coletiva direcionadas as populações indígenas, mostrando-se presente nos diversos equipamentos de saúde destinados a atenção dessas populações (ANDRADE; TERRA, 2018).

O Censo Demográfico do Brasil de 2010 afirma que 817,9 mil pessoas se declararam indígenas, a partir do quesito cor ou raça, representando 0,4% da população total do Brasil. Somando as pessoas que não se declararam indígenas no quesito cor ou raça, e sim por viverem dentro das terras indígenas, há um acréscimo de 78,9 mil pessoas, totalizando 896,9 mil indígenas (IBGE, 2010).

No Brasil, tal qual outras partes do mundo, as populações indígenas correspondem a um dos segmentos mais desvalidos referente a questões econômicas, habitacionais, educacionais e dos indicadores de saúde, como mostram os censos e pesquisas que avaliam as condições de vida da população brasileira. Ademais, 63,8% da população indígena vive em áreas rurais, geralmente de difícil acesso (IBGE, 2010).

Outro recorte importante que deve ser levado em consideração é o de gênero, visto que a mulher indígena é duplamente minoria (gênero e etnia). Sendo de extrema importância analisar esses



dados, pois são fatores que interferem na qualidade de vida, assim como nas taxas de morbidade e mortalidade, e ao acesso a serviços de saúde. As questões de gênero no Brasil têm contexto histórico e cultural, embasado no patriarcado que defende o homem como detentor do poder e a mulher como uma pessoa sem autonomia sobre o próprio corpo e sobre sua saúde. Essa construção social impacta a saúde das indígenas, mostrando que o aspecto cultural também influencia no estilo de vida das pessoas (ORTIZ, 2019).

Desta forma, sabe-se que as mulheres indígenas estão inseridas em um contexto de vulnerabilidade, resultando na precariedade do autocuidado. Podemos observar a confirmação desta afirmação ao analisarmos a prevalência de sífilis em 6,8% das mulheres indígenas do Paraguai e 1,82% do Brasil, demonstrando o precário conhecimento sobre as infecções sexualmente transmissíveis (ABRITTA; TORRES, FREITAS, 2021).

Corroborando com essa afirmação, dados do I Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição Indígena realizado entre 2008-2009, revelou que 46% das mulheres indígenas apresentaram sobrepeso ou obesidade e 32,7% foram diagnosticadas com anemia. Também mostrou que as mulheres indígenas vivenciam cedo a maternidade, com alta taxa de fecundidade, podendo ultrapassar 8 filhos por mulher, e mesmo assim não existe uma regularidade na cobertura e qualidade do pré-natal, sendo este uma estratégia imprescindível para a saúde da mulher e da criança, principalmente do recém-nascido (CARLOS, 2014).

Os inquéritos de base populacional com foco na saúde indígena e a divulgação ampla dos seus resultados devem ser estratégias adotadas pelo governo, no intuito não só de fornecer conhecimento da epidemiologia destes povos, mas também para avançar nos campos da política e do planejamento das ações de saúde destinadas à população indígena (CARLOS, 2014).



REFERÊNCIAS

ABRITTA, M. L. R.; TORRES, S. R.; FREITAS, D. A. Saúde das mulheres indígenas na América Latina: revisão integrativa. *Revista Brasileira de Saúde Funcional*, Cachoeira, BA, v. 9, n. 1, p. 164-177, 10 ago. 2021. Acesso: 08 fev 2022.

CARLOS, E. A. Coimbra Saúde e povos indígenas no Brasil: reflexões a partir do I Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição Indígena. *Cadernos de Saúde Pública* [online]. 2014, v. 30, n. 4, pp. 855-859. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00031214>. Acesso: 08 fev 2022.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. Política nacional de atenção à saúde dos povos indígenas. 2002. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_indigena.pdf. Acesso 21 jan. 2022.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico: 2010. Características gerais dos indígenas: resultados do universo. Censo demogr. [Internet]. 2010: 1-245. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/95/cd_2010_indigenas_universo.pdf . Acesso em: 08 fev 2022.

MONTEIRO, Simone; SANSONE, Livio (Ed.). *Etnicidade na América Latina: um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos*. SciELO-Editora FIOCRUZ, 2004. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/dcc7q>. Acesso 21 jan. 2022.

ORTIZ, ANT, S. Aspectos de la salud sexual y reproductiva de las mujeres adolescentes de tres comunidades del Resguardo Indígena San Lorenzo, Caldas: trabajo doméstico, partería tradicional y procesos organizativos de mujeres indígenas. *Revista Ciencias de la Salud*, [S. l.], v. 17, n. Especial, p. 145-162, 2019. DOI: 10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.8126. Disponível em: <https://revistas.urosario.edu.co/index.php/revsalud/article/view/8126>. Acesso em: 8 feb. 2022.



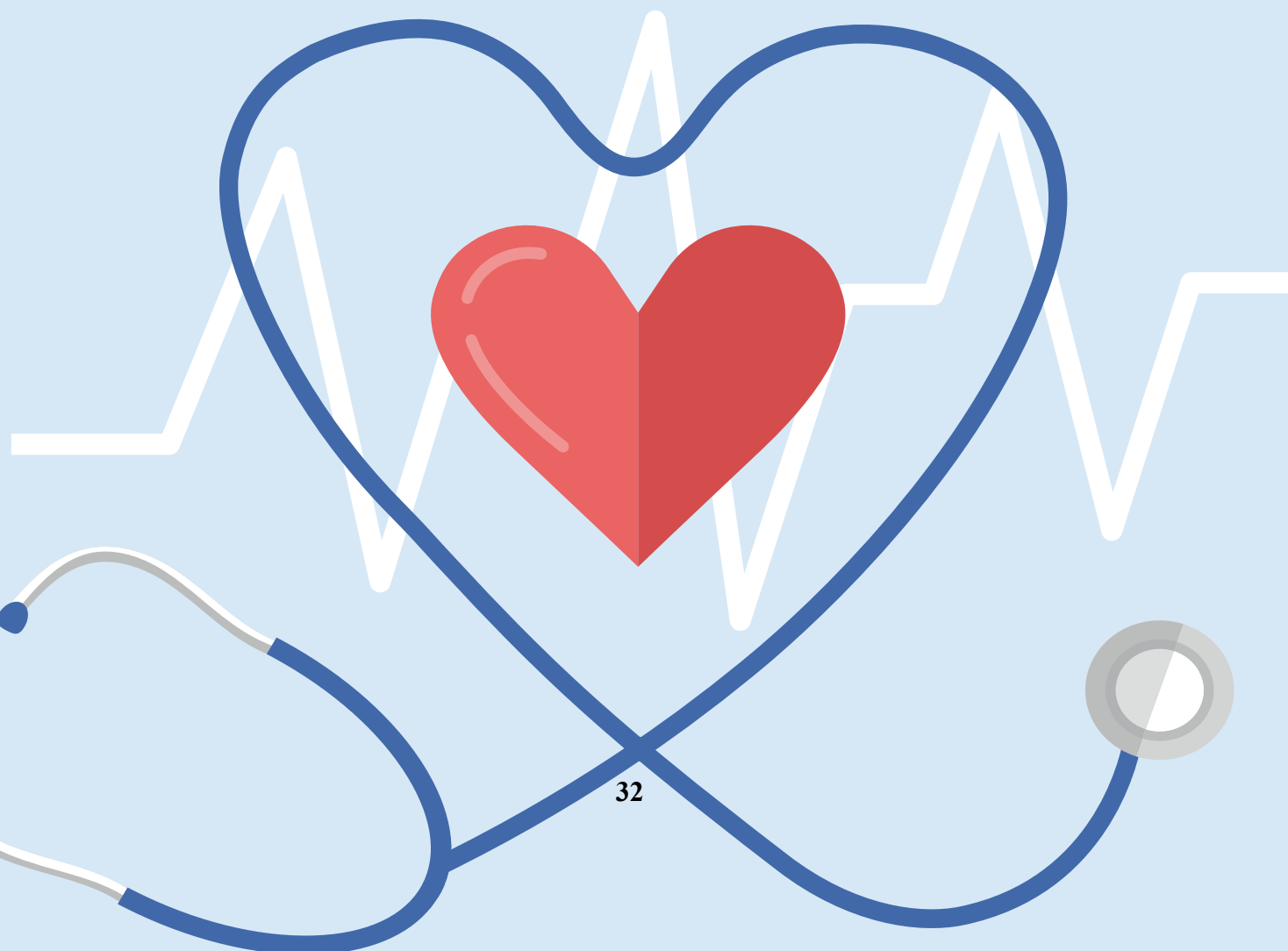
RODRIGUES, Giovana Alessandra Segunda Cogo; TERRA, Maria Fernanda. Assistência de enfermagem à população indígena: um estudo bibliográfico/Nursing assistance to the indigenous population: a bibliographic study. Arquivos Médicos dos Hospitais e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, v. 63, n. 2, p. 100-104, 2018. Disponível em: <https://arquivosmedicos.fcmsantacasasp.edu.br/index.php/AMSCSP/article/view/255> Acesso 21 jan. 2022.



Capítulo

4

**POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE DA
CRIANÇA: PRINCIPAIS ACHADOS**



POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE DA CRIANÇA: PRINCIPAIS ACHADOS

PUBLIC POLICIES IN CHILD HEALTH: MAIN FINDINGS

Solange Torres Di Pace Maranhão¹

Letícia de Lucena Viana Alves²

Waleska Pereira de Melo³

Ana Paula Carvalho Ramos⁴

Luciana Ferreira de Souza⁵

Rita de Cássia Sofia Barreto Bezerra⁶

Thiara Carvalho de Oliveira⁷

Maria Carolina Salustino dos Santos⁸

Nathalia Claudino do Nascimento⁹

INTRODUÇÃO

-
- 1 Enfermeira. UNESC (União de Ensino Superior de Campina Grande PB).
 - 2 Discente do Curso de Enfermagem no Centro Universitário De João Pessoa- UNIPÊ.
 - 3 Enfermeira. Universidade Estadual da Paraíba
 - 4 Enfermeira. UNESC (União de Ensino Superior de Campina Grande PB).
 - 5 Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba – UFPB. Professora do Unipê. Mestra em Modelos de Decisão e Saúde pela UFPB.
 - 6 Enfermeira. Universidade Federal de Pernambuco (UFPE).
 - 7 Enfermeira. Centro universitário UNIPÊ
 - 8 Enfermeira. Mestra em Enfermagem. Centro Universitário de João Pessoa.
 - 9 Enfermeira. Mestra em Enfermagem. Centro Universitário de João Pessoa



Debates Interdisciplinares em Saúde

As crianças por muitos anos foram tratadas da mesma forma que os adultos, sem nenhuma consideração pelos aspectos relacionados ao crescimento e desenvolvimentos infantil. A infância não era percebida pela família e nem pelo estado como uma etapa de ciclo vital, com necessidades singulares. Deste modo, o reconhecimento da criança enquanto ser biopsicossocial, assim como seus direitos enquanto cidadão, foi se delineando ao longo da história, o qual passou por transformações e ainda permanece em constante construção (ARAUJO et al., 2014).

A proposta de uma política pública de saúde resulta de processos históricos, lutas e reivindicações, na qual a população e os governantes estão envolvidos e emerge por meio de debates sobre os direitos humanos, bem como para diversos seguimentos como a saúde da criança. Na década de 1970, foi implantado a Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil, apresentado como objeto a redução da morbimortalidade entre crianças e mães. Por volta dos anos, identificou-se como necessidade o acompanhamento do processo de crescimento e desenvolvimento de todas as crianças (ARAUJO et al., 2014).

O Ministério da Saúde elaborou o Programa de Assistência da criança, no qual os serviços deveriam estar preparados para resolver todos os problemas que poderiam afetar a saúde materno-infantil que estabeleceu cinco ações básicas para o atendimento as crianças brasileiras, que foram: aleitamento materno e orientação familiar sobre a alimentação em situação de desmame; estratégias para o controle das afecções respiratórias; imunização; controle das doenças diarreicas e o acompanhamento profissional do crescimento e do desenvolvimento infantil (ARAUJO et al., 2014).

REFLEXÃO



Os profissionais de saúde envolvidos no cuidado as crianças devem desenvolver suas atividades, tendo por base implementar as políticas públicas vigentes que garantam a qualidade da atenção a população infantil. Esta atuação inclui desde a qualificação do aconselhamento para uma vida sexual saudável como os adolescentes, destaque para o espaço escolar como campo de promoção da saúde, passando pelo pré-natal, parto e cuidados imediatos com o recém-nascido buscando a diminuição dos agravos no período perinatal (ARAÚJO et al., 2014).

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança se organiza a partir das redes de atenção à saúde e de seus eixos estratégicos, na qual a Atenção Primária a Saúde configura-se como coordenadora do cuidado à criança e ponto central desses processos. Dentro os eixos estratégicos destacam-se: aleitamento materno; promoção e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento integral; atenção a crianças com agravos prevalentes na infância e com doenças crônicas; atenção à saúde de crianças com deficiência ou em situações específicas e de vulnerabilidade; vigilância e prevenção do óbito infantil fetal e materno (DAMASCEDO et al., 2016).

A Atenção Primária a Saúde, para ser capaz de atender aos eixos estratégicos da PNAISC com melhores resultados, deve estar estruturada com base nos chamados atributos ordenadores, são eles: os acessos de primeiro contato, a integralidade e a coordenação; as orientações familiares e comunitárias. A atenção à saúde da criança vem sofrendo transformações com os avanços científicos, a incorporação de tecnologias e a adoção de modelos assistenciais, no entanto o que ainda prevalece nas consultas de saúde da criança é o atendimento individual, pautado na queixa-conduta, incapaz de atender integralmente as necessidades de saúde dessa população (DAMASCEDO et al., 2016).

As inadequações da atenção a criança em nível primário foram identificadas nas políticas nacionais voltadas a infância, embora a perspectiva da integralidade esteja presente, há contraindi-



cações, uma vez que permanecem características do modelo médico-hegemônico, desencadeando limitações nas proposições. Apesar de conterem os princípios centrais da atenção básica, as políticas ainda não têm a família como foco da atenção, predominando ações curativas (DAMASCEDO et al., 2016).

Na área de saúde da criança, o trabalho implica necessariamente o envolvimento da família, que passa juntamente com o paciente a compartilhar o seu cuidado com a equipe de saúde. No contexto hospitalar, em determinados momentos, existe uma forte tendência a perceber paciente e família a partir de uma visão dicotomizada. Porém o compartilhamento dos processos de cuidado entre trabalhador e família é um dos dispositivos de humanização deste ambiente (PEREIRA et al., 2016).

Compreender a experiência de hospitalização para a família favorece uma reflexão sobre estratégias possíveis que favoreçam vivências produtivas e menos traumáticas. A hospitalização na infância pode alterar significativamente o desenvolvimento infantil, uma vez que restringe as relações de convivência da criança por impor limites a socialização e as interações, acarretar o afastamento da família e de sua rotina (ZOMBINE; 2011).

