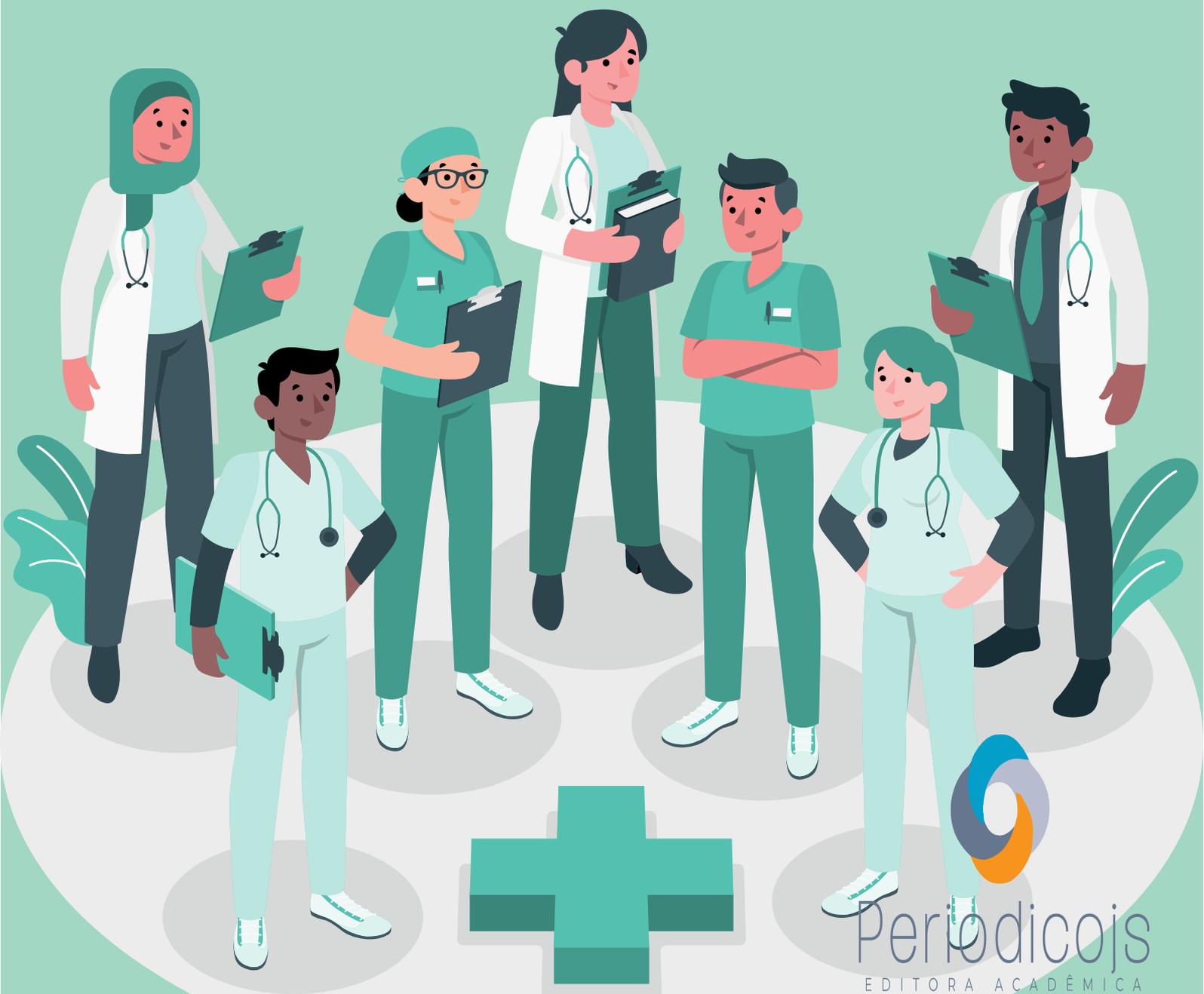


Experiências Coletivas no SUS



Experiências Coletivas no SUS

Volume XIV da Seção Teses e Dissertações na América Latina da Coleção de livros Estudos

Avançados em Saúde e Natureza



Periodicojs
EDITORA ACADÊMICA

Equipe Editorial

Abas Rezaey

Izabel Ferreira de Miranda

Ana Maria Brandão

Leides Barroso Azevedo Moura

Fernando Ribeiro Bessa

Luiz Fernando Bessa

Filipe Lins dos Santos

Manuel Carlos Silva

Flor de María Sánchez Aguirre

Renísia Cristina Garcia Filice

Isabel Menacho Vargas

Rosana Boullosa

Projeto Gráfico, editoração e capa

Editora Acadêmica Periodicojs

Idioma

Português

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

E96 Experiências coletivas no SUS - Volume 14. / Ana Emília Araújo de Oliveira (Org.). – João Pessoa: Periodicojs editora, 2022.

E-book: il. color.

Inclui bibliografia

ISBN: 978-65-89967-82-8

1. SUS. 2. Saúde pública. I. Oliveira, Ana Emília Araújo de. II. Título.

CDD 362.10981

Elaborada por Dayse de França Barbosa CRB 15-553

Índice para catálogo sistemático:

1. Saúde Pública- Brasil 362.10981

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 de Teses e Dissertações na América Latina da Coleção de livros Estudos Avançados em Saúde e Natureza



**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

Prefácio



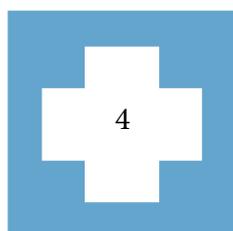
A obra intitulada de “Experiências coletivas no SUS” é fruto da organização de pesquisas coordenadas pela pesquisadora Ana Emília Araújo de Oliveira. A publicação desse livro junto a Editora Acadêmica Periodicojs se encaixa no perfil de produção científica produzida pela editora que busca valorizar diversos pesquisadores por meio da publicação completa de seus pesquisas. A obra está sendo publicada na seção Tese e Dissertação da América Latina.

Essa seção se destina a dar visibilidade a pesquisadores na região da América Latina por meio da publicação de obras autorais e obras organizadas por professores e pesquisadores dessa região, a fim de abordar diversos temas correlatos e mostrar a grande variedade temática e cultural dos países que compõem a América Latina.

Essa obra organizada pela pesquisadora Ana Emília Araújo de Oliveira possui grande relevância ao destacar pesquisas fundamentais para se problematizar a atenção básica no Sistema Único de Saúde no Brasil, a fim de se projetar políticas públicas cada mais acertivas e melhorar a saúde da população. Assim, com base em temas atuais e recorrentes, o leitor vai ter a chance de se aprofundar e crescer em conhecimento por meio das pesquisas produzidas.

Filipe Lins dos Santos

Editor Sênior da Editora Acadêmica Periodicojs



Sumário



Capítulo 1

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO CITOPATOLÓGICO DE COLO UTERINO

10

Capítulo 2

BOAS PRÁTICAS NO PARTO HUMANIZADO

17

Capítulo 3

EDUCAÇÃO EM SAÚDE: PRÁTICAS COLETIVAS

30

Capítulo 4

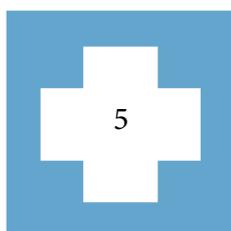
SAÚDE DA MULHER NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

37

Capítulo 5

SAÚDE DO ADOLESCENTE: ABORDAGENS E MANEJO DO CUIDADO

45



Capítulo 6

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: BUSCANDO O PRÉ-NATAL QUALIFICADO

56

Capítulo 7

VIGILÂNCIA EM SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

62

Capítulo 8

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA NA MORTALIDADE MATERNA E INFANTIL

68

Capítulo 9

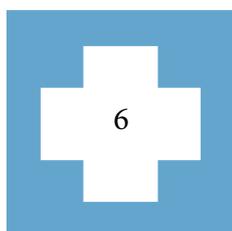
SEGURANÇA DO PACIENTE NO CENTRO CIRÚRGICO

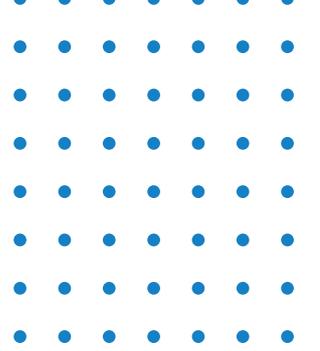
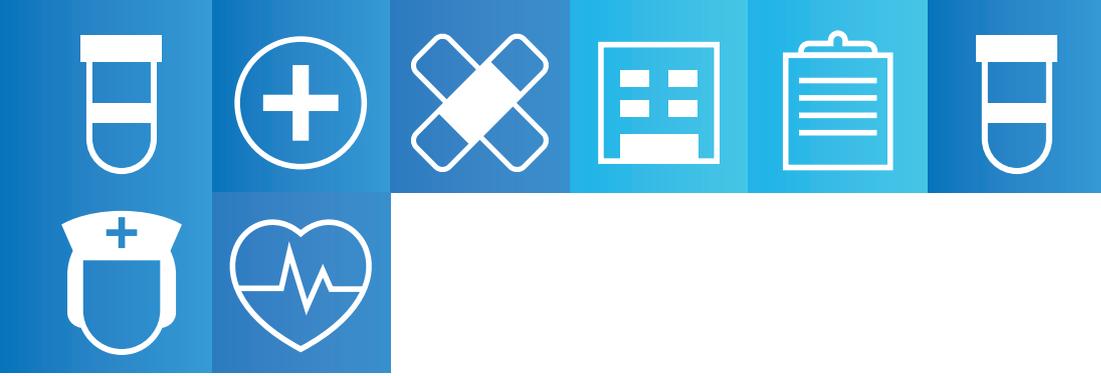
78

Capítulo 10

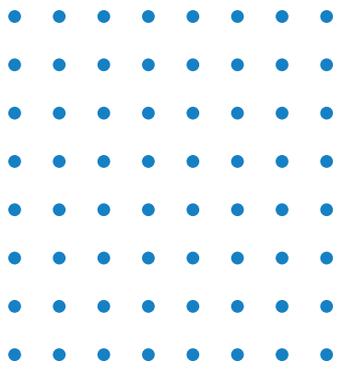
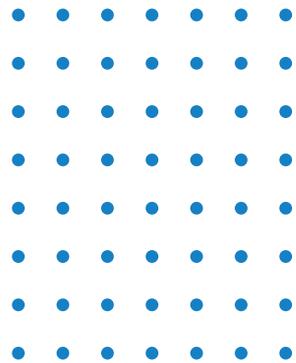
GESTÃO EM SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA

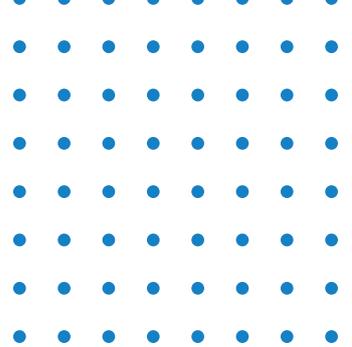
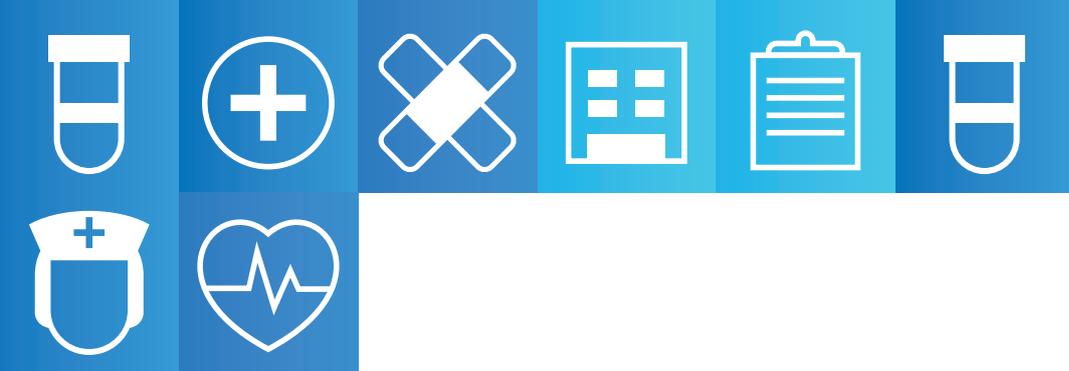
86





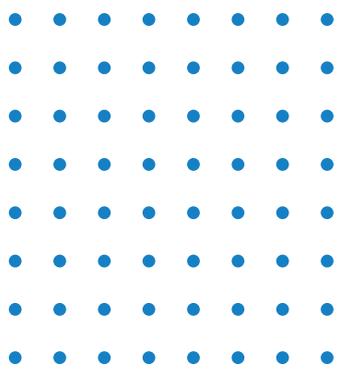
Introdução





Capítulo 1

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO CITOPATOLÓGICO DE COLO UTERINO



ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO CITOPATOLÓGICO DE COLO UTERINO

NURSING ASSISTANCE IN THE CYTOPATHOLOGY OF THE UTERI- NE CERVIX

Ana Emília Araújo de Oliveira¹

Maria Carolina Salustino dos Santos²

Jefferson Allyson Gomes Ferreira³

Nathalia Claudino do Nascimento⁴

Vitória Rocha Pereira⁵

Fabiana Michele de Araújo Pedro⁶

Sâmia Larissa de Lima Vale⁷

Renata Corrêa Bezerra de Araújo⁸

Maria Clara Ribeiro Costa⁹

Luciene Lima Silva¹⁰

1 Enfermeira. Especialista em Avaliação em Saúde Aplicada à Vigilância - UFPE. Mestre em Ciência e Tecnologia em Saúde no Núcleo de Tecnologias Estratégicas em Saúde – NUTES/UEPB

2 Enfermeira. Especialista em obstetrícia. Residência em Saúde da Família. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba.

3 Educador Físico. Centro universitário UNIPÊ.

4 Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Centro Universitário de João Pessoa.

5 Acadêmica de Enfermagem. Faculdade Bezerra de Araújo.

6 Bacharel em nutrição pela Faculdade Maurício de Nassau de Campina Grande. Graduanda em Enfermagem pelo Centro universitário UNIPÊ. Técnica de enfermagem do Hospital Universitário Lauro Wanderley/ Ebserh

7 Enfermeira pela Universidade Federal da Paraíba. Especialização em Saúde da família/ Saúde pública/Vigilância em saúde.

8 Enfermeira. Mestre em Obstetrícia. Faculdade Bezerra de Araújo.

9 Enfermeira. Centro Universitário de João Pessoa.

10 . Enfermeira. Faculdade Maurício de Nassau. Pós-graduanda em Auditoria.

Carolina Damaso Maia¹¹

Simone de Sousa Gomes Medeiros¹²

Resumo: O papanicolau é um exame rápido e indolor realizado em clínicas da família por ser considerado um exame de fácil execução, e pode ser colhido em ambulatórios também. O MS preconiza que seja realizado depois do início da vida sexual em mulheres de 25 anos ou mais. O câncer de colo de útero é um problema de saúde pública, que dia após dia vem se alastrando e acometendo muitas mulheres, antigamente, mulheres mais velhas eram as únicas, atualmente, dados revelam que mulheres mais novas também estão adquirindo câncer de colo de útero, seja por fatores intrínsecos ou extrínsecos.

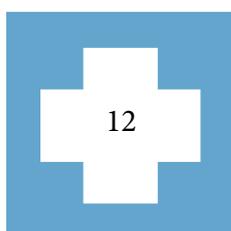
Descritores: Enfermagem; Citopatológico; Saúde; Mulher.

Abstract: The Pap smear is a quick and painless exam performed in family clinics as it is considered an exam that is easy to perform, and can be collected in outpatient clinics as well. The MS recommends that it be performed after the beginning of sexual life in women aged 25 and over. Cervical cancer is a public health problem, which day after day has been spreading and affecting many women, in the past, older women were the only ones, currently, data reveal that younger women are also acquiring cervical cancer. either by intrinsic or extrinsic factors.

Descriptores: Nursing; Cytopathological; Health; Women.

11 Graduação em Medicina. UNICEPLAC.

12 Enfermeira. Faculdade Santa Emília de Rodat. Pós-graduação em Saúde Pública/Saúde da Família/Unidade de Terapia Intensiva.



Sabe-se que o procedimento da coleta de citopatológico de colo uterino não se constitui como uma atividade privativa do enfermeiro. Porém, nas unidades de saúde convencionam-se que o exame seja realizado exclusivamente por esse profissional. Dias et al (2021) p.1, salienta que “não se pode afirmar que tal prática caracteriza uma dificuldade da assistência, uma vez que não há na literatura queixas sobre isso, pelo contrário, encontra-se menção a respeito da preferência por o procedimento ser realizado pelo enfermeiro”.

Estudo integrativo realizado em base de dados internacionais sobre a atuação do enfermeiro na detecção precoce do câncer de colo uterino, demonstrou predominância de nível de evidência VI (estudos descritivos ou qualitativos). Foram identificadas, nesse mesmo estudo, várias formas de atuação do enfermeiro, como: “educação em saúde, incentivo do uso do preservativo, realização do exame de Papanicolau e vacinação, destacando-se, na maioria dos artigos, a prevalência de educação em saúde” (VIEIRA et al., 2022, p.1).

Porém, vem à tona o seguinte questionamento: Por qual motivo ainda temos pouca adesão das mulheres ao exame? Por qual motivo não conseguimos atingir indicadores e cobertura satisfatórios? O que faz a mulher se aproximar ou se afastar da unidade de saúde? Em pesquisa realizada por Dias et al em 2021, observou-se, através da análise da fala dos profissionais participantes da pesquisa, a presença de periodicidade na realização do Papanicolau, parecendo seguir uma rotina programada de ações e coleta uma vez na semana. Esse aspecto demonstra que ainda há um engessamento nas agendas profissionais, que deveriam garantir o acesso através da livre demanda. É importante refletir e reavaliar processos de trabalho, uma vez que manutenção de agenda fechada e horários fixos beneficiam apenas o profissional, mas não a pessoa a quem mais se deve importar nessa ação: a mulher.

Em pesquisa realizada por Meneghel, Andrade e Hesler (2021), utilizando como metodologia a análise de conversa, observou-se falta de equidade na atenção às mulheres em consultas de enfermagem para a coleta do citológico. Isso foi evidenciado pelo uso de perguntas inapropriadas e pouca habilidade interacional para auxiliar as usuárias nas dificuldades com a utilização de termos

para tratar de sexualidade. “É importante e urgente ressignificar as ações de prevenção, tanto para os profissionais como para as mulheres, para romper os estigmas de uma cultura curativista que dificulta a adesão das mulheres ao exame preventivo” (DIAS et al., 2021, p.1).