A criança dentro da sua faixa de desenvolvimento, elabora a experiência da hospitalização, muitas vezes assustadoras e dolorosas. Com o passar do tempo da hospitalização, o sofrimento dos pais vai se amenizando, a medida em que o filho melhora, vão aceitando o tratamento e se familiarizando com o hospital (ZOMBINE; 2011).

Os pais têm destacado a importância do acesso as atividades educativas e de lazer para que o filho possa extravasar seus medos e ansiedades. O sentimento da família para com as crianças transformou-se durante a evolução das sociedades em decorrência de valores socio-econômicos, demográficos, religiosos, culturais, afetivos e educacionais (ZOMBINE; 2011).



Debates Interdisciplinares em Saúde

A atenção à saúde infantil na hospitalização não pode restringir-se apenas ao modelo de atuação calcada na patologização e medicalização dos problemas, bem como na hierarquização da relação profissional-paciente. É necessário a participação da criança e dos familiares no enfrentamento de situações-problemas, visando a autonomia e empoderamento do bem em saúde (ZOMBINE; 2011).

Na formação dos profissionais de saúde, é imprescindível que seja incentivado o trabalho em equipe multiprofissional, para a identificação de problemas, tais como realmente se apresentam e são enfrentados cotidianamente pelos pacientes. Isto amplifica o saber para agir sobre os determinantes e condicionantes da saúde de modo que se tornem favoráveis a melhoria da qualidade de vida durante a hospitalização (ZOMBINE; 2011).

Sendo o ECA (Estatuto da criança e adolescente) o agrupamento de diretrizes e estruturação constitucional brasileiro que tem por finalidade a proteção integral da criança e adolescente, sobretudo no “direito a proteção à vida e à saúde” como explícita o ECA no artigo 7, podemos entender num contexto mais amplo, direcionado à saúde da criança e adolescente, que essas ações se tornam efetivas, através de políticas públicas e orçamentos destinados para tal objetivo.

Dessa forma, a porta de entrada desse sistema ocorre por meio das UBS's (Unidade Básicas de Saúde) que com suas equipes multiprofissionais assistem crianças e adolescentes de forma global, seguindo o ciclo evolutivo do cuidado, como: Pré natal, parto, pós-parto, puericultura, até a adolescência, ofertando ações, como: orientações sobre autocuidado, saúde sexual, acompanhamento psicológico, terapia ocupacional e educativa dentre outras. Legalmente garantidos, esses direitos a saúde da criança e adolescente alicerça a construção de uma sociedade sadia, merecedora de uma boa existência como se espera.

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) foi iniciado com a promulgação da Constitui-



ção de 1988, no qual, garante a proteção integral a todas as crianças e os adolescentes, que estão na faixa etária entre zero e dezoito anos. Com a criação do ECA, a criança e o adolescente dispõem de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, assegurando os por lei, todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade (BRASIL, 2008).

De acordo com o ECA, é dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária (BRASIL, 2008).

A criança e o adolescente têm direito a proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência. Com isso, o Sistema Único de Saúde (SUS), deve garantir o acesso universal e igualitário as ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde assegurando atendimento integral à saúde da criança e do adolescente (BRASIL, 2008).

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Juliane Pagliari et al. História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas. Revista brasileira de enfermagem, v. 67, p. 1000-1007, 2014. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reben/a/rBsdPF8xx9Sjm6vwX7JLYzx/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso: 25/01/22.

BRASIL. Ministério da Saúde. Estatuto da Criança e do Adolescente. Ministério da Saúde. – 3. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008. 96 p. – (Série E. Legislação de Saúde).



DAMASCENO, Simone Soares et al. Saúde da criança no Brasil: orientação da rede básica à Atenção Primária à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, p. 2961-2973, 2016. Disponível: <<https://www.scielosp.org/pdf/csc/2016.v21n9/2961-2973/pt>>. Acesso: 25/01/22.

PEREIRA NETO, Élida Fluck; RAMOS, Márcia Ziebell; SILVEIRA, Esalba Maria Carvalho. Configurações familiares e implicações para o trabalho em saúde da criança em nível hospitalar. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 26, p. 961-979, 2016. Disponível: <<https://www.scielosp.org/pdf/physis/2016.v26n3/961-979/pt>>. Acesso: 25/01/22.

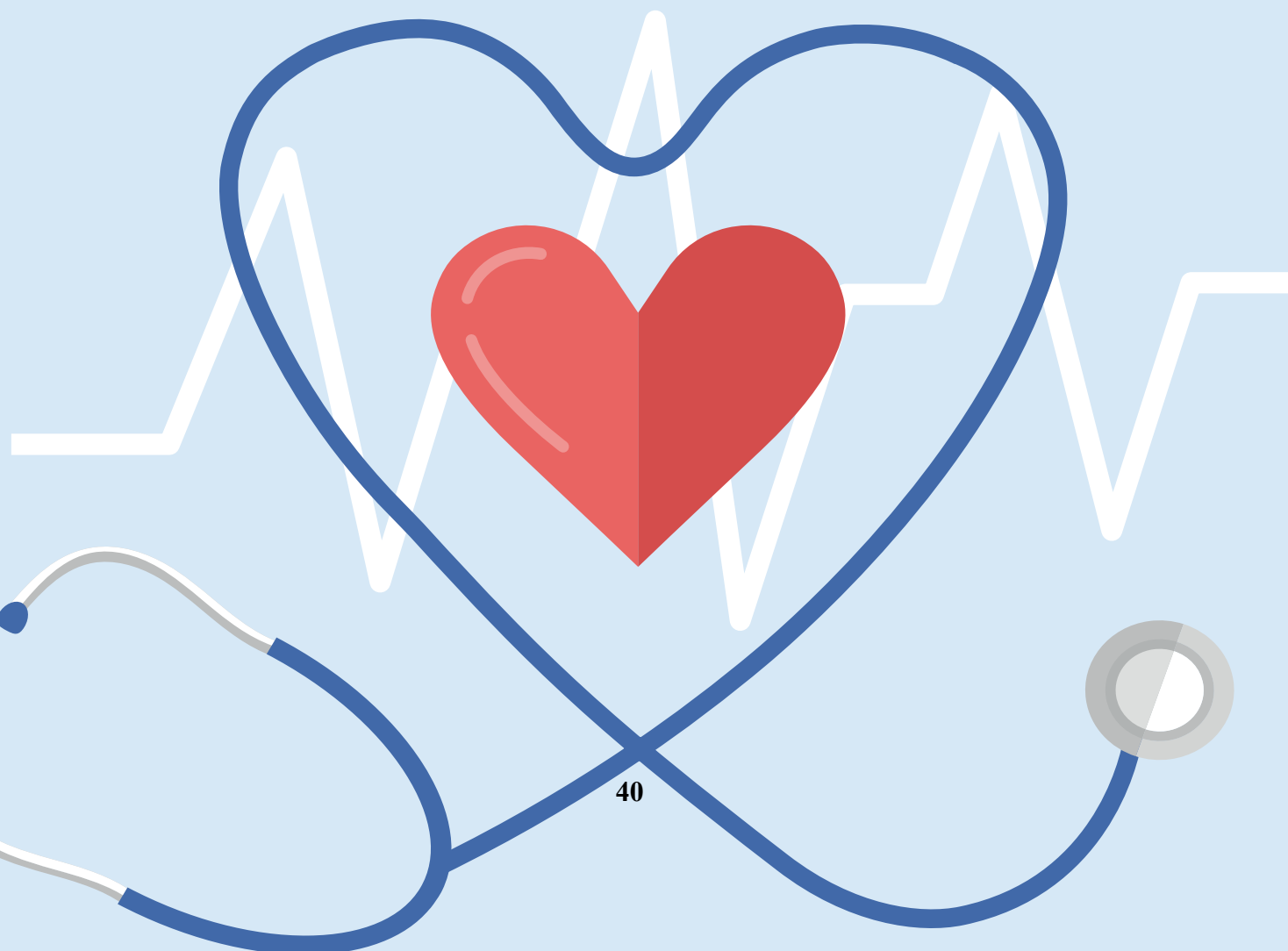
ZOMBINI, Edson Vanderlei. Classe hospitalar: uma estratégia para a promoção da saúde da criança. 2011. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo. Disponível: <<https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-15042011-090424/publico/EdsonZombini.pdf>>. Acesso: 25/01/22.



Capítulo

5

**IDOSO E O CUIDADO INTEGRAL NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**



IDOSO E O CUIDADO INTEGRAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

ELDERLY AND COMPREHENSIVE CARE IN PRIMARY HEALTH CARE

Letícia de Lucena Viana Alves¹

Maria Carolina Salustino dos Santos²

Nathalia Claudino do Nascimento³

Rita de Cássia Sofia Barreto Bezerra⁴

Anna Claudia Silva de Araujo⁵

Marcos Antonio de Araujo Leite Filho⁶

Jamayana Lima de Souza Amaral⁷

Wanessa Toscano Cavalcante⁸

Lorena Gonçalves Pereira⁹

Thiara Carvalho de Oliveira¹⁰

Neirilanny da Silva Pereira¹¹

-
- 1 Discente do Curso de Enfermagem no Centro Universitário De João Pessoa- UNIPÊ.
 - 2 Enfermeira. Mestra em Enfermagem. Centro Universitário de João Pessoa.
 - 3 Enfermeira. Mestra em Enfermagem. Centro Universitário de João Pessoa
 - 4 Enfermeira. Universidade Federal de Pernambuco (UFPE).
 - 5 Enfermeira. Mestre em Biotecnologia e inovação em Saúde. Universidade Anhanguera de São Paulo-UNIA.
 - 6 Educador físico. Centro Universitário de João Pessoa.
 - 7 Enfermeira. Faculdade de Enfermagem Nova Esperança.
 - 8 Enfermeira. Universidade Federal da Paraíba.
 - 9 Enfermeira. Faculdade Santa Maria.
 - 10 Enfermeira. Centro universitário UNIPÊ
 - 11 Enfermeira. Universidade Federal da Paraíba.



INTRODUÇÃO

O envelhecimento humano está sujeito a influências intrínsecas, como a constituição genética individual, responsável pela longevidade máxima, e os fatores extrínsecos, condizentes às exposições ambientais, a que o indivíduo sofreu, como o tipo de dieta, sedentarismo e poluição, os quais proporcionam uma grande heterogeneidade no envelhecimento. Além disso, o envelhecimento orgânico humano pode ser caracterizado como senescência, que se refere ao envelhecimento normal, ou como senilidade, que é envelhecimento patológico (FRIES; PEREIRA, 2011).

Com o envelhecimento, o ser humano sofre várias alterações marcantes, entre as quais pode-se citar: embranquecimento dos cabelos e calvície; redução na estatura; aumento do diâmetro do crânio e aumento da amplitude do nariz e orelhas, caracterizando a conformação facial do idoso, também ocorre diminuição da espessura e perda da capacidade de sustentação da pele, o que leva ao surgimento de bolsas orbitais, enrugamento e aumento dos sulcos labiais; alteração da cavidade bucal com perda do paladar; desgaste dos dentes e modificação na língua que perde grande quantidade de suas papilas gustativas (FRIES, PEREIRA; 2011).

Em relação à saúde do idoso, vários são os aspectos que inquietam, de um lado o envelhecer como um processo progressivo de diminuição de reserva funcional – a senescência, e do outro, o desenvolvimento de uma condição patológica por estresse emocional, acidente ou doenças, – a senilidade, ambos exigem intervenções dos profissionais de saúde, com atuações focadas nesse segmento populacional (BRAZ et al., 2011).

O maior desafio na atenção à pessoa idosa é contribuir para que, apesar das progressivas limitações que possam ocorrer, ela possa redescobrir possibilidades de viver sua própria vida com a



máxima qualidade possível. Essa possibilidade aumenta à medida que a sociedade considera o contexto familiar e social e consegue reconhecer as potencialidades e o valor das pessoas idosas, pois parte das suas dificuldades está mais relacionada a uma cultura que as desvaloriza e limita (BRAZ et al., 2011).

REFLEXÃO

De acordo com o ciclo da vida, a fase posterior à meia-idade é a velhice ou terceira idade, e estas se relacionam, pelas atitudes assumidas, a uma tendência de compreender-se um determinado período pelas experiências passadas, muitos dos fatores relacionados na fase da meia-idade são fortalecidos ou perdem a sua importância após os 60 anos (DUARTE et al., 2002).

Os teóricos classificam o declínio da velhice de duas maneiras: a senescência que é um fenômeno fisiológico, arbitrariamente identificado pela idade cronológica, sendo considerado um envelhecimento sadio porque o declínio físico e mental é lento e compensado pelo organismo, já a senilidade, caracteriza-se pelo declínio físico associado à desorganização mental (DUARTE et al., 2002).

Curiosamente, a senilidade não é exclusiva da idade avançada, mas pode ocorrer prematuramente, porque é identificada com uma perda considerável do funcionamento físico e cognitivo, observável pelas alterações na coordenação motora, a alta irritabilidade, além de uma considerável perda de memória (DUARTE et al., 2002).

Profissionais de saúde, em especial os enfermeiros, em decorrência do aumento da longevidade da população, necessitam potencializar a complexidade da assistência de enfermagem ao idoso. Importante salientar que as ações de enfermagem sejam consideradas pela compreensão de que o en-



velhecimento se define por mudanças específicas, carecendo de habilidades dos profissionais de saúde para lidar com a variedade de ocorrências apresentadas por essa demanda, contudo, é necessário que o enfermeiro promova a saúde, bem-estar para prevenir e controlar os problemas decorrentes de patologias em todas as fases do ciclo vital, tratando os direitos e deveres da pessoa idosa, defendendo sua dignidade, bem como sua experiência de vida (OLIVEIRA et al., 2018).

Os princípios do SUS foram conquistados no momento da promulgação da Constituição Federal e vêm sendo reforçados como direito inalienável e como diretriz fundamental na gestão do cuidado à saúde do idoso, a fim de qualificar o cuidado, o SUS está orientado para a Atenção Primária à Saúde. O Pacto pela Vida e a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), ambos de 2006, definiram que a atenção à saúde dessa população deve ter como porta de entrada a Atenção Primária à Saúde, tendo como referência a rede de serviços especializada de média e alta complexidade (MARTINS et al., 2018).

Modificar a forma como o cuidado em saúde tem acontecido é um desafio e uma necessidade quando se trata da atenção à saúde de pessoa em situação de maior venerabilidade como os idosos, essa mudança é indispensável e precisa ser construída no cotidiano dos serviços como na atenção primária à saúde, na formação dos profissionais de saúde, na maneira como o sistema de saúde é organizado e conduzido para a assistência e em seu financiamento. Nos serviços de saúde, como na APS, os enfermeiros têm o propósito de favorecer condições para a promoção da saúde, prevenção de agravos, proteção, vigilância em saúde, acompanhamento e apoio no tratamento (FERRAZ; OLIVEIRA; 2021).