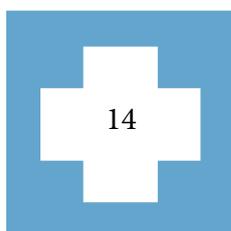
Dessa forma, é necessário que o enfermeiro amplie o olhar e a escuta qualificada em um momento delicado, íntimo e tão cheio de tabus para a grande maioria das mulheres. Meneghel, Andrade e Hesler (2021) confirmam: “a escuta sensível possibilita ouvir o que as pessoas falam e como falam, procurando entender o que as faz sofrer”.

O câncer de colo de útero é um problema de saúde pública, que dia após dia vem se alastrando e acometendo muitas mulheres, antigamente, mulheres mais velhas eram as únicas, atualmente, dados revelam que mulheres mais novas também estão adquirindo câncer de colo de útero, seja por fatores intrínsecos ou extrínsecos. Dito isso, existe a importância do rastreamento e identificação precoce e do câncer. As campanhas de prevenção, o empenho dos profissionais de saúde, e principalmente aqueles que atuam na atenção primária e políticas públicas de promoção de saúde, tem sido fundamental para mudar essa triste realidade (NÓBREGA et al., 2016).

O câncer vem comprometendo a vida de várias mulheres, alterando sua vida social, acadêmica e familiar por conta do diagnóstico. Estudos revelam que a identificação inicial dá a oportunidade de uma cura de 100%. Por isso a importância do exame citopatológico ser uma rotina na vida das mulheres, já que ele consegue identificá-lo precocemente (NÓBREGA et al., 2016).

O Brasil foi um dos primeiros países a realizar o exame de papanicolau para o rastreamento e detecção antecipada do câncer, esse serviço está disponível na rede SUS através do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). O programa orienta que seja feito a cada três anos, após dois exames normais realizados, com um intervalo de um ano entre eles. O exame apresenta eficácia, já que permite a identificação de lesões antes de se tornarem cancerígenas (NÓBREGA et al., 2016).

O papanicolau é um exame rápido e indolor realizado em clínicas da família por ser consi-



derado um exame de fácil execução, e pode ser colhido em ambulatórios também. O MS preconiza que seja realizado depois do início da vida sexual em mulheres de 25 anos ao mais. Para um resultado fidedigno, a mulher não pode ter dito relação sexual no dia anterior, está utilizando remédios vaginais ou encontrar-se menstruada (NÓBREGA et al., 2016).

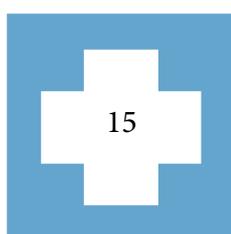
O papanicolau está inserido nos programas de rastreamento do Câncer de colo de útero (CCU) sendo uma ferramenta de indicação e medição da disseminação do câncer no Brasil. Dados revelam que nem 10% das mulheres são captadas ou rastreadas pelo programa, pra essa realidade mudar, precisa do empenho e organização dos serviços de saúde e profissionais para inserção da mulher no programa. Investir e capacitar os profissionais também é de suma importância para o bom andamento do programa (NÓBREGA et al., 2016). O enfermeiro tem um papel fundamental na educação de saúde destas mulheres, através de um atendimento sensível, humano e holístico, que resulta no retorno da mulher para o acompanhamento de sua saúde (NÓBREGA et al., 2016).

REFERÊNCIAS

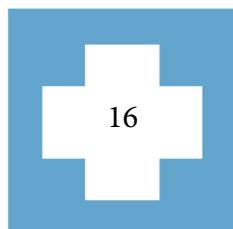
DIAS, E.G. et al. Atuação do enfermeiro na prevenção do câncer do colo de útero em Unidades de Saúde. *J. Health Biol. Sci.* (Online). 1-6, 2021.

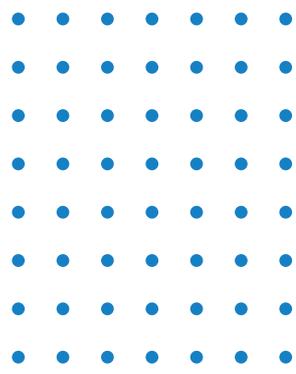
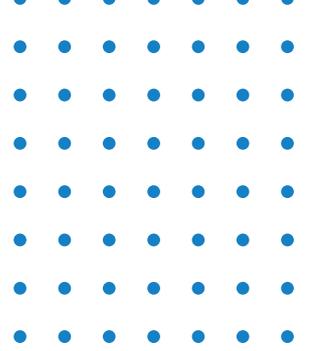
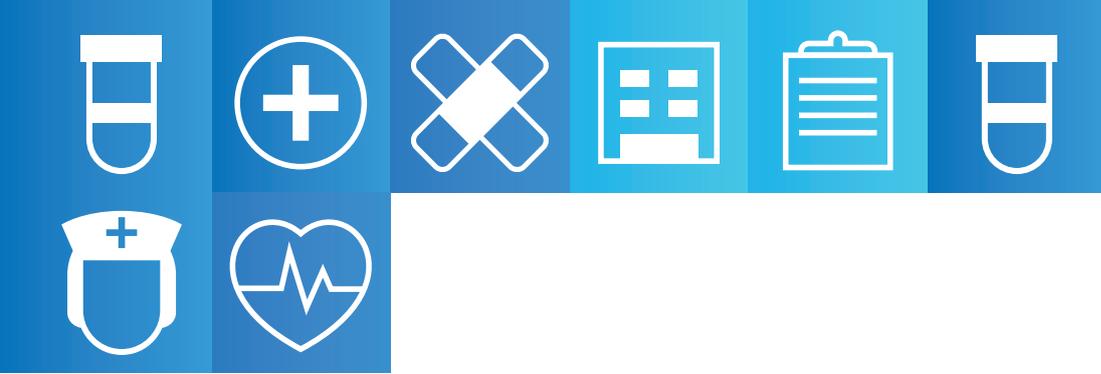
MENEGHEL, S. N.; ANDRADE, D. N. P.; HESLER, L. Z. Conversas invisíveis: assuntos falados, mas não ouvidos em consultas ginecológicas. *Ciência & Saúde Coletiva*. v. 26, n. 01. Pp:275-284. 2022.

VIEIRA, E. A. et al. Atuação do enfermeiro na detecção precoce do câncer de colo uterino: revisão integrativa. *Nursing*. 25(285), 7272–7281 São Paulo, 2022.



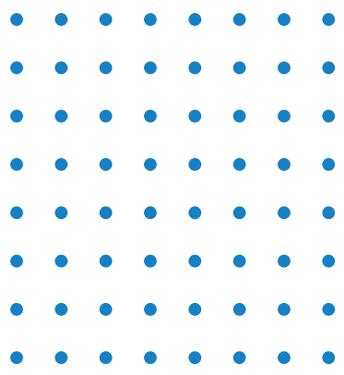
NÓBREGA, Andressa Lacerda; et al. Importância da assistência de enfermagem na realização do exame citopatológico: um olhar bibliográfico. Temas de Saúde Volume 16, Número 2 ISSN 2447-2131 João Pessoa, 2016.





Capítulo 2

BOAS PRÁTICAS NO PARTO HUMANIZADO



BOAS PRÁTICAS NO PARTO HUMANIZADO

GOOD NON-HUMANIZED PRACTICES BIRTH

Ana Emília Araújo de Oliveira¹

Maria Carolina Salustino dos Santos²

Jefferson Allyson Gomes Ferreira³

Nathalia Claudino do Nascimento⁴

Renata Mesquita Gomes⁵

Carolyna Araújo de Oliveira⁶

Verdande Trotskaya de Araújo Medeiros Hounkpe⁷

Vitória Rocha Pereira⁸

Nathâne dos Santos⁹

Resumo: A humanização do parto coloca a mulher como protagonista de todas as suas escolhas e dá a ela o direito de não só escolher o local, como também escolher o seu acompanhante, e opinar sobre

1 Enfermeira. Especialista em Avaliação em Saúde Aplicada à Vigilância - UFPE. Mestre em Ciência e Tecnologia em Saúde no Núcleo de Tecnologias Estratégicas em Saúde – NUTES/UEPB.

2 Enfermeira. Especialista em obstetrícia. Residência em Saúde da Família. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba.

3 Educador Físico. Centro universitário UNIPÊ.

4 Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Centro Universitário de João Pessoa.

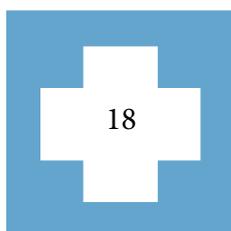
5 Enfermeira. Especialista em Saúde Coletiva. Pós-graduanda em Obstetrícia. Santa Emília de Rodat.

6 Enfermeira. Faculdade Bezerra de Araújo.

7 Enfermeira assistencial no Instituto Cândida Vargas -João Pessoa/PB. Especialista em Saúde Pública: política, planejamento e gestão - ESTÁCIO/FATERN. Residência em Saúde Materno Infantil –UFRN.

8 Acadêmica de Enfermagem. Faculdade Bezerra de Araújo.

9 Enfermeira. Universidade Estácio de Sá, Pós-graduanda em Enfermagem Obstétrica. Faculdade Bezerra de Araújo.



os detalhes que possam promover a ela maior bem-estar físico e emocional durante todo o processo de parto. Este estudo é do tipo reflexivo, que reuniu pensamentos sobre um determinado tema. Para o resgate do parto acontecer, é preciso buscar o protagonismo da mulher nas salas de parto, e para isso é necessário o comprometimento dos profissionais de saúde no sentido de prestar uma assistência com integralidade, continuidade e resolutividade das ações de cuidado.