Desse modo, considera-se a gestão do cuidado ao idoso depende da APS ampla e complexa, em que o trabalhador de saúde assume dimensões desafiadoras na tomada de decisões, é oportuno refletir sobre a atuação do enfermeiro na atenção primária enquanto produtor de cidade e procedi-



mentos realizados as famílias, os idosos com algum tipo de comprometimento funcional (FERRAZ; OLIEIRA; 2021).

O primeiro nível de atenção em saúde é a Atenção Primária à Saúde (APS), no qual tem como característica o conjunto de ações de saúde, envolvendo a promoção e a proteção da saúde, no âmbito individual e coletivo. Além disso, promove o diagnóstico, tratamento e a reabilitação, proporcionando a redução de danos e a prevenção de agravos de doenças. Refere-se a principal porta de entrada e do centro de comunicação na Rede de Atenção do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2019).

A Atenção Primária à Saúde tem como objetivo de desenvolver uma atenção integral que traga benefícios na situação de saúde das coletividades, sendo seguido pelos princípios da universalidade, equidade e integralidade. No Brasil, a APS é composta por serviços multidisciplinares por meio das Unidades de Saúde da Família (USF), são disponibilizadas consultas, vacinas, atividades de ação em saúde, entre outros procedimentos (BRASIL, 2019).

O cuidado integral na APS, é centrada na pessoa e não apenas na doença, de acordo com as suas necessidades e condições, deve-se ter respeito, escuta qualificada, compartilhamento e corresponsabilização do cuidado. Nesse sentido, para a população idosa o cuidado integral na APS tem como contribuição a organização da atenção e ampliação qualificada ao acesso dos idosos na assistência à saúde (QUEIROZ et al., 2021).

Com o envelhecimento da população brasileira, proporcionou mudanças no perfil demográfico e epidemiológico. Com isso, foi necessário elaborar novas formas de cuidado, principalmente aos cuidados prolongados e a atenção domiciliar, tendo como objetivo o envelhecimento ativo que aumenta a expectativa de uma vida saudável e a qualidade de vida para a população idosa inclusive as que são frágeis, fisicamente incapacitadas e que requerem cuidados (BRASIL, 2014).



A atenção com a população idosa, deve ser organizada em etapas nos serviços de saúde de forma que o cuidado garanta o acesso, o acolhimento e cuidado de forma humanizada. Além disso, os serviços de saúde devem proporcionar responsabilização e resolutividade, levando em consideração o risco de fragilidade e dependência da pessoa idosa (BRASIL,2014). A pessoa idosa deve ser vinculada à atenção básica, pois ela acompanhará o idoso de forma articulada e integrada de acordo com as suas necessidades. Na APS, são formadas equipes multiprofissionais, que realização ações de saúde individual e coletiva (BRASIL,2014).

O cuidado integral começa a partir da identificação e o registro das condições de saúde da população idosa, diante disso, a APS deverá fornecer ações e serviços de promoção, prevenção, proteção, diagnóstico e reabilitação da saúde. Com isso, deve-se ter a ampliação da cobertura vacinal, orientações sobre alimentação e nutrição, práticas de atividades físicas, orientação sobre prevenção e acompanhamento de vítimas de violência, prevenção de quedas, higiene e saúde bucal, prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, orientação e acompanhamento das doenças crônicas (BRASIL, 2014).

REFERÊNCIAS

ANJOS, Karla Ferraz dos; SANTA ROSA, Darci de Oliveira. Demandas do envelhecimento para enfermeiro, agente comunitário de saúde e cuidador familiar pelo cuidado de idosos dependentes. Rev. enferm. UFPE on line, p. [1-20], 2021. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/246170>>. Acessado: 03/03/22.

BRASIL, Ministério da Saúde. Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no sus: proposta de modelo de atenção integral: XXX Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. [s. l.], 2014.



Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_cuidado_pessoa_idosa_sus.pdf. Acesso em: 2 mar. 2022.

BRASIL, Ministério da Saúde. O que é Atenção Primária?. [S. l.], 2019. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/smp/smpoquee>. Acesso em: 2 mar. 2022.

CIOSAK, Suely Itsuko et al. Senescência e senilidade: novo paradigma na atenção básica de saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 45, p. 1763-1768, 2011. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reeusp/a/9VCqQLGF9kHwsVTLk4FdDRt/abstract/?lang=pt>>. Acessado: 03/03/22.

DUARTE, Cátia Pereira; DOS SANTOS, Cristiane Leite; GONÇALVES, Andréa Krüger. A concepção de pessoas de meia-idade sobre saúde, envelhecimento e atividade física como motivação para comportamentos ativos. *Revista Brasileira de Ciências do Esporte*, v. 23, n. 3, 2002. Disponível em: <<http://revista.cbce.org.br/index.php/RBCE/article/view/283>>. Acessado: 03/03/22.

FRIES, Aline Tais; PEREIRA, Daniela Cristina. Teorias do envelhecimento humano. *Revista Contexto & Saúde*, v. 11, n. 20, p. 507-514, 2011. Disponível em: <<https://revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/article/view/1571>>. Acessado: 03/03/22.

LIMA, Bruna Laís de Oliveira et al. Saúde do idoso: atribuições do enfermeiro frente à senescência e senilidade. *Semana de Enfermagem Liderança sustentável e comprometida com o direito humano à saúde: desafios da Enfermagem*; 2018. 251 p., 2018. Disponível em: <<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/182569/001072321.pdf?sequence=1>>. Acessado: 03/03/22.

MARTINS, Aline Blaya et al. Atenção Primária a Saúde voltada as necessidades dos idosos: da teoria à prática. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 19, p. 3403-3416, 2014. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/Bm7LDFY7FzzYstFP6pVqYhH/abstract/?lang=pt>>. Acessado: 03/03/22.

QUEIROZ, Danielly; OLIVEIRA, Lucia; FILHO, Pedro; SILVA, Maria. Desafios e potencialidades



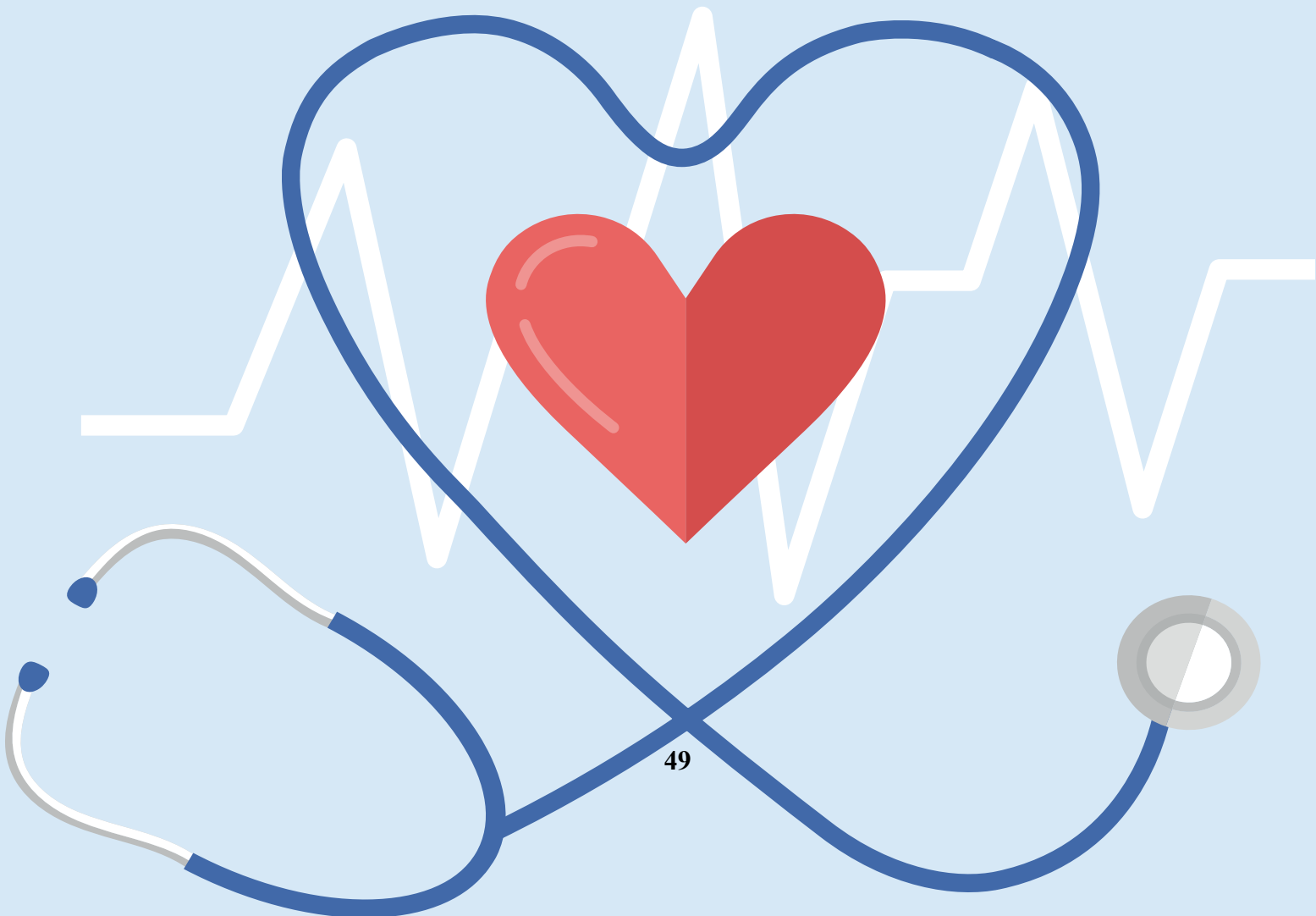
para produção do cuidado integral na Atenção Primária à Saúde brasileira. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 74, ed. 05, p. 1-11, 2021. DOI <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0008>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/Ntj6sMgKWb8JSskmrw58nyQ/?lang=en#>. Acesso em: 2 mar. 2022.



Capítulo

6

GRUPOS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE: BENEFÍCIOS PARA OS USUÁRIOS



GRUPOS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE: BENEFÍCIOS PARA OS USUÁRIOS

HEALTH EDUCATION GROUPS: BENEFITS FOR USERS

Letícia de Lucena Viana Alves¹

Maria Carolina Salustino dos Santos²

Nathalia Claudino do Nascimento³

Rita de Cássia Sofia Barreto Bezerra⁴

Luciene Lima Silva⁵

Anne Karine de Assunção Almeida⁶

Wanessa Toscano Cavalcante⁷

Thiara Carvalho de Oliveira⁸

INTRODUÇÃO

A educação está presente a todo o momento na vida do ser humano, ela prevê interação entre as pessoas envolvidas dentro do contexto educativo visando a modificação de ambas as partes, é um

-
- 1 Discente do Curso de Enfermagem no Centro Universitário De João Pessoa- UNIPÊ.
 - 2 Enfermeira. Mestra em Enfermagem. Centro Universitário de João Pessoa.
 - 3 Enfermeira. Mestra em Enfermagem. Centro Universitário de João Pessoa
 - 4 Enfermeira. Universidade Federal de Pernambuco (UFPE).
 - 5 Enfermeira. Faculdade Maurício de Nassau.
 - 6 Enfermeira. Faculdade de Ciências Médicas de Campina Grande/PB.
 - 7 Enfermeira. Universidade Federal da Paraíba.
 - 8 Enfermeira. Centro universitário UNIPÊ



processo complexo e não existe uma definição única (MACIEL; 2009).

A educação em saúde tradicional, inicialmente chamada de Educação Sanitária, surge no Brasil a partir da necessidade do Estado brasileiro de controlar as epidemias de doenças infectocontagiosas que ameaçavam a economia agroexportadora do país durante a República Velha, no começo do século XX, nesse período a população brasileira era atingida por doenças como a varíola, febre amarela, tuberculose e sífilis, que estavam relacionadas às péssimas condições sanitárias e socioeconômicas em que o povo vivia (MACIEL; 2009). Dessa forma, as ações educativas em saúde passam a ser conceituadas como um processo de contribuição entre indivíduos e grupos, que objetiva a melhora nas condições de saúde, a partir de reflexões (MACIEL; 2009). As práticas de educação em saúde estão relacionadas aos seguintes: valorização profissional, apoio da gestão, prevenção e promoção em saúde, autonomia nos cuidados individuais e coletivos dentro da sociedade (MENDES et al., 2014).

REFLEXÃO

Os grupos operativos a partir da década de 1970 chamaram a atenção dos profissionais da saúde devido ao seu potencial de aplicabilidade e pela sistematização que traziam para o processo grupal, na necessidade de fomentar novas iniciativas para a resolução das dificuldades, capazes de transformar informação em atitude, os grupos surgem como cenários e procedimentos metodológicos que permitem consolidar uma concepção do homem em sua integralidade, para além do foco de entendimento do processo saúde-doença, ofertando uma formação em saúde mais reflexiva, integrada e humanizada (MENDES et al., 2014).

Para possibilitar que se pense na saúde do homem de modo mais contextualizado, sem disso-



ciar a história da pessoa de seu processo saúde-doença, é necessário um recurso que também valorize e trabalhe o nível implícito, inconsciente de seus operadores (MENDES et al., 2014).

Os grupos operativos são usados no Sistema Único de Saúde, de modo predominante na Atenção Primária, visando a promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos (MENDES et al., 2014). Esses grupos na Atenção Primária, tem um papel coletivo, que problematiza o processo de cuidar, ofertando benefícios e ampliação do trabalho em saúde, através da educação (MENEZES; AVELINA; 2016).

Os grupos operativos são uma estratégia que reúne indivíduos com propósitos comuns para realizar atividades de promoção da saúde, prevenção de doenças e prestação de cuidados específicos que estimulam o autocuidado. Tais grupos estão presentes em diversos âmbitos do Sistema Único de Saúde (SUS), com predomínio na Atenção Primária à Saúde (APS), visto que esta é responsável pelo primeiro acesso do paciente e deve fornecer um cuidado integral, longitudinal e coordenado (FREITAS et al., 2020).

Constituem-se como ferramentas facilitadoras do acesso dos usuários aos serviços, ademais, mostram-se efetivos na promoção da saúde por promoverem o empoderamento e a autonomia dos indivíduos, capacitando-os a lidarem com seus fatores de risco e problemas de saúde, tornando-os ativos no processo de defesa da vida. Na atenção primária a saúde, os impactos dessas atividades refletem na maior otimização dos serviços, melhor envolvimento entre a equipe e o usuário, redução da necessidade de consultas individuais e maior qualidade de vida da população (FREITAS et al., 2020).

Educação em saúde um processo educativo que requer o desenvolvimento de um pensar crítico e reflexivo. Além disso, facilita a melhoria da autonomia e emancipação do indivíduo, é capaz de indicar e opinar nas decisões de saúde para cuidar de si, da família e da coletividade. Na educação



em saúde é realizado grupos entre os profissionais de saúde, os gestores e a população que tem a necessidade de construir os seus conhecimentos e melhorar a sua autonomia nos cuidados individual e da comunidade (FALKENBERG et al., 2014).

Os grupos de educação em saúde é conjunto de pessoas que possuem necessidades semelhantes que se reúnem para estimular experiências com o objetivo de melhorar as condições de vida e promover a saúde, fortalecendo os vínculos entre os profissionais e os usuários. Dessa maneira, os grupos possibilitam mudanças nas práticas de saúde e qualidade de vida da população, partindo do contexto socioeconômico, político e cultural (FALKENBERG et al., 2014).

As ações dos grupos de educação em saúde podem ser vivenciadas de modo oposto ao autoritarismo, depositando os conteúdos e transmitindo o conhecimento de forma vertical. Essas ações devem ter troca de vivências, o uso da criatividade, trabalho coletivo, valorização da diversidade e criação de vínculo, dessa maneira, pode também contribuir para a formação o de uma sociedade democrática e solidária (FALKENBERG et al., 2014).

Os grupos de educação em saúde, vem sendo utilizado em diversas áreas da saúde pelo Sistema Único de Saúde (SUS), principalmente na Atenção Primária. Nesses grupos possuem uma prática coletiva de problematização e discussão, sendo aplicados a promoção da saúde, prevenção de doenças e prestação de cuidados específicos. Os benefícios dessa ação em grupo é que diminui as consultas individuais, a participação ativa do indivíduo no processo educativo e pode haver o envolvimento multiprofissional com as pessoas (MENEZES; AVELINO, 2016).

REFERÊNCIAS



DE FREITAS SÁ, Débora Layze et al. A importância dos grupos operativos na Atenção Primária à Saúde. *Revista de APS*, v. 23, 2020. Disponível em: <<https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/33841/22658>>. Acessado em: 04/03/22.

FALKENBERG, Mirian Benites et al. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. *Ciência & saúde coletiva*, v. 19, p. 847-852, 2014. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/csc/2014.v19n3/847-852/pt>>. Acessado em: 04/03/22.

FALKENBERG, Mirian; MENDES, Thais; MORAES, Eliane; SOUZA, Elza. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva* [online], v. 19, ed. 03, p. 847-852, 2014. DOI <https://doi.org/10.1590/1413-81232014193.01572013>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/kCNFQy5zkw4k6ZT9C3VntDm/?lang=pt#>. Acesso em: 3 mar. 2022.

MACIEL, Marjorie Ester Dias. Educação em saúde: conceitos e propósitos. *Cogitare Enfermagem*, v. 14, n. 4, 2009. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/viewFile/16399/10878>>. Acessado: 04/03/22

MENEZES, Kênia Kiefer Parreiras de; AVELINO, Patrick Roberto. Grupos operativos na Atenção Primária à Saúde como prática de discussão e educação: uma revisão. *Cadernos Saúde Coletiva*, v. 24, p. 124-130, 2016. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/cadsc/a/KZh3BmhLfqFRM7GYqp8ZXS-c/?format=pdf&lang=pt>>. Acessado em: 04/03/22.

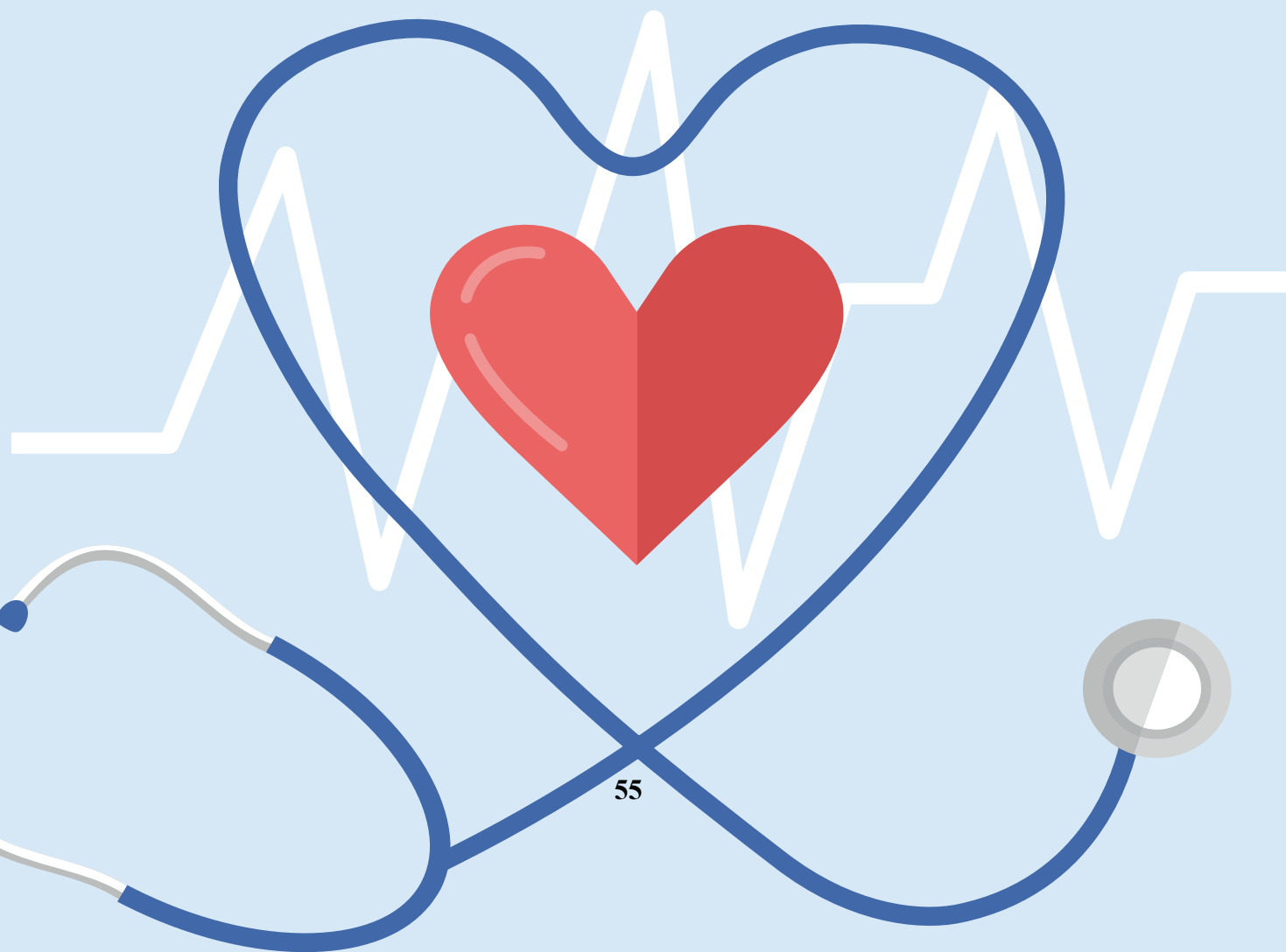
MENEZES, Kênia; AVELINO, Patrick. Grupos operativos na Atenção Primária à Saúde como prática de discussão e educação: uma revisão. *Cad. Saúde Colet.*, v. 24, ed. 1, p. 124-130, 2016. DOI 10.1590/1414-462X201600010162. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadsc/a/KZh3BmhLfqFRM7GYqp8ZXS-c/?lang=pt&format=pd>. Acesso em: 3 mar. 2022.



Capítulo

7

**O CUIDADO EM SAÚDE DA CRIANÇA
E A IMPORTÂNCIA DO ACOMPANHA-
MENTO DA PUERICULTURA NA ATEN-
ÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**



O CUIDADO EM SAÚDE DA CRIANÇA E A IMPORTÂNCIA DO ACOMPANHAMENTO DA PUERICULTURA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

CHILD HEALTH CARE AND THE IMPORTANCE OF CHILD CARE FOLLOW-UP IN PRIMARY HEALTH CARE

Letícia de Lucena Viana Alves¹

Maria Carolina Salustino dos Santos²

Nathalia Claudino do Nascimento³

Rita de Cássia Sofia Barreto Bezerra⁴

Angélica Helena Tito Fernandes⁵

Alane Barreto de Almeida Leôncio⁶

Clarice França Lira Leopoldino⁷

INTRODUÇÃO

O modelo de saúde adotado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) é a Rede de Atenção à Saúde

-
- 1 Discente do Curso de Enfermagem no Centro Universitário De João Pessoa- UNIPÊ.
 - 2 Enfermeira. Mestra em Enfermagem. Centro Universitário de João Pessoa.
 - 3 Enfermeira. Mestra em Enfermagem. Centro Universitário de João Pessoa
 - 4 Enfermeira. Universidade Federal de Pernambuco (UFPE).
 - 5 Enfermeira. Centro Universitário de João Pessoa.
 - 6 Enfermeira. Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba (PPGENF/UFPB).
 - 7 Acadêmica em Medicina. Centro Universitário de João Pessoa.



de (RAS), que se caracteriza pelo conjunto de ações e serviços de saúde, estruturados em níveis de complexidade crescente, sendo a atenção básica (AB) ou atenção primária à saúde (APS) a principal porta de entrada do sistema (BRASIL, 2011; ARAÚJO et al., 2021; BRASIL, 2014, BRASIL, 2017; SILVA, CARDOSO, 2018).

A atenção básica fornece procedimentos individuais, familiares e coletivos, perpassando a promoção, prevenção e proteção da saúde, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, ofertados mediante atuação de equipes multiprofissionais, responsáveis sanitários sobre uma população de território definido (BRASIL, 2011; ARAÚJO et al., 2021; BRASIL, 2014, BRASIL, 2017; SILVA, CARDOSO, 2018).

Na década de 80, o Ministério da Saúde (MS) criou ações para a promoção da saúde de crianças entre zero a cinco anos de idade, por meio da implementação do Programa de Assistência Integrada à Saúde da Criança (PAISC), visto que o índice de mortalidade infantil estava muito alto (SILVA, CARDOSO, 2018). Assim, a criança deve ser entendida como um sujeito de direitos, em desenvolvimento, com prioridade no atendimento, por uma equipe multiprofissional, e se necessário, em caso de maior complexidade deve-se realizar um Projeto Terapêutico Singular (PTS), no intuito de produzir um cuidado integral e integrado (BRASIL, 2018).

REFLEXÃO

O acompanhamento de puericultura na Atenção Básica deve ser iniciado na primeira semana de vida da criança, oportunizando a criação de vínculo entre os profissionais da equipe de saúde da família e o responsável pela criança, ofertando cuidados preventivos inerentes a cada faixa etária,



com o objetivo de reduzir a necessidade de hospitalização por causas preveníveis, são consideradas orientações pertinentes: cuidado direto a criança, aleitamento materno, higiene da criança e do coto umbilical, posição para dormir, prevenção de acidentes domésticos, esquema de vacinação, alimentação, estímulos precoces e educação em saúde (SILVA, CARDOSO, 2018).

No acompanhamento de puericultura, os profissionais de saúde, principalmente enfermeiros, devem utilizar instrumentos disponibilizados pelo Ministério da Saúde, são eles: gráficos de acompanhamento de crescimento, tabela de rastreamento de desenvolvimento e manuais, permitindo a detecção precoce de atrasos no crescimento e desenvolvimento, encaminhamento em tempo hábil e tratamento precoce, reduzindo os índices de mortalidade infantil e sequelas permanentes (SILVA, CARDOSO, 2018).

A Atenção Primária à Saúde (APS) é responsável pelos serviços de prevenção, promoção e recuperação da saúde da população, sendo assim, com a expansão da cobertura populacional, facilita o acesso da população nos serviços de ações de saúde. Além disso, é na APS que ocorre a consulta de puericultura, que propõe um calendário mínimo para a assistência prestada à criança, é organizado com consulta a partir de 15 dias de vida, consultas com um mês, dois, quatro, seis, doze e dezoito meses, com isso, deve totalizar sete consultas no primeiro ano e meio de vida (VIEIRA et al., 2012).

Na infância, a criança pode desenvolver distúrbios e doenças podendo ser responsáveis por consequências graves entre o indivíduo e comunidade. Dessa maneira, é importante o acompanhando na puericultura, pois é para ajudar no crescimento e desenvolvimento de forma saudável. A assistência deve ser realizada relacionando a saúde, o indivíduo, a família e a comunidade (VIEIRA et al., 2012).

A puericultura tem como objetivo o acompanhamento infantil, voltada aos aspectos de promoção, prevenção e orientações sobre a saúde infantil. O acompanhamento na puericultura é primor-



dial nas fases da vida que são de 0 a 5 anos de idade. Podendo ser realizada por médicos e enfermeiros, e o odontólogo que é responsável pela saúde bucal das crianças, esse serviço é ofertado na Unidade Básica de Saúde (UBS) pelo Sistema Único de Saúde (SUS). As consultas de puericultura, possuem a finalidade de promover a saúde, prevenir doenças através da vacinação e orientações, detectar e realizar tratamento de doenças precocemente, orientar os familiares a aprimorar o desenvolvimento da criança (CIAMPO et al., 2006).

A consulta ocorre através do conhecimento e compreensão da criança no ambiente familiar e social, recomenda-se analisar o contexto socioeconômico, histórico e cultural que ela vive. Além disso, deve-se acompanhar o crescimento e o desenvolvimento infantil e ampliar a cobertura vacinal. É necessário promover orientações, sobre: educação alimentar e nutricional, higienização, importância de atividades de lazer de acordo com cada faixa etária, estimular a promoção e a prevenção de doenças que podem ser transmitidas (CIAMPO et al., 2006).

Para o acompanhamento das consultas da puericultura é utilizado a Caderneta de Saúde da Criança, no qual são registradas as ações realizadas pelo enfermeiro e/ou médico e pelo dentista auxiliando o familiar com todas as informações sobre a sua identificação, história obstétrica e neonatal, crescimento, desenvolvimento e orientações sobre o aleitamento materno, alimentação complementar, saúde bucal, imunização, prevenção de acidentes e violência domésticas (BRIGIDA; SOUSA; ARAUJO, 2018).

Diante disso, com o registro na Caderneta de Saúde da Criança que começa a partir do parto e segue para o puerpério, é possível detectar precocemente os sinais de atraso no desenvolvimento e avaliar o sistema nervoso central que influencia na evolução motora, física, psicológica e auditiva da criança. Com essas informações é possível realizar a prevenção e identificação de agravos que podem



vir a prejudicar o crescimento e o desenvolvimento infantil (BRIGIDA; SOUSA; ARAUJO, 2018).

REFERÊNCIAS:

ARAUJO, Mireilly Cristiany et al. O pensar e o agir de profissionais de saúde sobre a coordenação entre os níveis assistenciais da rede de atenção à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2021, v. 26, n. 08 [Acessado 22 Agosto 2021], pp. 3359-3370. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232021268.04032020>>. Epub 09 Ago 2021. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021268.04032020>.