Descritores: Parto; Cuidado; Saúde; Assistência.

Abstract: The humanization of childbirth places the woman as the protagonist of all her choices and gives her the right to not only choose the place, but also choose her companion, and give her opinion on the details that can promote her greater physical and emotional throughout the process. This study is of the reflective type, which brought together thoughts and literature on a particular topic, in the year 2022. For the rescue of childbirth to happen, it is necessary to seek the role of women in the delivery rooms, for this it is necessary the commitment of the professionals of health in the sense of providing assistance with integrality, continuity and resolution of care actions.

Descritores: Childbirth; Caution; Health; Assistance.

A atenção ao parto e ao nascimento vem passando por diversas mudanças nos últimos anos, nos âmbitos nacionais e internacionais. O nascer é um fato e um acontecimento natural. Essa realização representa um fenômeno marcante para a mãe e toda sua família (PEREIRA et al., 2018). De acordo com Ferreira (2021), o parto é definido como: “Ato de parir, de dar à luz, esforço desmedido, o resultado desse esforço”. Mas, para que esse ato venha a ocorrer de maneira salutar, faz-se necessário que o período pré-natal e puerperal tenha atenção de qualidade e seja humanizado (GOMES et al.,

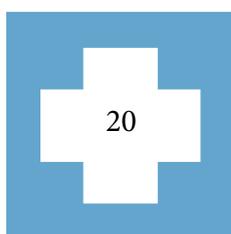
2022).

A equipe de saúde tem papel fundamental na implementação do parto humanizado. De acordo com a OMS, a gestação de baixo risco pode ser acompanhada por um enfermeiro obstétrico, sendo ele, também, apropriado para tal função (ALMEIDA et al., 2015). A concepção de parto humanizado vai além da ideia de conforto e a minimização da dor no momento do parto, mas, abrange um conjunto de medidas desde o pré-natal até o pós-parto, que objetivam proporcionar a mulher um grau elevado de satisfação, autonomia e segurança. Assim, a gestante deve ser acolhida pelo profissional de enfermagem capacitado, de forma que a proporcione o que for de sua vontade e necessidade, garantindo um parto de forma tranquila e saudável (MOURA et al., 2020).

O Brasil está na lista dos países recordistas em partos cesarianos no mundo. Anualmente, pelo Sistema Único de Saúde (SUS) são realizados 2,3 milhões de partos e 80% destes são cirúrgicos, fato preocupante tendo em vista que a Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda uma taxa aceitável entre 10 e 15 %. Diante desses fatos o ministério da saúde preconiza o parto humanizado, que pode ser realizado em Centros de Parto Normal (CPN) ou mesmo no domicílio da parturiente (MOURA et al., 2017).

A maternidade municipal de Campina Grande, o Instituto de Saúde Elpídio de Almeida (ISEA), tem mostrado êxito em adequar-se a algumas recomendações do Ministério da Saúde relacionadas ao atendimento, aos serviços de humanização, possuindo um importante papel nos nascimentos que ocorrem no município, onde atualmente sofre superlotações oriundas da crescente busca de parturientes de outros municípios e até de outros estados (LIMA, 2020). O Centro de Parto Normal (CPN) foi construído em 2016 sendo referência municipal na realização de procedimentos humanizados. A unidade realiza partos do tipo normal e de forma humanizada, atendendo a todos os desejos das gestantes para um parto o mais confortável possível (PARAÍBA ONLINE, 2021).

Durante a gravidez, a mulher tem seus sentimentos afetados por inúmeros questionamentos, desde a saúde do bebê, bem como todo o processo de parto. A grávida requer cuidados especiais em

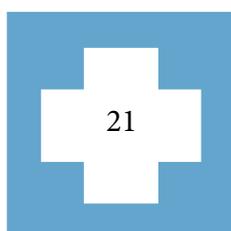


todos os aspectos, destacando-se também os emocionais, pois muitas vezes a equipe multiprofissional se depara com uma paciente vulnerável e extremamente sensível. Assim, cabe a enfermagem auxiliar a gestante em todo sentimento psicoemocional e priorizar o auxílio da humanização durante o parto (LEAS; CIFUENTES, 2016).

A humanização do parto coloca a mulher como protagonista de todas as suas escolhas e dá a ela o direito de não só escolher o local, como também escolher o seu acompanhante, e opinar sobre os detalhes que possam promover a ela maior bem-estar físico e emocional durante todo o processo. Respeitando assim, o processo natural e fisiológico do parto fazendo com que as condutas desnecessárias, ou de risco sejam evitadas. Inclusive, devem ser seguidas as recomendações que a Organização Mundial da Saúde recomenda (OMS,2018). Respeitando os direitos, cultura e necessidades, promovendo assim um atendimento de qualidade, integral e individualizado preservando a privacidade e autonomia da mulher, evitando-se intervenções desnecessárias por parte da equipe de saúde (VELOSO et al., 2020).

A incorporação de boas práticas de atenção ao parto e o nascimento vem gerando a diminuição das intervenções desnecessárias no cenário atual brasileiro. As boas práticas de atenção ao parto estão ligadas ao pensamento crítico de profissionais de saúde de (re)pensar, no modelo intervencionista e cesarista, e sim buscar um resgate ao protagonismo da mulher no cenário obstétrico como foi durante muitos anos, até objetificarem o parto seguro sendo sempre hospitalocêntrico e cheio de intervenção desnecessária (PEREIRA et al., 2018; CARVALHO; SILVA, 2020; ANDRADE; RODRIGUES; SILVA, 2017).

O parto e nascimento devem ser considerados um evento que ultrapassa a barreira biológica, pelo objetivo de alcançar um significado tanto de aspectos culturais e econômicos quanto compreensão de valores, crenças, culturas e atitudes profissionais. Dito isso, o parto não pode ser reduzido apenas como uma ação momentânea e/ou pontual, já que cada mulher é um evento único, singular e multifacetada. Então, cada parto é único, e isso demanda que os profissionais de saúde tenham um



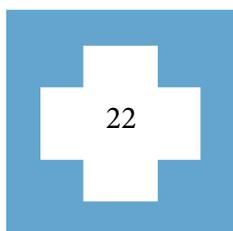
olhar holístico, humanizado e principalmente individualizado para que o processo do parto seja uma experiência transformadora e não um capítulo traumático na vida dessa mulher (PEREIRA et al., 2018; CARVALHO; SILVA, 2020; ANDRADE; RODRIGUES; SILVA, 2017).

Para que as mulheres sejam encorajadas a ser donas dos seus corpos e conseqüentemente do seu parto, a OMS desde 2017, vem falando sobre as práticas que precisam ser reforçadas pelos profissionais e as práticas que devem deixar de existir, para evitar cada vez mais um retrocesso nas salas de parto. Algumas das práticas que devem continuar sendo encorajadas cada dia mais, temos: o parto-grama, a oferta de líquidos via oral durante o trabalho de parto, os métodos não invasivos para alívio da dor, a liberdade de posição e movimentação da mulher no trabalho de parto, o contato pele a pele entre mãe e filho e a amamentação na primeira hora de vida (PEREIRA et al., 2018; CARVALHO; SILVA, 2020; ANDRADE; RODRIGUES; SILVA, 2017).

Já as práticas que precisam ser abolidas da sala de parto temos: utilização do enema, a tri-cotomia, a cateterização profilática de rotina, a manobra de Valsalva durante o segundo estágio do trabalho de parto, a manobra de distensão perineal, dentre outras (PEREIRA et al., 2018; CARVALHO; SILVA, 2020; ANDRADE; RODRIGUES; SILVA, 2017). Além das práticas já citadas, ainda temos: amniotomia precoce e de rotina, o clampeamento precoce do cordão umbilical, o uso rotineiro de ocitocina e a tração controlada do cordão umbilical no terceiro estágio do trabalho de parto, dentre outras.

Diante desta perspectiva, mostra-se a importância da utilização das evidências científicas para as boas práticas utilizadas nas salas de parto. Essas práticas vem trazendo um novo olhar para o cenário obstétrico, assim desenvolvendo uma nova cultura na assistência obstétrica prestada pelos profissionais (PEREIRA et al., 2018; CARVALHO; SILVA, 2020; ANDRADE; RODRIGUES; SILVA, 2017).

As boas práticas de assistência vêm trazendo além dos benefícios mãe e bebê, traz à tona que cada vez mais as evidências científicas sejam o verdadeiro norte da assistência prestada, já que



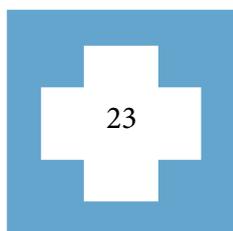
ela impacta na qualidade prestada do cuidado humanizado, tanto da mulher quanto do recém-nascido. Uma outra boa prática que precisar ser encorajada é que o acompanhante seja envolvido no processo de parto, também pela possibilidade de estreitar o vínculo entre a mãe, o bebê e a família o que durante o parto, isto só traz benefícios para mulher (PEREIRA et al., 2018; CARVALHO; SILVA, 2020; ANDRADE; RODRIGUES; SILVA, 2017).