BRASIL. DECRETO Nº 7.508, DE 28 DE JUNHO DE 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS. Brasília: MS; 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: orientações para implementação. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 180 p.: il. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2018/07/Pol%C3%ADtica-Nacional-de-Aten%C3%A7%C3%A3o-Integral-%C3%B4-de-da-Crian%C3%A7a-PNAISC-Vers%C3%A3o-Eletr%C3%B4nica.pdf>. Acesso em: 05 de março de 2022.

BRASIL. PORTARIA Nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).



BRIGIDA, Elaine; SOUSA, Suely; ARAUJO, Renata. O papel da puericultura na saúde da criança. *Journal of Specialist*, v. 2, n. 10, p. 1-15, 2018. Disponível em: <http://www.journalofspecialist.com.br/jos/index.php/jos/article/view/98/53>. Acesso em: 3 mar. 2022.

CIAMPO, Luiz; RICCO, Rubens; DANELUZZI, Julio; CIAMPO, Ieda; FERRAZ, Ivan; ALMEIDA, Carlos. O Programa de Saúde da Família e a Puericultura. *Ciência & Saúde Coletiva* [online], v. 11, ed. 3, p. 739-743, 2006. DOI <https://doi.org/10.1590/S1413-81232006000300021>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/K6VfkqqnRCXgPJpyGDfQngr/?lang=pt#>. Acesso em: 2 mar. 2022.

SILVA, Georgeane Nogueira; CARDOSO, Alessandra Marques, o papel do enfermeiro na redução da mortalidade infantil por meio do acompanhamento de puericultura na atenção básica. *Revista científica da escola estadual de saúde pública de goiás “cândido santiago”*: v. 4 n. 1 (2018): revista científica da escola estadual de saúde pública “cândido santiago” – resap. Disponível em: <https://www.revista.esap.go.gov.br/index.php/resap/article/view/69> Acesso em: 05 de março de 2022.

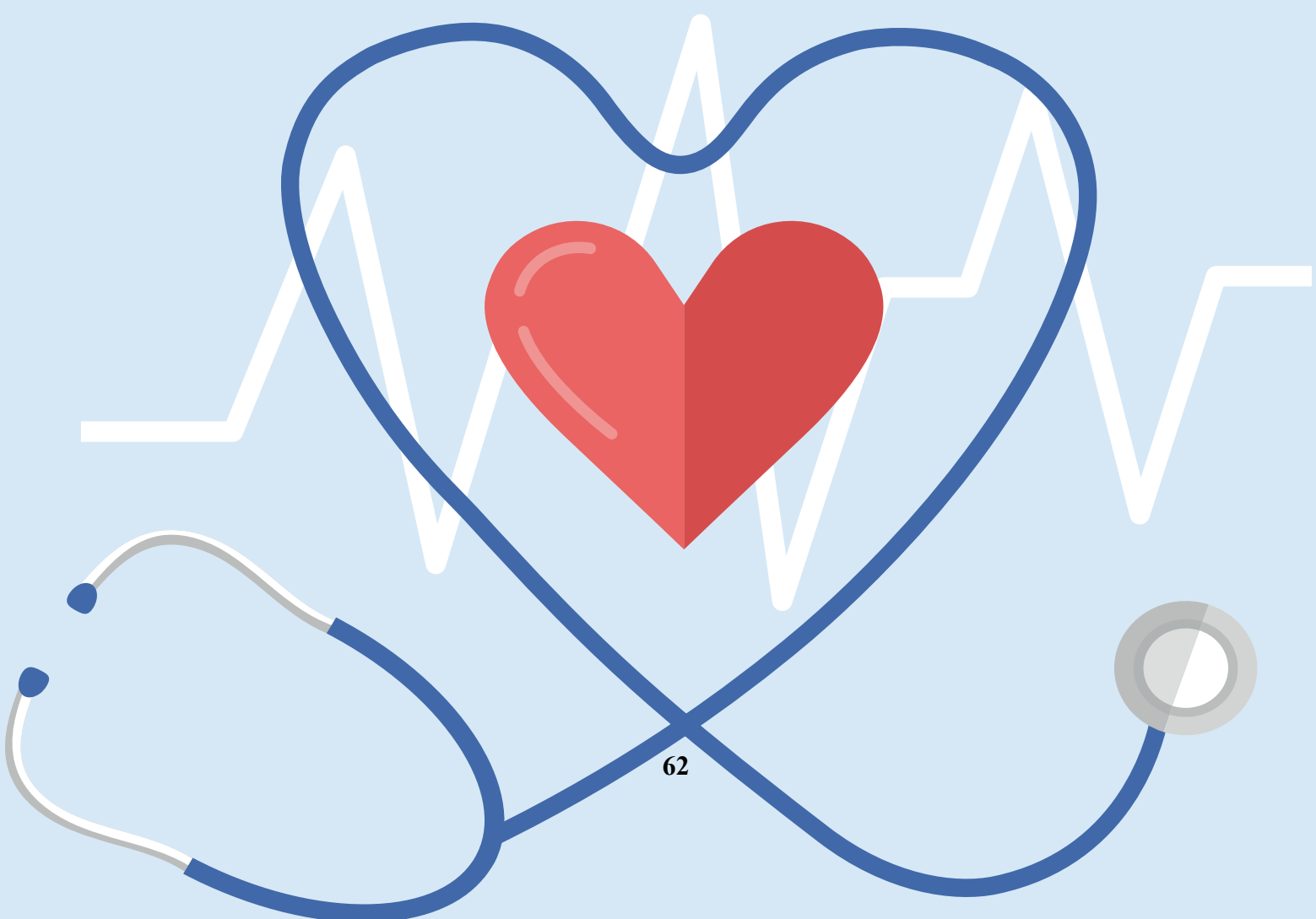
VIEIRA, Viviane; FERNANDES, Claudiane; DEMITTO, Marcela; BERCINI, Luciana; SCOCHI, Maria; MARCON, Sonia. Puericultura na atenção primária à saúde: atuação do enfermeiro. *Cogitare Enfermagem*, v. 17, ed. 1, p. 119-125, 2012. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=483648962017>. Acesso em: 3 mar. 2022.



Capítulo



**INDICADORES DE SAÚDE: AVALIAÇÃO
E DESEMPENHO NA PERSPECTIVA DO
CUIDAR**



INDICADORES DE SAÚDE: AVALIAÇÃO E DESEMPENHO NA PERSPECTIVA DO CUIDAR

HEALTH INDICATORS: ASSESSMENT AND PERFORMANCE FROM THE CARE PERSPECTIVE

Letícia de Lucena Viana Alves¹

Maria Carolina Salustino dos Santos²

Nathalia Claudino do Nascimento³

Rita de Cássia Sofia Barreto Bezerra⁴

Luciene Lima Silva⁵

Anne Karine de Assunção Almeida⁶

Maria Clara Ribeiro Costa⁷

Thais Bastos Leite⁸

Marcos Antonio de Araujo Leite Filho⁹

Alexandra de Assis Pessoa Guerra¹⁰

-
- 1 Discente do Curso de Enfermagem no Centro Universitário De João Pessoa- UNIPÊ.
 - 2 Enfermeira. Mestra em Enfermagem. Centro Universitário de João Pessoa.
 - 3 Enfermeira. Mestra em Enfermagem. Centro Universitário de João Pessoa
 - 4 Enfermeira. Universidade Federal de Pernambuco (UFPE).
 - 5 Enfermeira. Faculdade Maurício de Nassau.
 - 6 Enfermeira. Faculdade de Ciências Médicas de Campina Grande/PB.
 - 7 Enfermeira. Centro universitário UNIPÊ.
 - 8 Enfermeira. Faculdade de Enfermagem Nova Esperança.
 - 9 Educador físico. Centro Universitário de João Pessoa.
 - 10 Enfermeira, Responsável Técnica de Enfermagem da Clínica Cirúrgica no Hospital Universitário Lauro Wanderley. Universidade Federal de Pernambuco. Pós-graduada em Enfermagem em Dermatologia pela Faculdade Futura.



INTRODUÇÃO

Os Indicadores de Saúde são utilizados com a finalidade de medir uma realidade, em uma população-alvo, como parâmetro norteador, instrumento de gerenciamento, avaliação e planejamento das ações na saúde, com o objetivo de identificar, monitorar, avaliar ações mensurando a saúde na população, de modo a possibilitar mudanças nos processos e resultados, criando propostas em um planejamento estratégico (BRASIL, 2022).

O uso de indicadores de saúde pode ser usado para descrição, predição ou prognóstico de um determinado estado de saúde de um grupo populacional, com isso, pode ajudar a compreender o porquê indivíduos de um grupo populacional são saudáveis e outros possuem alguma doença. Dessa maneira, com a produção e o monitoramento periódico de indicadores de saúde pode facilitar a melhorar a tomada de decisões em diversos sistemas e setores, podendo melhorar a repercussão de programas, serviços e ações de saúde (BRASIL, 2022).

Além disso, os indicadores podem ser instrumentos para atender as necessidades de informação, favorecendo ou contrariando as ideias e ideologias em diferentes circunstâncias históricas e culturais. Contudo, a utilização dos indicadores de saúde na gestão facilita a monitoração facilitando a tomada de decisão, melhorar a qualidade do atendimento e o nível de saúde da população (BRASIL, 2022).

REFLEXÃO



Os principais tipos de indicadores de saúde, são: morbidade, tem como objetivo mensurar a ocorrência de doença, lesão e incapacidade da população; mortalidade, os dados deve apresentar informações demográfica, geográfica e de causa morte; serviços de saúde, avalia a qualidade dos serviços, como a estrutura e a assistência; demográficos, tem como finalidade verificar a natalidade, fecundidade e as migrações; ambientais, serve para as condições de moradia e do peridomicílio, no qual, estão ligadas ao nível socioeconômico da população (BRASIL, 2022).

Na gestão em saúde, os indicadores de saúde contribuem para o planejamento, à execução e à avaliação das ações que será realizada. Dessa maneira, proporciona o conhecimento sobre os aspectos relevantes da população, as situações de saúde da população e apoiam a busca de possíveis soluções e providências. Os indicadores favorecem para que a gestão em saúde faça novos planejamentos e controle dos serviços de saúde, buscando as possíveis soluções e providências para a melhoria da saúde da população (LIMA; ANTUNES; SILVA, 2015).

Na perspectiva da gestão e do cuidado diante dos indicadores de saúde, a pessoa que está desempenhando a função de gerente, é responsável pelo tomada de decisão, no qual os indicadores permitem a caracterização de uma população, identificando um determinando problema, uma vulnerabilidade na área analisada e os impactos que isso pode resultar na saúde das pessoas.

Uma das principais funções dos indicadores é proporcionar a solução de problemas através da identificação dos mesmos. É com os indicadores que existe a possibilidade de direcionar o planejamento, coordenação e supervisão de ações em saúde, permitindo maior efetividade em todo o processo de cuidar. O fato de identificar, planejar e intervir de forma adequada, com fundamentação em indicadores, implica em qualidade na assistência em saúde (LIMA; ANTUNES; SILVA, 2015;



ANDREAZZI; BARCELLOS; HACON, 2007).

Continuamente, o Sistema Único de Saúde (SUS), possui sistemas de informação em saúde, que são uma ferramenta para proporcionar a inserção e organização de indicadores de saúde. Mediante o uso dos sistemas de informação, ocorre a produção de conhecimento, além de proporcionar mudanças em cada realidade estudada (LIMA; ANTUNES; SILVA, 2015; ANDREAZZI; BARCELLOS; HACON, 2007).

Sendo assim, quando não há instrumentos que permitam a informação em saúde, como nos indicadores, passa-se a ter uma lacuna no planejamento em saúde. Os programas de saúde não são desenvolvidos fundamentados em algo real, visto através dos indicadores, por isso eles são relevantes. Os indicadores proporcionam o avanço na saúde pública, auxiliando na otimização do cuidado (LIMA; ANTUNES; SILVA, 2015; ANDREAZZI; BARCELLOS; HACON, 2007).

Cada realidade é única, os dados encontrados são singulares, e por isso, a compreensão dos indicadores deve ser direcionado pelo fenômeno que está sendo estudado. No indicadores existem: o dado, um fato, uma análise, um sentido, uma ou mais variáveis, um estado particular e por fim, o indicador propriamente dito. Dessa forma, consegue-se compreender quão importante são os indicadores de saúde, para o controle e monitoramento dos serviços de saúde, atuando de forma direta ou indireta no cuidado em saúde individual e coletiva (LIMA; ANTUNES; SILVA, 2015; ANDREAZZI; BARCELLOS; HACON, 2007).

REFERÊNCIAS

ANDREAZZI, M.A.R; BARCELLOS, B; HACON, S. Velhos indicadores para novos problemas: a relação entre saneamento e saúde. *Rev Panam Salud Publica*. 2007;22(3):000–00.



BRASIL, Ministério da saúde; Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Indicadores de Saúde: Elementos Conceituais e Práticos. Disponível em: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&alias=45251-indicadores-saude-elementos-conceituais-e-praticos-251&category_slug=health-analysis-metrics-evidence-9907&Itemid=270&lang=pt. Acesso em: 2 mar. 2022.

LIMA, K.W.S; ANTUNES, J.L.F; SILVA, Z.P. Perception of managers on the use of indicators in health services. *Saude soc.* 24 (1) Jan-Mar 2015.

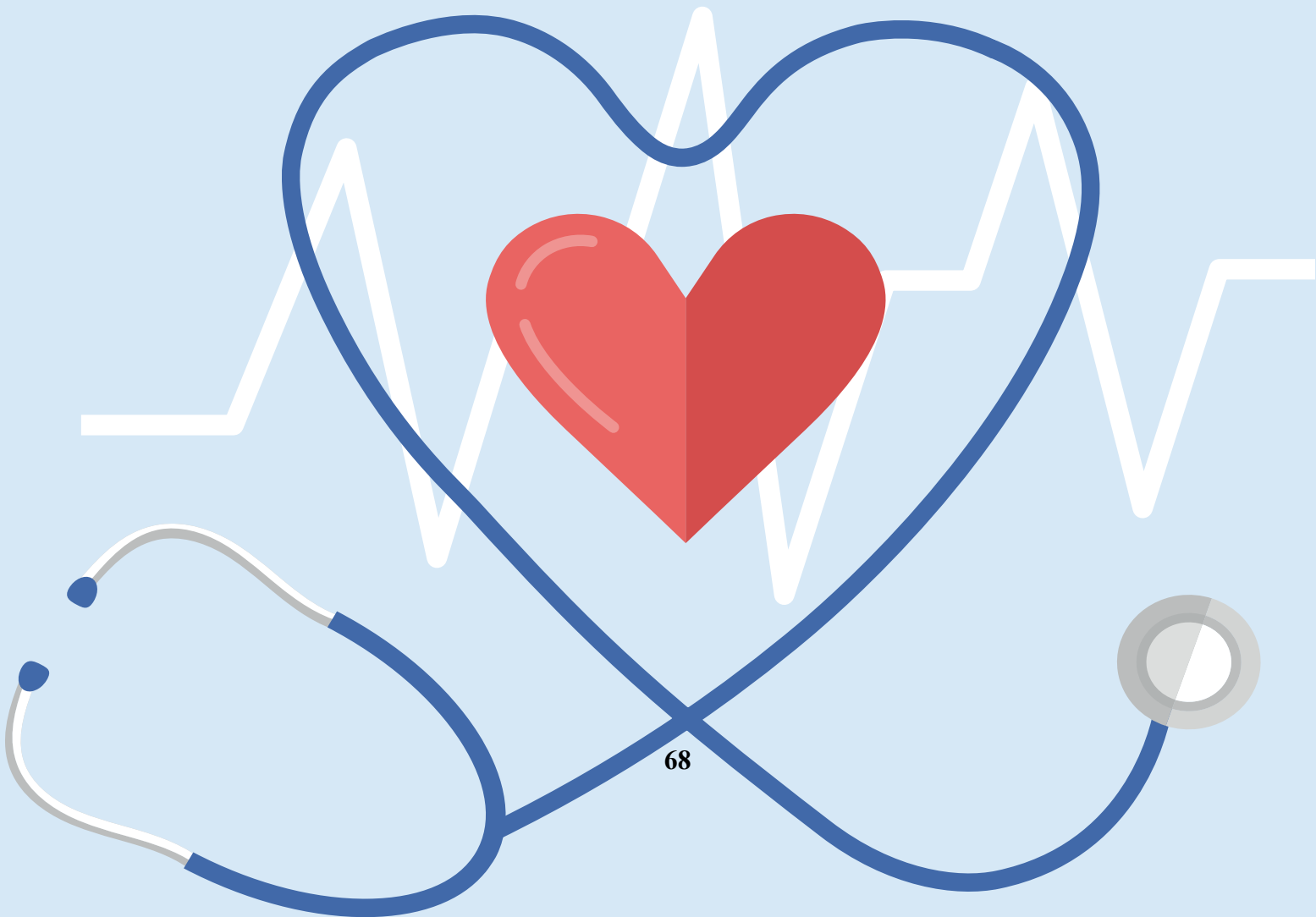
LIMA, Keler; ANTUNES, José; SILVA, Zilda. Percepção dos gestores sobre o uso de indicadores nos serviços de saúde. Pesquisa realizada com financiamento do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), *Saúde Soc.* São Paulo, v. 24, ed. 1, p. 61-71, 2015. DOI 10.1590/S0104-12902015000100005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/WNBg3wrRFBZsdV-FRb9CbPxG/?lang=pt#>. Acesso em: 2 mar. 2022.



Capítulo

9

SAÚDE DA CRIANÇA EM COMUNIDADES PERIFÉRICAS: ACHADOS CIENTÍFICOS



SAÚDE DA CRIANÇA EM COMUNIDADES PERIFÉRICAS: ACHADOS CIENTÍFICOS

CHILD HEALTH IN PERIPHERAL COMMUNITIES: SCIENTIFIC FINDINGS

Mateus Fernandes Filgueiras¹

Nair Cristina Leite Nunes²

Fabiana Angelo Ferreira³

Bruna Soares Oliveira⁴

Francisco Junio do Nascimento⁵

Vaneide Moreira Silva⁶

Luciana Abreu Miranda⁷

Renata Corrêa Bezerra de Araújo⁸

Maria Carolina Salustino dos Santos⁹

1 Enfermeiro. Residente em Atenção Primária à Saúde pelo Centro Universitário de Patos - UNIFIP. Universidade Federal de Campina Grande

2 Enfermeira. UNIJORGE.

3 Enfermeira. Mestranda em Enfermagem. Universidade Federal de Sergipe

4 Enfermeira obstétrica. Universidade Tiradentes-UNIT.

5 Enfermeiro. Bacharel em enfermagem pela UniJuazeiro. Menstrando em Enfermagem na UFSM. Pós-graduado em enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva.

6 Enfermeira. Faculdade Unidas do Vale do Araguaia.

7 Enfermeira. Bacharel e Licenciatura em Enfermagem na Universidade Federal de Enfermagem (UFJF). Residência em Enfermagem Clínica Médica na Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ).

8 Enfermeira. Mestre em Obstetrícia. Faculdade Bezerra de Araújo

9 Enfermeira. Mestra em Enfermagem. Universidade Federal da Paraíba



INTRODUÇÃO

Politicamente e socialmente falando, as crianças por muito tempo foram contempladas como pequenos adultos. Nesse sentido, obteriam as mesmas tarefas e obrigações de um, tendo como diferencial o porte extremamente menor, devido a visão limitada sobre a infância, que em muitas fases da história, não era vista como processo natural da vida, possuindo peculiaridades e características específicas em seu desenvolver (PAGLIARI et al., 2014).

De fato, ainda existem muitos desafios quando se fala em promover saúde a crianças no mundo, devido a heterogeneidade das populações, principalmente as que carecem de suprimentos básicos, como as que vivem em comunidades periféricas e, devido a gama de aspectos, estudos têm sido feitos para analisar a influência das condições sociais aqui atreladas a saúde das mesmas, no processo de desenvolvimento infantil (PAGLIARI et al., 2014).

Segundo Fernando et. al (2011) variáveis como: renda familiar e escolaridade dos pais, influenciam, mesmo que minimamente, em um atraso no desenvolvimento infantil. Mostrando, dessa forma, que a estimulação necessária junto a condições favoráveis de saneamento e alimentação podem promover um ambiente para promoção de saúde as crianças periféricas, pois, pessoas que nasceram e vivem em comunidades marginalizadas, possuem determinantes como as limitações em seu processo de vida, que podem resultar em privações no acesso à saúde e assim, complexidades no então processo de saúde-doença.

Mas, a busca pela melhora de qualidade de vida e saúde das crianças periféricas deve partir não só do reconhecimento das desigualdades sociais que as acometem, como também das raízes desse processo. Tendo como breve solução a assistência social segura para garantir o direito básico a vida



saudável, escolaridade e alimentação adequada que irão dessa forma incentivar um maior autocuidado das famílias para com seus filhos. Requer um trabalho de formação e capacitação dos profissionais alocados, para que esses, busquem ativamente participa e consigam vincular os pacientes ao seu processo de promoção de saúde (SOUSA; PANÚNCIO-PINTO; FIORATI, 2019).

REFLEXÃO

Desde a Constituição Federal de 1988, as políticas para crianças e adolescentes vem se transformando. O Estatuto da Criança e do Adolescente, emergido pela Lei nº 8.069 de 13 de julho de 1990, que aborda diretrizes relacionadas a todos os aspectos referentes as crianças e adolescentes. O ECA traz os direitos das crianças e dos adolescentes, tratando-os de forma prioritária na sociedade (SCISLESKI et al., 2014; SANTOS et al., 2015; BUBADUÉ et al., 2016). Por isso, o papel dessa fundamentação teórica, é extremamente importante para o desenvolvimento de crianças e adolescentes, seja em situação vulnerável ou não, pois todas as crianças/adolescentes possuem os mesmos direitos no Brasil. Porém, esses direitos, por vezes, são violados e não contemplam todas as crianças como deveriam (ARAGÃO et al., 2013; SANTOS et al., 2015; BARBIANI, 2016).

No momento em que se direciona este contexto para a saúde, não há como não citar a Atenção Primária à Saúde (APS), no qual é a ordenadora do cuidado em saúde, e que por vezes, as famílias são atendidas e acompanhadas dentro dela. As crianças realizam o acompanhamento de puericultura, e os adolescentes possuem acesso as consultas regulares com os profissionais de saúde. E muito além de consultas, a APS atua na prevenção e promoção da saúde deste público, principalmente daqueles que não tem acesso a rede de saúde privada e complementar, no caso, os mais vulneráveis (GONÇAL-



VES; SILVA; PITANGUI, 2015; DAMASCENO, et al., 2016).

As crianças e os adolescentes precisam ser atendidos em rede, no qual entra a Rede de Atenção à Saúde (RAS), que no processo de referência e contrarreferência oferta o cuidado multidimensional para toda a população, incluindo as crianças. Dentro da RAS, está inserida a APS, pautada na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que proporciona a integralidade do cuidado do cuidado, de forma articulada, sistematizada e coordenada (GONÇALVES; SILVA; PITANGUI, 2015; DAMASCENO et al., 2016).

O propósito das legislações para as crianças e adolescentes é o mesmo, oferecer saúde, lazer, educação, renda, alimentação e cuidado em todos os aspectos biopsicossociais que ela precisa. Infelizmente, não se tem os melhores resultados, muitas vezes, acontece das crianças não terem acesso à saúde, da Unidade de Saúde da Família ser muito distante de sua casa, de não poder ir a escola, de ter que trabalhar para ajudar em casa, de sofrer abusos e outros pontos importantes que fragilizam as legislações e o cuidado determinado em lei. Estes são caracterizados como empecilhos para a garantia dos direitos da criança/adolescente no Brasil e no mundo (ARAGÃO et al., 2013; GONÇALVES; SILVA; PITANGUI, 2015).

Diante das fragilidades apresentadas, percebe-se que as crianças e adolescentes estão dentro de um sistema ineficaz, no qual falta acessibilidade e assistência a comunidades periféricas de forma efetiva. É preciso realizar as ações em saúde, busca ativa da população, cuidado em assistência social, acompanhamento de puericultura dentro da comunidade, no intuito de evitar essas fragilidades. Os municípios e regiões precisam se comunicar, formar consórcios em saúde, para ofertar o cuidado integralizados para todos da região. A saúde não pode faltar, bem como as demais demandas sociais também não podem. A gestão do cuidado em saúde precisar atentar-se para isso, elencando medidas que



modifiquem o processo de cuidar, e que ampliem as ações em saúde (PFEILSTICKER et al., 2021).

REFERÊNCIAS

ARAGÃO, A. S et al. Abordagem dos casos de violência à criança pela enfermagem na atenção básica. Rev Latino-Am. Enfermagem. Ribeirão Preto, v. 21, n. spe, p. 172-179, Fev.

ARAÚJO, Juliane Pagliari et al. História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas. Revista Brasileira de Enfermagem. 2014, v. 67, n. 6.

BARBIANI, Rosângela. Violação de direitos de crianças e adolescentes no Brasil: interfaces com a política de saúde. Saúde Debate. Rio de Janeiro, v. 40, n. 109, p. 200-211, Abr – Jun. 2016.

BUBADUE, R. M., et al. Análise normativa sobre a voz da criança na legislação brasileira de proteção à infância. Rev. Gaúcha Enferm. Porto Alegre, v. 37, n. 4, 2016.

DAMASCENO, S. S., et al. Saúde da criança no Brasil: orientação da rede básica à Atenção Primária à Saúde. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2961-2973, Set. 2016.

GONÇALVES, C. F. G.; SILVA, L. M. P.; PITANGUI, A. C. R. Rede de atendimento ao adolescente em situação de violência: percepções dos profissionais de saúde. Rev. Eletr. Enf. v. 17, n. 4, Out-Dez, 2015.

LAMY FILHO, Fernando et al. Ambiente domiciliar e alterações do desenvolvimento em crianças de comunidade da periferia de São Luís - MA. Ciência & Saúde Coletiva. 2011, v. 16, n. 10 pp. 4181-4187.

PFEILSTICKER FJ, SILVA, E.E.A, QUINTINO S.T, HATTORI, W.T. Desafios no atendimento à



saúde da criança por médicos da estratégia de saúde da família. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2021;16(43):2634.

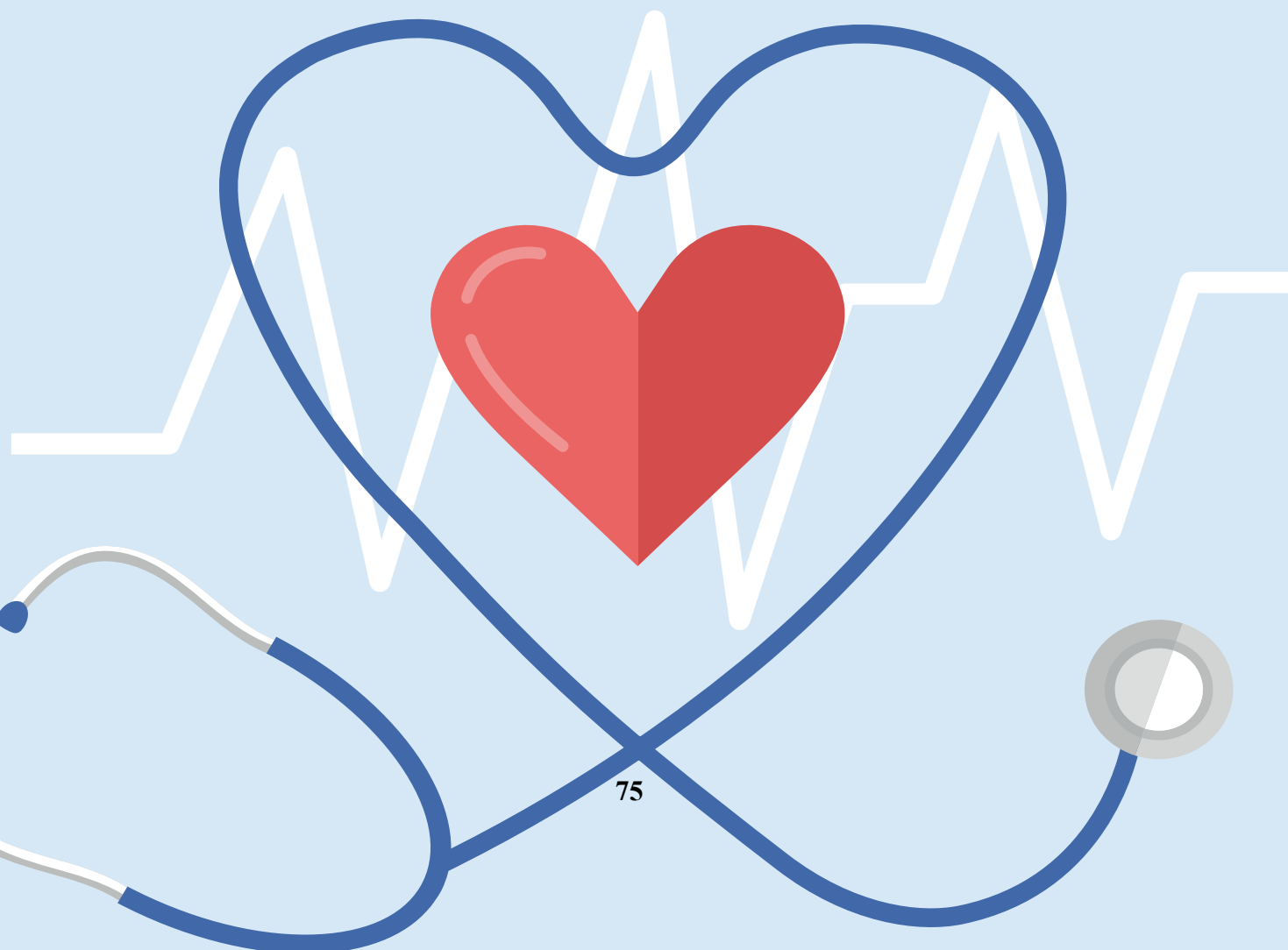
SCISLESKI, A. C. C., et al. Medida Socioeducativa de Internação: dos Corpos Dóceis às Vidas Nuas. *Psicol. cienc. prof.*, Brasília, v. 34, n. 3, p. 660-675, Set. 2014.