Para que haja uma assistência de qualidade e humanizada como o Ministério da Saúde preconiza desde 2018, precisa-se de uma organização das rotinas dos serviços, de modo a evitar intervenções desnecessária no momento do parto. É fundamental a privacidade e autonomia da mulher durante o trabalho de parto, mas parra isso acontecer de forma efetiva essa mulher precisa ser encorajada durante seu pré-natal (PEREIRA et al., 2018; CARVALHO; SILVA, 2020; ANDRADE; RODRIGUES; SILVA, 2017).

O cenário obstétrico vem mudando dia a pois dia, com isso os enfermeiros obstetras vem ocupando uma importante função de desenvolver um cuidado individualizado e humano, voltado para as necessidades de cada mulher durante seu parto e nascimento com o uso de métodos não invasivos, para proporcionar o mínimo de intervenções desnecessárias. Neste cenário, o enfermeiro obstetra além de prestar assistência para a parturiente e estimular o parto normal, ele é capacitado e qualificado para identificar possíveis alterações durante o trabalho de parto, assegurando uma assistência segura e qualificada para estas mulheres (PEREIRA et al., 2018; CARVALHO; SILVA, 2020; ANDRADE; RODRIGUES; SILVA, 2017).

Para o resgate do parto acontecer, é preciso buscar o protagonismo da mulher nas salas de parto, para isso é necessário o comprometimento dos profissionais de saúde no sentido de prestar uma assistência com integralidade, continuidade e resolutividade das ações de cuidado. As boas práticas sendo implementadas pela equipe podem contribuir para a mudança de paradigmas no cenário obstétrico (PEREIRA et al., 2018; CARVALHO; SILVA, 2020; ANDRADE; RODRIGUES; SILVA, 2017).

As boas práticas de atenção ao parto e nascimento são ações benéficas e protetoras à vida da



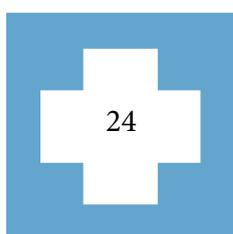
mulher e do recém-nascido, que certamente impactam diretamente na redução da morbimortalidade materna e neonatal. A não adoção dessas práticas pode ser considerada negligência ou iatrogenia no serviço em saúde, pois coloca em risco desnecessário a mulher e o bebê (WHO, 1997).

Evidências demonstram que a hipermedicalização é um dos maiores problemas de saúde materna no Brasil. Os partos institucionalizados e realizados por profissionais capacitados chegam a 98% dos procedimentos, e destes, cerca de 90% são realizados por um profissional médico. Persistem intervenções desnecessárias e sem critérios, resultando em taxas de mortalidade materna e infantil elevadas (WHO, 2014; VICTORA et al., 2011). A Organização Mundial da Saúde (OMS), estimou que aproximadamente 289 mil mulheres no mundo perderam a vida durante a gravidez, parto e puerpério em 2013, uma taxa global de 210 mortes maternas para cada 100 mil nascidos vivos (WHO, 2014).

No entanto, a atenção ao parto e ao nascimento vem passando por importantes e crescentes mudanças nas últimas décadas, em âmbito nacional e internacional. Um dos fatores responsáveis por estas mudanças foi o lançamento do documento Tecnologias apropriadas para o parto e nascimento pela OMS em 1985 (WHO, 1985), instaurando as boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento no campo teórico-prático da obstetrícia, com vista ao alcance das metas do milênio, destacando-se a melhoria da saúde por meio da redução da mortalidade materno-infantil (ANDRADE e LIMA, 2014; CARVALHO, GÖTTEMS e PIRES, 2015)

O Ministério da Saúde (MS), para em melhorar a qualidade da assistência por meio da humanização do serviço, criou o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, e ainda tem estimulado um movimento institucional, político, ético e afetivo em prol de trabalho conjunto, por meio da criação de políticas e diretrizes em favor da humanização e boas práticas no atendimento à mulher em seu ciclo reprodutivo (BRASIL, 2002; BRASIL, 2014).

As boas práticas obstétricas baseadas em evidências científicas, também conhecidas como manejos não farmacológicos para alívio da dor, são alternativas pelas quais os profissionais oferecem à mulher o apoio psicológico e emocional, técnicas de relaxamento tais como:



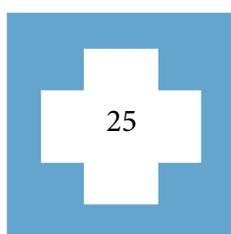
massagens, música, uso de cavalinho, medidas que promovem alívio e conforto durante o trabalho de parto, tornando-o uma experiência menos dolorosa e mais gratificante (MELO et al., 2017; CARVALHO, OLIVEIRA e BEZERRA, 2019).

A enfermagem obstétrica tem ganhado espaço nas políticas públicas de saúde devido ao seu olhar qualificado e humanizado do processo de parturição, aplicando esforços para que flua naturalmente sem necessidade de intervenções dispensáveis, e investindo na construção da relação empática com a mulher e sua família desde o pré-natal até o puerpério (DUARTE et al., 2019). Desta forma, desde 1998, o procedimento “parto normal sem distocias realizado por enfermeiro obstetra” está incluído na tabela de Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde e, a partir de 1999, o MS também propôs a criação de Centros de Parto Normal para atuação exclusiva do enfermeiro obstétrico (BRASIL, 2014).

Sendo assim, enfermeiro obstetra obtém respaldo legal para assistir gestantes, parturientes, puérperas e recém-nascidos em serviços de atenção materno-infantil. Esses serviços hospitalares devem manter protocolos que propiciam a evolução do parto normal, tais como: tecnologias de cuidado (estímulo à posição verticalizada, deambulação, exercícios no período de dilatação e expulsão, protagonismo da mulher e presença de acompanhante); comunicação terapêutica efetiva e oportuna ao médico obstetra em casos de distócia); avaliação do bem-estar fetal (movimentação e batimentos cardíofetais) e exame obstétrico (mensuração de sinais vitais, dinâmica uterina, perdas vaginais, etc.) (COFEN, 2014).

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Olivia Souza Castro; GAMA, Elisabete Rodrigues; BAHIANA, Patricia Moura. Humanização do parto: a atuação dos enfermeiros. *Revista Enfermagem Contemporânea*, v. 4, n. 1, 2015.



GOMES, Matheus Dorneles; DA SILVA, Gabriela Oliveira; DE JESUS RIBEIRO, Milena Soares. ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PARA O PARTO HUMANIZADO. Revista Gestão & Tecnologia, v. 1, n. 34, p. 84-91, 2022.

Isea reativa Centro de Parto Normal para procedimentos humanizados. Paraíba Online. Campina Grande, 10 de julho de 2021. Disponível em: <https://paraibaonline.com.br/saude-e-bem-estar/2021/07/10/isea-reativa-centro-de-parto-normal-para-procedimentos-humanizados/>

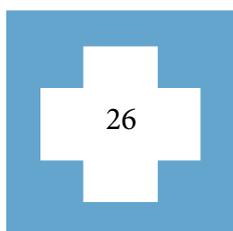
LEAS, Renata Elias; CIFUENTES, Diego José. Parto humanizado: contribuições do enfermeiro obstetra. Revista Ciência & Cidadania, v. 2, n. 1, p. 74, 2016.

LIMA, Ingrid Mikaella de Oliveira. A luz de cada um. Estudo preliminar de humanização hospitalar : Maternidade Regional em Campina Grande - PB / Ingrid Mikaella de Oliveira Lima. - Campina Grande, 2020. 201 f. : il. color.

MOURA, José Wellington Silva et al. Humanização do parto na perspectiva da equipe de enfermagem de um Centro de Parto Normal. Enfermagem em Foco, v. 11, n. 3, 2020.

OMS, Organização Mundial de Saúde. Informes técnicos, recomendações para estabelecer padrão de cuidado para mulheres grávidas e reduzir intervenções médicas desnecessárias, 2018. Acesso em: 03/10/2022. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/noticias/2018/02/20/parto-novasrecomendacoes-da-oms/>.

PEREIRA, Simone Barbosa et al. Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento na perspectiva de profissionais de saúde. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 71, p. 1313-1319, 2018.



VELOSO, Ana Cecília Fragoso et al. Atuação dos profissionais de saúde e o processo de humanização no centro obstétrico. *Nursing (São Paulo)*, v. 23, n. 268, p. 4570-4579, 2020.

ANDRADE, Larisse Ferreira Benevides de; RODRIGUES, Quessia Paz; SILVA, Rita de CássiaVELOZO da. Boas Práticas na atenção obstétrica e sua interface com a humanização da assistência. *Rev enferm UERJ*, Rio de Janeiro, 2017; 25:e26442.

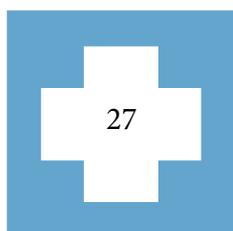
CARVALHO, Silas Santos; SILVA, Camila da Silva e. Revisão Integrativa: Promoção das boas práticas na atenção ao parto normal. *Rev. Aten. Saúde*, São Caetano do Sul, v. 18, n. 63, p. 110-119, jan./mar., 2020.