SOUZA, Larissa Barros de, PANÚNCIO-PINTO, Maria Paula e FIORATI, Regina Célia. Crianças e adolescentes em vulnerabilidade social: bem-estar, saúde mental e participação em educação. Trabalho referente à pesquisa desenvolvida em dissertação de mestrado, financiado pela CAPES, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (CEP-EERP-USP). *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*. 2019, v. 27, n. 2. pp. 251-269.



Capítulo 10

PARTO HUMANIZADO: PECULIARIDADES EM SAÚDE



PARTO HUMANIZADO: PECULIARIDADES EM SAÚDE

HUMANIZED BIRTH: PECULIARITIES IN HEALTH

Debora Evelly da Silva Olanda¹

Fernanda Roque Garcia²

Luciene Lima Silva³

Renata Corrêa Bezerra de Araújo⁴

Victoria Martins Carrijo⁵

Jessica Rocha Magalhães⁶

Guilherme Alexandre Judeikis⁷

José Airton Xavier Bezerra⁸

Maria Carolina Salustino dos Santos⁹

Alexandra de Assis Pessoa Guerra¹⁰

1 Enfermeira. Centro Universitário de João Pessoa- Unipê

2 Enfermeira. Universidade Federal de Campina Grande.

3 Enfermeira. Faculdade Maurício de Nassau

4 Enfermeira. Mestre em Obstetrícia. Faculdade Bezerra de Araújo

5 Estudante de Medicina. IMEPAC - Instituto Master de Ensino Presidente Antônio Carlos, campos Araguari

6 Enfermeira. Pós-graduanda em Enfermagem Cardiológica e Hemodinâmica (CBPEX). Pós-graduanda em Atividade Física e Saúde para o Idoso. Uniesp Centro Universitário

7 Estudante de Medicina. Faculdade Evangélica Mackenzie do Paraná

8 Enfermeiro. Doutor em Emergências de Suporte Básico (SOBRATI). Uniesp Centro Universitário.

9 Enfermeira. Mestra em Enfermagem. Universidade Federal da Paraíba

10 Enfermeira, Responsável Técnica de Enfermagem da Clínica Cirúrgica no Hospital Universitário Lauro Wanderley. Universidade Federal de Pernambuco. Pós-graduada em Enfermagem em Dermatologia pela Faculdade Futura.



INTRODUÇÃO

Ao longo do curso temporal, o parto sofreu grandes e importantes mudanças. Onde outrora, a assistência à parturiente se fazia por curandeiras e parteiras, sendo considerado algo sem importância e valor para profissionais médicos, passou posteriormente, a ser um evento cirúrgico e em ambientes hospitalocêntricos. Contudo, o parto passou a ser visto com um evento biomédico e complexo que se distanciava cada vez mais da fisiologia natural do nascimento e que influenciou na capacidade de autonomia da mulher frente ao parto (LEAL et al., 2021).

Não obstante, e como consequência desse processo de medicalização do corpo feminino, os índices de mortalidade no país se elevaram devido ao aumento das complicações materno-infantis em decorrência do uso de intervenções desnecessárias. A assistência é realizada levando em consideração o resultado técnico, esquecendo-se de valores como empatia, autonomia da mulher e práticas humanas durante o parto (LEAL et al., 2021).

A humanização no processo do parto, constitui-se como ações que previamente foram discutidas entre a mulher e a equipe de parto, e que tem o objetivo de promover a autonomia da mulher durante todo o ato de parir. Nela, leva-se em consideração os valores, crenças, a situação mental e emocional da mulher naquele momento, garantindo um parto distante do modelo biomédico, e mesmo assim, permitindo que tudo ocorra de forma segura para mãe e filho, com base em evidências científicas. Assim, é importante ressaltar, que o processo de parir vai para além de um percurso sistematizado, e sim, de cunho sensível, carregado de um cuidado humano que deve promover dignidade



(LEAL et al., 2021).

REFLEXÃO

No cuidado humanizado, a equipe, em especial os profissionais enfermeiros, atuam construindo formas de alívio e de melhora na qualidade clínica da mulher durante o parto, sem uso de medicações e técnicas invasivas e desnecessárias. A ciência corrobora, ao evidenciar processos e tecnologias leves que promovem um parto seguro, respeitando a naturalidade do processo fisiológico que ali acontece. Dessa forma, o parto humanizado, através de evidências científicas, diminui as intervenções desnecessárias ao corpo da mulher, centrando-se no processo fisiológico e natural do parto (JACOB et al., 2021).

As mulheres são submetidas a inúmeros procedimentos obstétricos, que muitas vezes podem se tornar eventos traumáticos na vida dessas. Diante desse fato, o movimento da humanização do parto ampliou políticas públicas de saúde no campo reprodutivo nos últimos anos, para qualificar a atenção materno-infantil e fornecer um cuidado digno e respeitoso para as mulheres incentivando o protagonismo das gestantes no seu plano de parto. Como exemplo dessas políticas públicas, temos o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN) e a Política Nacional de Humanização (PNH) (RODRIGUES, 2021).

O sentido da humanização envolve atitudes e práticas que possuem como objetivo um processo de parto e nascimento respeitoso tanto para mulher como para o bebê. Atualmente, existe uma estratégia na saúde que permite às mulheres afirmarem suas preferências sobre os procedimentos obstétricos a que serão submetidas, essa estratégia são os planos de parto. Esses surgiram pela primeira



vez nos Estados Unidos no final da década de 1970 como reação à crescente medicalização do parto e a insatisfação das mulheres (ALBA-RODRÍGUEZ, 2022).

O plano de parto é um documento no qual as mulheres podem relatar suas preferências, necessidades, medos, ideias, desejos e expectativas em relação ao seu processo de parto. A relevância dos planos de parto origina-se no respeito ao princípio bioético de autonomia. Contudo, esse documento não pode executar as funções fornecidas pelas evidências observadas pela equipe médica. As informações contidas no plano de parto devem ser respeitadas, desde que a saúde da mãe ou do bebê não sejam prejudicados de nenhuma forma (SUÁREZ-CORTÉS et al., 2015).

Os planos de parto podem influenciar positivamente na satisfação das mulheres, uma vez que esses se tornam estimulantes para as gestantes se envolverem ativamente em seu processo de parto. A melhora da comunicação entre a gestante e os profissionais de saúde envolvidos e responsáveis pelo parto também é uma consequência positiva da elaboração de um plano de parto, pois, dessa maneira todos os profissionais envolvidos na execução do parto teriam acesso a mais uma informação a ser considerada (ALBA-RODRÍGUEZ, 2022).

Acompanhada por mudanças, tanto emocionais, quanto físicas, o período gestacional é tido como uma fase muito significativa na vida de toda mulher, pois além de ter que se transformar num ambiente propício para o desenvolvimento de um bebê, este corpo está em constante preparação para o trabalho de parto. Diante dessas enormes transformações pessoais, a mulher se torna mais vulnerável neste período de sua vida (SANTOS et al., 2018).

Como promoção à saúde da mulher e de seu filho, a assistência da gestante atua sob a perspectiva de um processo humanizado de trabalho de parto, para que assim ocorra respeito ao processo fisiológico e à dinâmica de cada nascimento e diminuição nos números de partos cirúrgicos. Atuando



como prevenção da mortalidade materna/neonatal e promoção do parto com o nascimento saudável (SANTOS et al., 2018).

Ainda que comum no sistema de saúde brasileiro desde a década de 1990, as taxas de indicação de cesarianas mesmo sem indicação obstétrica são crescentes tornando-a como a cirurgia eletiva mais praticada, pelo modelo biomédico. Todavia, sabemos que o parto é unicamente natural e não necessita de inúmeras intervenções, e sim, prioritariamente de cuidados para com o corpo feminino (SANTOS, 2020).

A humanização do parto está relacionada ao aprimoramento de técnicas e práticas simples recomendado pelo Ministério da Saúde e a Organização Mundial da Saúde. Como manter uma comunicação efetiva com a gestante, possibilitando a parturiente escolher a posição mais adequada e desejada por ela juntamente com a pessoa que a acompanhará, ter a presença de doulas, garantir a inclusão do pai neste processo, além de outros manejos (SANTOS et al., 2018).

Caso ocorra, dentro do contexto obstétrico, uma relação de inferioridade, onde o corpo da parturiente se torne objeto controlado pela prática médica, ferindo seu direito de protagonismo neste momento, estaria acontecendo uma violência obstétrica V.O., caso a mulher sinta-se lesada quanto aos seus direitos a mesma pode recorrer por danos morais. Contudo mesmo existindo inúmeros casos e estudos que discorrem sobre a V.O. e os terríveis efeitos a saúde da mulher, no Brasil, ainda não existe uma legislação explícita que caracterize e atribua punição a quem comete esse tipo de violência (COIMBRA; DOS SANTOS; SANTOS, 2021).

Objetivando resoluções para estas falhas na saúde, a conexão interprofissional garante humanização e estreitamento de vínculo entre paciente e equipe, além de acolher a gestante desde a sua entrada, a equipe multiprofissional a assegura do respeito aos protocolos que resgatam a evolução



fisiológica do parto, interferindo em caso de necessidade. Nota-se que integralidade na assistência atinge a finalidade de diminuir o índice de parto por via cesariana, reduzindo assim riscos maternos e neonatais desfavoráveis a vida (SANTOS, 2020).

REFERÊNCIAS

ALBA-RODRÍGUEZ R, Coronado-Carvajal MP, Hidalgo-Lopezosa P. The Birth Plan Experience- A Pilot Qualitative Study in Southern Spain. *Healthcare (Basel)*. 2022 Jan 4;10(1):95.

COIMBRA, H.; DOS SANTOS, L. F.; SANTOS, M. V. F. A humanização do parto e da equipe multiprofissional como instrumento de rompimento com a violência obstétrica. *Research, Society and Development*, v. 10, n. 12, p. e217101220496-e217101220496, 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/20496>. Acesso em: 3 de Abr. 2022.

DOS SANTOS, M. M. O. Residência multiprofissional materno-infantil e suas contribuições para a assistência à mulher durante o trabalho de parto, parto e pós-parto. 2020. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/handle/123456789/31845>. Acesso em: 3 de Abr. 2022.

JACOB, T et al. A percepção do cuidado centrado na mulher por enfermeiras obstétricas num centro de parto normal. *Escola Anna Nery*, v. 26, 2021.

LEAL, M et al. Práticas de humanização no transcurso parturitivo na ótica de puérperas e enfermeiras obstétricas. *Revista Brasileira de enfermagem*, v. 74, 2021.

RODRIGUES, D.P. et al. Humanized childbirth: the values of health professionals in daily obstetric care. *Rev Bras Enferm*. 2021 Oct 18;75(2):e20210052. English, Portuguese. doi: 10.1590/0034-7167-2021-0052.



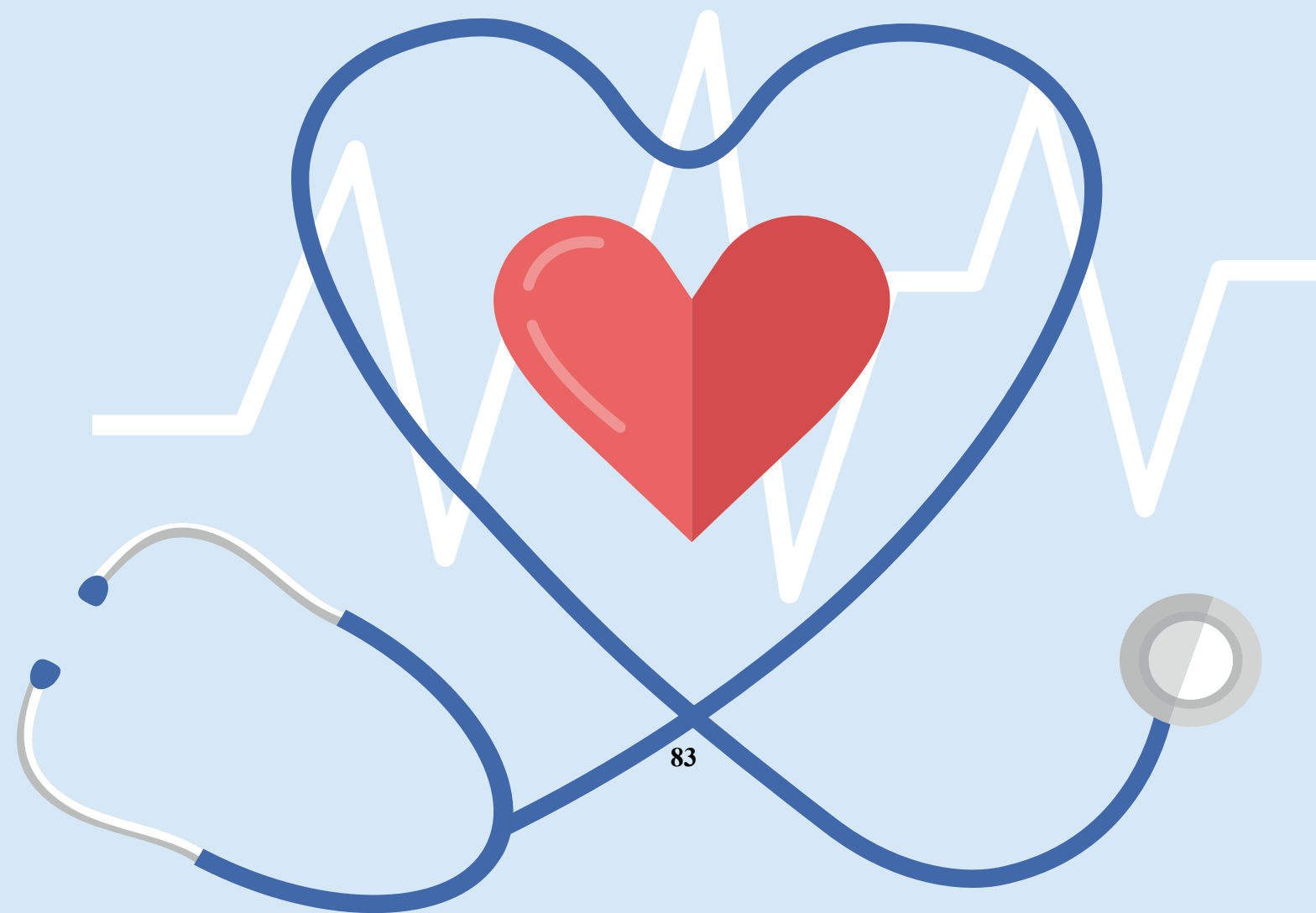
SANTOS, A. C. R. et al. O parto humanizado sob perspectivas da equipe multiprofissional hospitalar e da família. CIPEEX, v. 2, p. 1017-1037, 2018. Disponível em: <http://anais.unievangelica.edu.br/index.php/CIPEEX/article/view/2889>. Acesso em: 2 de Abr. 2022.

SUÁREZ-CORTÉS, María et al. Use and influence of Delivery and Birth Plans in the humanizing delivery process¹ 1 Supported by Facultad de Enfermería, Universidad de Murcia, Murcia, Spain. Revista Latino-Americana de Enfermagem. 2015, v. 23, n. 3. pp. 520-526.



Capítulo 11

PREMATURIDADE: ASSISTÊNCIA EM SAÚDE MULTIPROFISSIONAL NA AMA- MENTAÇÃO E EM OUTROS CUIDADOS



PREMATURIDADE: ASSISTÊNCIA EM SAÚDE MULTIPROFISSIONAL NA AMAMENTAÇÃO E EM OUTROS CUIDADOS

PREMATURITY: MULTIPROFESSIONAL HEALTH CARE IN BREASTFEEDING AND OTHER CARE

Kallyany Santos Sousa ¹

Guilherme Alexandre Judeikis²

Renata Corrêa Bezerra de Araújo³

Aline Pereira da Silva⁴

Vaneide Moreira Silva⁵

Maria Carolina Salustino dos Santos⁶

INTRODUÇÃO

De acordo com o Fundo das Nações Unidas, anualmente, no mundo, nascem em média 20 milhões de prematuros e com baixo peso. Deste número, um terço morre no primeiro ano de vida. Um dado importante, é que diante de 10 nascidos vivos com peso de 1.000 g, nove são atingidos pela mortalidade neonatal. Bebês que nasceram pré-termo, “antes do tempo”, ou seja, prematuros, possuem

1 Enfermeira. Faculdade Maurício de Nassau

2 Estudante de Medicina. Faculdade Evangélica Mackenzie do Paraná

3 Enfermeira. Mestre em Obstetrícia. Faculdade Bezerra de Araújo

4 Pós-graduada em obstetrícia e neonatologia. Faculdade de Enfermagem Nova Esperança

5 Enfermeira. Faculdade Unidas do Vale do Araguaia.

6 Enfermeira. Mestra em Enfermagem. Universidade Federal da Paraíba



altos índices de mortalidade neonatal, desse modo, uma das estratégias para reduzir este processo, é o aleitamento materno (BRAGA, MACHADO; BOSI, 2008).

Uma das dificuldades enfrentadas na prematuridade é a amamentação. O processo de amamentação é visto pela sociedade como algo simples e fácil, e na maioria das vezes não se leva em consideração os fatores paralelos ao processo. Como o tipo de parto, a anatomia da mama, os medos da puerpério, o parto prematuro, entre outros. De acordo com a Organização Mundial de Saúde, é considerado aleitamento materno o processo pelo qual o lactente recebe leite materno independentemente de consumir ou não outros tipos de alimentos (CAMILLO, 2019).

Oferecer o leite materno de forma natural é primordial, pois o recém-nascido receberá nutrição, afeto, proteção e vínculo junto a sua mãe. O impacto que o aleitamento materno produz é grandioso, reduzindo problemas na saúde do binômio, através de um ato de coragem e amor (CAMILLO, 2019).

REFLEXÃO

Em relação a prematuridade, existem diversos fatores que podem contribuir na avaliação, um deles é o Índice de Apgar, que é mensurado no primeiro e no quinto minuto de vida do recém-nascido, uma avaliação clínica, de extrema importância, para a prevenção de óbitos neonatais (MUNIZ et al., 2016). A abordagem profissional ao prematuro é diferenciada, por exigir cuidados peculiares por conta as sua condição de saúde. A assistência multiprofissional precisa ser qualificada, com o monitoramento necessário, avaliando a estabilização do bebê, bem como o seu prognóstico (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2017).



O crescimento de nascimentos prematuros aumentou com o passar dos anos, isto a nível mundial, no qual encontra-se o Brasil. Os desafios são grandes, os índices são elevados e os fatores são múltiplos (LEAL et al., 2016). A gestação de alto risco, está envolvida diretamente no processo de partos prematuros, e envolve fatores sociais, demográficos, identificação tardia do risco, idade, presença de infecções e outros fatores (CABRAL; SANTOS; CANO, 2017).

A gravidez na adolescência é um fator de risco para a prematuridade, e também é considerada uma questão de saúde pública. Muitas meninas engravidam sem desejar, e em um período que não estariam prontas para gestar e que seu corpo ainda está em processo de evolução, ocasionando a prematuridade. São muitas as características que envolvem a diferenciação do cuidado ao prematuro, a própria fisiologia no bebê exige diferentes cuidados. Os agravos à saúde do bebê prematuro são constantes, possuem risco aumentados e ainda está em processo de desenvolvimento e amadurecimento dos órgãos vitais, os deixando mais susceptíveis a doenças infecciosas (GUIMARÃES; VIEIRA; NUNES; JANUÁRIO; OLIVEIRA & TIBÚRCIO, 2017).

Continuamente, nas mulheres em que a gestação ocorre tardiamente, também pode ocorrer a prematuridade, tornando-se um fator de risco para elas e para os seus bebês. Existe maior risco de aborto e mortalidade neonatal também nesses casos. O desenvolvimento de síndromes hipertensivas na gestação, infecção urinária sem tratamento, diabetes e outros fatores podem ocasionar em prematuridade (SILVA; CAVALCANTE; CARNEIRO & OLIVEIRA, 2020). Por isso, a prevenção dessas e outras patologias são tão importantes durante o pré-natal, sendo assim, a avaliação da história obstétrica também é relevante, no qual se considera tudo que a mulher vivenciou acerca da obstetrícia nos últimos anos de sua vida.

Diante desse contexto, percebe-se que os bebês prematuros necessitam de cuidados essen-



ciais e diferenciados, neles, o processo de amamentação é diferente, podendo ser um pouco mais demorado, gradual, trabalhoso e delicado. Porém, com a mesma eficácia de qualquer outro bebê que está em amamentação. A dificuldade na amamentação de bebês prematuros vem por conta do amadurecimento dos órgãos, da sucção, da força e dentre outros fatores. Com o passar dos dias, o bebê vai crescendo e se desenvolvendo como os demais bebês normalmente. Dessa forma, é importante respeitar o momento vivenciado pela família do bebê prematuro, orientando e cuidando da melhor possível, principalmente com profissionais de saúde aptos para isto (CAMILLO, 2019).

Fisiologicamente, as mulheres possuem potencial para amamentar, independentemente de qualquer fator, por isso, o apoio é importante, para evitar o desmame precoce na prematuridade. Segundo a OMS, o desmame não é favorável ao desenvolvimento do bebês, e está interligado a fatores sociais, econômicos, educacionais, de faixa etária e modalidade de parto. A amamentação precisa ser potencializada dentre os profissionais de saúde, para incentivar a prática em bebês prematuros. (SALDIVA et al., 2011).

REFERÊNCIAS

BRAGA, D.F; MACHADO, M.M.T; BOSI, M.L.M. Amamentação exclusiva de recém-nascidos prematuros: percepções e experiências de lactantes usuárias de um serviço público especializado. *Rev Nutr.* 2008;21:293-302.

CAMILO, V.C.S. O Incentivo Ao Aleitamento Materno Como Papel Da Equipe De Enfermagem. Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP). 2019.

GUIMARÃES, E. A. A. et al. Prevalência e fatores associados à prematuridade em Divinópolis, Mi-



nas Gerais, 2008-2011: análise do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. *Revista Epidemiológica Serv Saúde*, 26(1), 91-98, 2017. <http://10.5123/S1679-49742017000100010>.

LEAL, M. D. et al. Prevalence and risk factors related to preterm birth in Brazil. *Reproductive health*, 13(3), 127, 2016. <https://doi.org/10.1186/s12978-016-0230-0>.

MUNIZ, E. B. et al. Análise do boletim de Apgar em dados do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos registrados em um hospital do interior do estado do Ceará, Brasil. *Revista de Medicina e Saúde de Brasília*, 5(2), 184-191, 2016. <https://portalrevistas.ucb.br/index.php/rmsbr/article/view/6677/4563>.

SALDIVA S.R.D.M. et al. Influência regional no consumo precoce de alimentos diferentes do leite materno em menores de seis meses residentes nas capitais brasileiras e Distrito Federal. *Cad Saúde Pública*. 2011 nov; 27(11):2253-62.

SILVA, L. S. R., CAVALCANTE, A. N., CARNEIRO, J. K. R. & OLIVEIRA, M. A. S. Índice de Apgar correlacionado a fatores maternos, obstétricos e neonatais a partir de dados coletados no Centro de Saúde da Família do bairro Dom Expedito Lopes situado no município de Sobral/CE. *Revista Científica da FMC*, 15(1), 25-30, 2020. <http://10.29184/1980-7813.rcfmc>.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP). Prevenção da prematuridade: uma intervenção da gestão e da assistência. Rio de Janeiro, 2017. Recuperado de https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/20399b-DocCient_-_Prevencao_da_prematuridade.pdf.



Excelência consultoria e mentoria



A Excelência consultoria e mentoria tem a missão de ajudar o acadêmico na área da saúde, com serviços essenciais para o seu aprendizado. Na consultoria, você pode utilizar dos seguintes serviços: revisão da ABNT, orientação para construção de projetos e trabalhos de conclusão de curso, revisão gramatical, auxílio no processo de publicação de artigos e pesquisas. Na mentoria científica, você tem a oportunidade de fazer um curso de preparação para mestrado e doutorado em saúde. A mentoria científica é a porta de entrada para a pesquisa científica e a aquisição de conhecimento acadêmicos. Tem por objetivo auxiliar o aluno a publicar mais na área da enfermagem/saúde e compreender melhor sobre o mundo da pesquisa científica. As aulas são quinzenais, online e ao vivo, com professores mestres e doutores. A duração é de 4 meses de aulas teóricas e práticas em pesquisa, além da participação em grupo de estudos por 1 ano de forma exclusiva. O aluno irá conhecer e realizar métodos de pesquisa; além de proporcionar maior conhecimento intelectual em grupo. Na mentoria você constrói o currículo voltado ao sucesso acadêmico na enfermagem/saúde, além de aprender tudo que é preciso para alcançar os seus sonhos!



Política e Escopo da Coleção de livros Estudos Avançados em Saúde e Natureza



A Estudos Avançados sobre Saúde e Natureza (EASN) é uma coleção de livros publicados anualmente destinado a pesquisadores das áreas das ciências exatas, saúde e natureza. Nosso objetivo é servir de espaço para divulgação de produção acadêmica temática sobre essas áreas, permitindo o livre acesso e divulgação dos escritos dos autores. O nosso público-alvo para receber as produções são pós-doutores, doutores, mestres e estudantes de pós-graduação. Dessa maneira os autores devem possuir alguma titulação citada ou cursar algum curso de pós-graduação. Além disso, a Coleção aceitará a participação em coautoria.

A nossa política de submissão receberá artigos científicos com no mínimo de 5.000 e máximo de 8.000 palavras e resenhas críticas com no mínimo de 5 e máximo de 8 páginas. A EASN irá receber também resumos expandidos entre 2.500 a 3.000 caracteres, acompanhado de título em inglês, abstract e keywords.

O recebimento dos trabalhos se dará pelo fluxo contínuo, sendo publicado por ano 4 volumes dessa coleção. Os trabalhos podem ser escritos em português, inglês ou espanhol.

A nossa política de avaliação destina-se a seguir os critérios da novidade, discussão fundamentada e revestida de relevante valor teórico - prático, sempre dando preferência ao recebimento de artigos com pesquisas empíricas, não rejeitando as outras abordagens metodológicas.

Dessa forma os artigos serão analisados através do mérito (em que se discutirá se o trabalho se adequa as propostas da coleção) e da formatação (que corresponde a uma avaliação do português



e da língua estrangeira utilizada).

O tempo de análise de cada trabalho será em torno de dois meses após o depósito em nosso site. O processo de avaliação do artigo se dá inicialmente na submissão de artigos sem a menção do(s) autor(es) e/ou coautor(es) em nenhum momento durante a fase de submissão eletrônica. A menção dos dados é feita apenas ao sistema que deixa em oculto o (s) nome(s) do(s) autor(es) ou coautor(es) aos avaliadores, com o objetivo de viabilizar a imparcialidade da avaliação. A escolha do avaliador(a) é feita pelo editor de acordo com a área de formação na graduação e pós-graduação do(a) professor(a) avaliador(a) com a temática a ser abordada pelo(s) autor(es) e/ou coautor(es) do artigo avaliado. Terminada a avaliação sem menção do(s) nome(s) do(s) autor(es) e/ou coautor(es) é enviado pelo(a) avaliador(a) uma carta de aceite, aceite com alteração ou rejeição do artigo enviado a depender do parecer do(a) avaliador(a). A etapa posterior é a elaboração da carta pelo editor com o respectivo parecer do(a) avaliador(a) para o(s) autor(es) e/ou coautor(es). Por fim, se o trabalho for aceite ou aceite com sugestões de modificações, o(s) autor(es) e/ou coautor(es) são comunicados dos respectivos prazos e acréscimo de seu(s) dados(s) bem como qualificação acadêmica.

A nossa coleção de livros também se dedica a publicação de uma obra completa referente a monografias, dissertações ou teses de doutorado.

O público terá acesso livre imediato ao conteúdo das obras, seguindo o princípio de que disponibilizar gratuitamente o conhecimento científico ao público proporciona maior democratização mundial do conhecimento



Índice Remissivo



C

Criança

página 22

página 22

página 57

página 58

página 59

E

Educação

página 27

página 28

página 49

página 50

Enfermagem

página 11

página 11

página 13

página 43



P

Profissional

página 13

página 14

página 20

página 34

S

Saúde

página 55

página 56

página 62

página 63

página 66



Esse novo volume busca divulgar trabalhos submetidos a nossa seção Debates Interdisciplinares em Saúde que foi formada por resumos expandidos que abordam diversos temas das ciências da saúde e foi organizada pela Excelência consultoria e mentoria. Esse novo volume reúne diversos artigos rigorosamente avaliados e de extrema credibilidade científica e acadêmica para a sociedade. Desejamos que todos os leitores que façam um excelente proveito para aprofundamento teórico e crescimento pessoal por meio dos estudos publicados.