PEREIRA, Simone Barbosa; et al. Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento na perspectiva de profissionais de saúde. *Rev Bras Enferm [Internet]*. 2018;71(suppl 3):1393-9.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. Trends in maternal mortality: 1990-2013. Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, the World Bank and the United Nations Population Division [Internet]. Geneva: WHO; 2014. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112682/2/9789241507226_eng.pdf?ua=

VICTORA, C.G et al. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. *Lancet [Internet]*. 2011;377(9780):1863-76. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21561656>

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. Appropriate Technology for Birth, *Lancet [Internet]*. 1985;2(8452):436-7. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2863457>



ANDRADE, M.; LIMA, J. O modelo obstétrico e neonatal que defendemos e com o qual trabalhamos. In: Brasil. Ministério da Saúde. Humanização do parto e do nascimento [Internet]. Universidade Estadual do Ceará. Brasília: Ministério da Saúde. (Cadernos Humaniza SUS). vol.4. 2014. Disponível em: http://www.redehumanizausus.net/sites/default/files/caderno_humanizausus_v4_humanizacao_parto.pdf

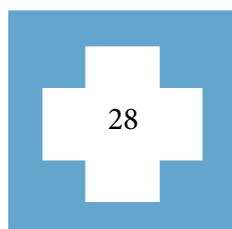
CARVALHO, E.M.P.; GÖTTEMS, L.B.D; PIRES, M.R.G.M. Adherence to best care practices in normal birth: construction and validation of an instrument. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2015;49(6):889-97. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420150000600003>

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Programa de humanização no pré-natal e nascimento. Brasília: Ministério da Saúde [internet]. 2002. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Cadernos HumanizaSUS: Humanização do parto e do nascimento. Brasília: Ministério da Saúde [internet]. 2014. Disponível em: http://www.redehumanizausus.net/sites/default/files/caderno_humanizausus_v4_humanizacao_parto.pdf

DUARTE, M.R. et al. Tecnologias do cuidado na enfermagem obstétrica: contribuição para o parto e nascimento. Cogitare enferm. [internet]. 2019;24(e54164):1-11. Available from: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v24i0.54164>.

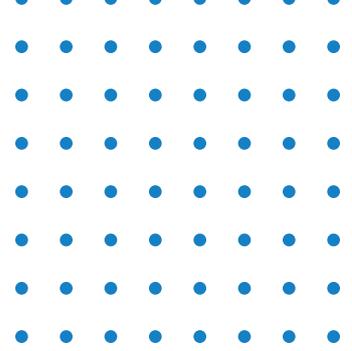
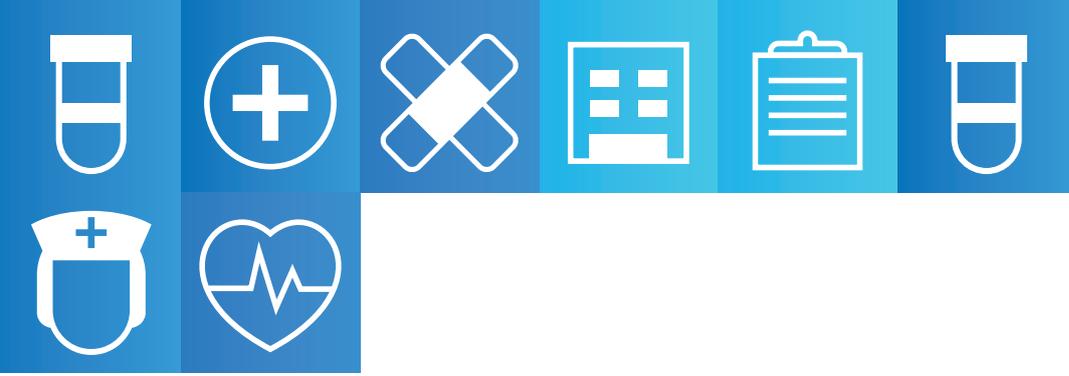
COFEN - Resolução COFEN nº. 516/2016: Dispõe sobre a normatização e atuação do enfermeiro obstetra e dá outras providências. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen->



-no-05162016_41989.html/print/.

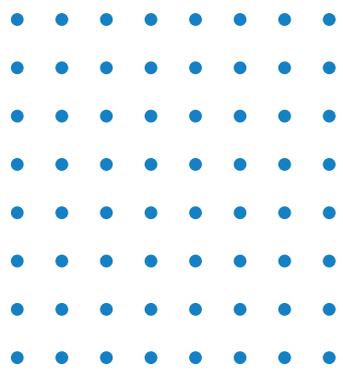
MELO, B.M. et al. Implementação das boas práticas na atenção ao parto em maternidade de referência. Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste. 2017;18(3)

CARVALHO, S.S.; OLIVEIRA, B.R.; BEZERRA, I.S.A. Importância das orientações sobre trabalho de parto nas consultas de pré-natal: revisão de literatura. Rev. Educ. Saúde 2019; 7 (2): 142-150



Capítulo 3

EDUCAÇÃO EM SAÚDE: PRÁTICAS COLETIVAS



EDUCAÇÃO EM SAÚDE: PRÁTICAS COLETIVAS

HEALTH EDUCATION: COLLECTIVE PRACTICES

Ana Emília Araújo de Oliveira¹

Maria Carolina Salustino dos Santos²

Jefferson Allyson Gomes Ferreira³

Nathalia Claudino do Nascimento⁴

Raquel Carvalho Lima⁵

Iracema Vitória Gomes Lins Paz⁶

Vânia Marília Lima Guida⁷

Lizandra de Farias Rodrigues Queiroz⁸

Débora Evely da Silva Olanda⁹

Lady Dayana da Silva Santos¹⁰

Valclécia Carvalho Damascena¹¹

1 Enfermeira. Especialista em Avaliação em Saúde Aplicada à Vigilância - UFPE. Mestre em Ciência e Tecnologia em Saúde no Núcleo de Tecnologias Estratégicas em Saúde – NUTES/UEPB.

2 Enfermeira. Especialista em obstetrícia. Residência em Saúde da Família. Mestra em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba.

3 Educador Físico. Centro universitário UNIPÊ.

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

5 Enfermeira. Especialista em Unidade de Terapia.

6 Graduanda em Nutrição pela Faculdade Três Marias. Técnica de Enfermagem pelo Instituto de Ensino e Educação Técnica.

7 Graduação em Nutrição. Licenciatura Plena em Ciências. Especialização em Terapia Nutricional e Nutrição Clínica. Especialização em Desenvolvimento Sustentável na Amazônia com ênfase em EA. Mestranda do programa de pós-graduação em ensino tecnológico do IFAM.

8 Enfermeira. Mestre em Recursos Naturais. Universidade Federal de Campina Grande.

9 Enfermeira. Pós-graduada em urgência e emergência e Unidade de Terapia Intensiva na Faculdade Brasileira de Ensino Pesquisa e Extensão. Centro Universitário de João Pessoa- Unipê

10 Enfermeira. Mestrado em Educação e Gestão. Faculdade Santa Emília de Rodat,

11 Enfermeira. Centro Universitário de João Pessoa- Unipê.

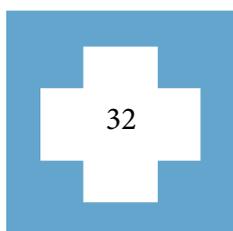
Resumo: Educação em saúde é uma das formas de práticas coletivas, que visa promover e prevenir a saúde através da transformação de uma realidade. Com base nisso, foram lidos diversos estudos na literatura e refletido sobre o tema. Em vista disso, a educação em saúde é primordial para a melhoria de vida do indivíduo, adquirindo saberes próprios e consequentemente levando a prática de uma qualidade de vida melhor, resultando em cidadão com autonomia nos cuidados individual ou coletivo.

Descritores: Educação; Saúde; Coletividade.

Abstract: Health education is one of the forms of collective practices, which aims to promote and prevent health through the transformation of a reality. Based on this, several studies in the literature were read and reflected on the topic. In view of this, health education is essential for the improvement of the individual's life, acquiring their own knowledge and consequently leading to the practice of a better quality of life, resulting in citizens with autonomy in individual or collective care.

Descriptores: Education; Health; Collectivity.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS): “A Educação em Saúde é uma combinação de ações e experiências de aprendizado planejado com o intuito de habilitar as pessoas a obterem conhecimento sobre fatores determinantes e comportamentos de saúde” (FALKENGERG, 2014, p.1). Com os avanços dos métodos científicos e pedagógicos tem contribuído de forma efetiva para a educação em saúde da população. Entretanto, na maioria dos casos o conhecimento só é ofertado quando existe uma disfunção na saúde dos usuários, devido a procura do conhecimento para o tratamento patológico. Diante disso, é relevante o papel do profissional de saúde, em ensinar não só a amenizar/curar a doença, mas ensinar medidas profiláticas para promoção da saúde do indivíduo



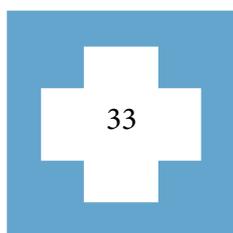
(SCHALL ;STRUCHINER, 1999).

Primordialmente, uma boa qualificação profissional é essencial para a formação de um profissional, principalmente quando ele é responsável por transmitir conhecimento para um público despossuído de percepções básicas de saúde. Existem dois tipos de conhecimentos: os que são adquiridos no decorrer da formação do cidadão e a educação continuada, que ocorre após a graduação com tempo delimitado, como exemplo umas pós-graduação e a educação permanente de forma complementar, de acordo com as ocasiões de trabalho ou até para inclusão do mesmo no mercado de trabalho (FALKENGERG, 2014). Desse modo, quando a pessoa se encontra qualificada, está segura daquilo que está informando, o ouvinte sente que a informação transmitida é segura.

Por outro lado, é essencial a educação de indivíduos carentes de uma base educativa sobre a saúde. O uso de materiais didáticos para uma maior atenção é crucial, esse método tem como objetivo uma participação mais ativa dos usuários com a mensagem que está sendo passada, uma vez que mais concentrado a informação não será apenas memorizada, mais sim aprendida. Apesar disso, a falta de recursos, a infraestrutura, os desgastes dos materiais e equipamentos tecnológicos fragiliza esse tipo de metodologia (GARCIA, 2017). Desta maneira, é necessário um planejamento adequado e eficiente juntamente com uma gestão de fiscalização responsável em analisar a administração dos recursos financeiros públicos ou privados.

Em vista disso, a educação em saúde é primordial para a melhoria de vida do indivíduo, adquirindo saberes próprios e conseqüentemente levando a prática de uma qualidade de vida melhor, resultando em um cidadão com autonomia nos cuidados individuais ou coletivos. Dessa forma, uma população provida de uma educação em saúde contribui para a diminuição de casos negligentes com a saúde.

A Política Nacional de Promoção da Saúde sinaliza a educação em saúde como um instrumento facilitador de capacitação da comunidade, para isso os trabalhadores da saúde e usuários precisam estabelecer uma relação pautada na escuta terapêutica, no respeito e na valorização das



experiências, das histórias de vida e da visão de mundo dos usuários. Para desenvolver essas ações, os profissionais precisam conhecer as práticas educativas, considerar o olhar do outro, interagir com ele e reconstruir coletivamente saberes e práticas cotidianas (BRASIL, 2018).

A educação em saúde é um dos principais mecanismos para viabilizar a promoção da saúde, a prevenção de doenças e a disseminação de informações aos usuários. Nesse contexto, são fundamentais ações educativas de natureza multidimensional e em caráter interdisciplinar, cuja finalidade é empoderar os usuários de conhecimentos e de habilidades, além de torná-los protagonistas na condução do cuidado em saúde (SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE MINAS GERAIS, 2020).

Visto isso, a educação em saúde se apresenta como o meio mais importante para a ampliação de conhecimentos e de práticas que se relacionam com os comportamentos saudáveis dos indivíduos. Frente a esse contexto, as ações desenvolvidas durante o processo de educação em saúde possuem um caráter persuasivo, uma vez que procuram preceituar comportamentos considerados pertinentes na prevenção ou diminuição dos agravos ocasionados por diversas doenças (GUETERRES et al., 2017).

Na sua realização, é necessário o envolvimento de três esferas: a comunidade que cria a base para construir seu conhecimento e aumentar sua autonomia da saúde; a equipe de saúde que busca a valorização da prevenção e promoção da saúde e das práticas curativas; e os gestores que devem apoiar o desenvolvimento dessas práticas e os profissionais que as aplicam (FALKENBERG et al., 2014).

As atividades de educação em saúde podem ocorrer no consultório, em atendimentos individuais, e de forma coletiva em grupos ou rodas de conversas e por meio delas, é possível disseminar conteúdo para promoção da saúde, mas, sobretudo fomentar a democratização e qualificação do acesso às ações de saúde por meio de uma aprendizagem significativa, diálogo e escuta das necessidades dos usuários (FIGUEIREDO et al., 2017).

A organização de trabalho, proposta pela ESF, aponta para a necessidade de um trabalho em equipe, uma vez que a junção dos olhares de diferentes categorias profissionais favorece a interdis-

ciplinaridade, o que interfere positivamente na resolubilidade dos problemas de saúde existentes na comunidade assistida, além de proporcionar uma atenção integral aos indivíduos (VIEGAS; PENNA, 2013).

A Enfermagem tem na ação educativa, um de seus principais eixos norteadores, que se concretiza nos vários espaços de realização do cuidado. Isso implica pensar a ação educativa como estratégia fundamental para a formação profissional no que se refere ao cuidado de Enfermagem, bem como pensar a necessidade de identificar ambientes pedagógicos capazes de potencializar essa prática (THUMÉ et al., 2018).

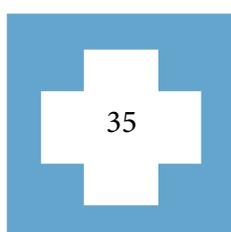
REFERÊNCIAS

FALKENBERG, M.B. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. *Ciência e Saúde Coletiva*. [online] 19, (03), p.1- 6, 2014. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014193.01572013%20>

SCHALL, V. T., STRUCHINER, M. Educação em saúde: novas perspectivas. *Cadernos de Saúde Pública*. [online]. p. 1-2, 1999.

GARCIA, C.D. A Educação em Saúde enquanto Ferramenta na Melhoria da Qualidade de Vida e na Promoção da Saúde dos Usuários: permeando a literatura. Universidade Federal de Campina Grande Unidade Acadêmica de Enfermagem- UAENFE. [online]. p.33, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de



setembro de 2017. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 40 p.

FALKENBERG, M. B. et al. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. *Ciência saúde coletiva*, Rio de Janeiro, 2014.

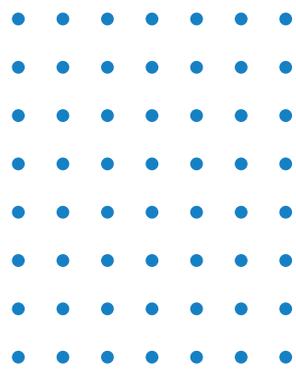
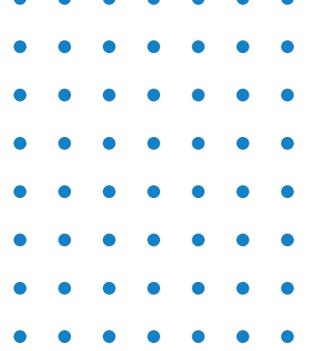
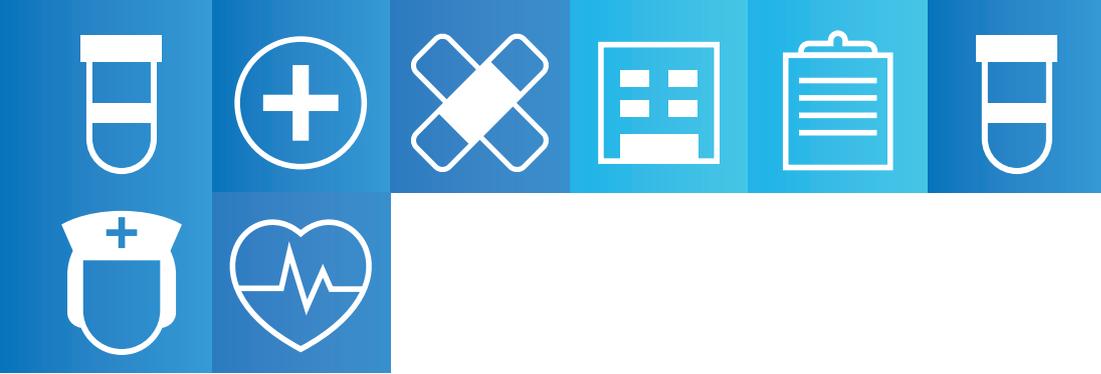
FIGUEIREDO R. et al. In: São Paulo. Secretaria da Saúde. Boletim do Instituto de Saúde – BIS, 2017; 18(2).

GUETERRES, É. C. et al. Educação em saúde no contexto escolar: estudo de revisão integrativa. *Enfermería Global*, v. 16, n. 2, p. 464-499, 2017.

Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Guia Orientador da Atenção Primária à Saúde para o Enfrentamento da Pandemia de Covid-19. 2020.

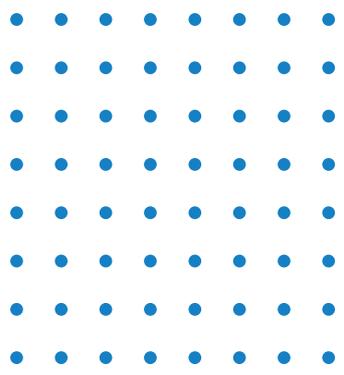
THUMÉ, E. et al. “Formação e prática de enfermeiros para a Atenção Primária à Saúde-avanços, desafios e estratégias para fortalecimento do Sistema Único de Saúde. *Saúde em Debate*. 2018;42:275-288

VIEGAS, S.M.F; PENNA, C.M.M. A construção da integralidade no trabalho cotidiano da equipe saúde da família. *Esc Anna Nery Rev Enferm* [Internet]. 2013 [cited 2017 May 22]; 17(1):133-41.



Capítulo 4

SAÚDE DA MULHER NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE



SAÚDE DA MULHER NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

WOMEN'S HEALTH IN PRIMARY HEALTH CARE

Ana Emília Araújo de Oliveira¹

Maria Carolina Salustino dos Santos²

Jefferson Allyson Gomes Ferreira³

Nathalia Claudino do Nascimento⁴

Vitória Rocha Pereira⁵

Rúbia de Souza Rufino⁶

Ernubia de Souza Rufino⁷

Zena Brasileiro Amancio⁸

Edilma Martiniano Pereira⁹

Berlandio Jackson Tomaz Galdino de Farias¹⁰

Fabiana Michele de Araújo Pedro¹¹

1 Enfermeira. Especialista em Avaliação em Saúde Aplicada à Vigilância - UFPE. Mestre em Ciência e Tecnologia em Saúde no Núcleo de Tecnologias Estratégicas em Saúde – NUTES/UEPB.

2 Enfermeira. Especialista em obstetrícia. Residência em Saúde da Família. Mestra em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba.

3 Educador Físico. Centro universitário UNIPÊ.

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

5 Acadêmica de Enfermagem. Faculdade Bezerra de Araújo

6 Assistente Social pela Universidade Federal da Paraíba. Pós-graduação em Gestão em Saúde.

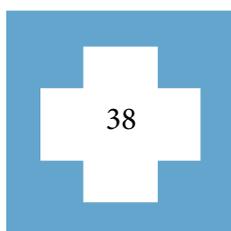
7 Psicóloga pelo Centro universitário UNIPÊ. Pós-graduação em Psicologia da Infância e da Adolescência.

8 Enfermeira. Faculdade Maurício de Nassau

9 Assistente Social pela Universidade Federal da Paraíba. Pós-graduação em Saúde da Família pela FIP.

10 Enfermeiro pela Universidade Estadual da Paraíba. Pós-graduação em Urgência e Emergência. Pós-graduação em Auditoria pelo Conselho Federal de Enfermagem.

11 Bacharel em nutrição pela Faculdade Maurício de Nassau de Campina Grande. Graduanda em Enfermagem pelo Centro universitário UNIPÊ. Técnica de enfermagem do Hospital Universitário Lauro Wanderley/ Ebserh.



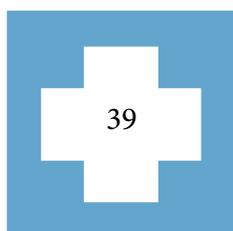
Resumo: A saúde da mulher tem uma história marcada por um longo processo de construção do SUS. O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), foi uma política pública implantada, que tem por intuito a incorporação de serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde feminina em todo território brasileiro. Na atenção primária a saúde, é onde essas mulheres muitas vezes tem uma assistência integral e individualizada, passando a ser protagonista da sua saúde e não apenas uma cuidadora das demais vidas ao seu redor. É fundamental a captação destas mulheres para os serviços de saúde, muito antes de alguma doença instalada, assim os profissionais de saúde exerceriam ações preventivas com um olhar na promoção de saúde.

Descritores: Saúde da Mulher; Atenção Primária à Saúde; Cuidado.

Abstract: Women's health has a history marked by a long process of building the SUS. The Comprehensive Assistance to Women's Health Program (PAISM) was a public policy implemented with the aim of incorporating services for the promotion, prevention, assistance and recovery of women's health throughout Brazil. In primary health care, this is where these women often have comprehensive and individualized care, becoming the protagonist of their health and not just a caregiver of the other lives around them. It is essential to attract these women to health services, long before any disease develops, so that health professionals would carry out preventive actions with a view to health promotion.

Descriptors: Women's Health; Primary Health Care; Caution.

A Atenção Primária à Saúde (APS) é a principal porta de entrada do usuário no sistema de saúde. O estabelecimento de vínculo entre o profissional e a mulher, tem por objetivo reduzir precon-



ceitos ou tabus contra as mulheres e ofertar promoção à saúde e prevenção de agravos (ZOCCHETT et al., 2017).

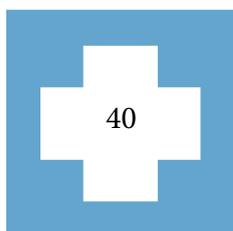
Neste sentido, estão as Unidades Básicas de Saúde (mais conhecidas como postos de saúde), as Clínicas de Saúde da Família e os Centros Municipais de Saúde. Os serviços constantes desse nível de atenção à saúde abrangem importantes programas, com destaque para o Saúde da Família, que atua através de uma equipe multiprofissional nas áreas de promoção de saúde de grupos específicos (Criança, Mulher, Idoso), controle e acompanhamento de doenças crônicas e saúde bucal (COBO, 2021).

Os profissionais da saúde que atuam na ESF compartilham um campo de conhecimento comum na promoção da saúde. O processo da clínica ampliada, em questão presentes a interdisciplinaridade e a democracia nos cuidados em saúde, parte de uma concepção não centrada nos atendimentos médicos, não hierarquizada, mas na liberdade de criação e emancipação provocada pelos próprios processos nas abordagens ao usuário. A equipe, dessa forma, adquire experiências ao longo do tempo, numa postura humana e acolhedora, com o relacionamento diário com diálogos entre si e com a comunidade (BRASIL, 2009).

A Atenção Primária à Saúde (APS) configura-se como indispensável para diminuir o abandono das famílias e das mulheres com sua saúde, bem como considerando o princípio da longitudinalidade em saúde compreendendo a vulnerabilidade deste grupo, bem como por considerar os dados epidemiológicos que colocam o Brasil em primeiro lugar mundial em violência doméstica e assassinato de mulheres por questão de gênero, isto é, do feminicídio (MARQUES et. al., 2020).

A saúde da mulher tem uma história marcada por um longo processo de construção do SUS. O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), foi uma política pública implantada que tem por intuito a incorporação de serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde feminina em todo território brasileiro (BANAZESKI et al., 2021; SABÓIA et al., 2021).

Segundo o COREN SP (2019), as mulheres sendo a maioria, tanto na população, como no



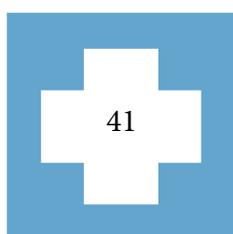
uso do Sistema Único de Saúde (SUS), é perceptível que a preocupação com a saúde feminina é atual, pois somente no início do século XX iniciaram algumas políticas que favoreciam as mulheres, principalmente na atenção à saúde na gravidez e puerpério.

O atendimento à saúde da mulher na Atenção Primária à Saúde (APS), por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), tem grande potencial gerador de atenção integral à saúde das mulheres, desde que considere os determinantes sociais e a perspectiva de gênero. A ESF tem o objetivo de expandir, qualificar e consolidar a APS, pois favorece uma reorientação do processo de trabalho, tendo potencial de ampliar a resolubilidade e o impacto na vulnerabilidade da situação de saúde do indivíduo e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (BRASIL, 2011).

Nesse sentido, o vínculo com a comunidade são ferramentas chaves no apoio e aprimoramento do profissional de Enfermagem. Indubitavelmente, a enfermagem como profissão que estima o compromisso com a população, objetiva sempre buscar a melhoria de qualidade de vida e assistência com base na ciência, que busca novas metodologias para melhor atender as necessidades do indivíduo, mediante atividades educativas em saúde e intervenções necessárias (FERREIRA et al., 2021).

No contexto histórico, a mulher era vista apenas para reprodução e criação de filhos, então, o cuidado ficava muito preso a esses paradigmas, tanto que as primeiras políticas públicas de atenção à saúde da mulher estão voltadas a gravidez. Foi ao longo dos anos, que os cuidados a saúde da mulher foram englobando-a como toda, desde antes da menarca até depois do seu climatério. Mas ainda assim, muitas políticas públicas estão voltadas no ciclo gravídico, tendo como prioridade o pré-natal, deixando de lado problemas de violência e planejamento familiar (FRAZÃO et al., 2022).

Um pouco mais da metade da população brasileira é composta por mulheres, destas, majoritariamente, usam os serviços de saúde pública. Muitas usufruindo dos serviços pra si, já outras estão inseridas no serviço para acompanhar os filhos, marido e familiares. As mulheres não cuidam apenas de si, mas de todos os membros da sua família, essa carga de cuidar de todos é um problema antigo, onde a mulher sempre é vista como gestora do cuidado de todos ao seu redor. Isso faz com que as



mulheres adoeçam com mais frequência que os homens (FRAZÃO et al., 2022).

Na atenção primária a saúde, é onde essas mulheres muitas vezes tem uma assistência integral e individualizada, passando a ser protagonista da sua saúde e não apenas uma cuidadora das demais vidas ao seu redor. É fundamental a capitação destas mulheres para os serviços de saúde, muito antes de alguma doença instalada, assim os profissionais de saúde exerceriam ações preventivas com um olhar na promoção de saúde. Agora, quando o cenário que essa mulher busca já tem uma doença instalada, é fundamental a capitação precoce na atenção básica, já que a mesma é a porta de entrada para os serviços de saúde (FRAZÃO et al., 2022).

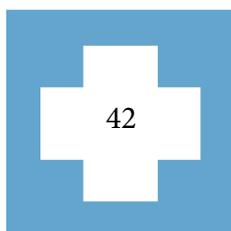
É de suma importância prestar assistência pra mulher respeitando sua individualidade e singularidade do seu estilo de vida, além de questões físicas, mentais e biológicas de cada uma. Qualquer demanda desta mulher deve ser tratada de forma digna e respeitosa por todos os profissionais de saúde. Encorajar e respeitar sua autonomia ao seu cuidado é fundamental para esta mulher ser porta voz do cuidado no seu meio, assim promovendo promoção de saúde (FRAZÃO et al., 2022).

A equipe de enfermagem é indispensável para o cuidado a saúde da mulher, sendo os protagonistas do cuidado e com autonomia ampla de cuidar das mulheres na atenção básica. Os enfermeiros na atenção básica atuam principalmente na promoção e prevenção de saúde da população.

A assistência à saúde da mulher é primordial para o bom andamento das políticas públicas e também responsável por desafogar os hospitais, que muitas vezes ficam lotados por situações poderiam ter sido resolvidas na atenção primária de saúde. Então, é fundamental que as todas as mulheres sejam inseridas e acolhidas na atenção primária de saúde (FRAZÃO et al., 2022).

REFERÊNCIAS

BANAZESKI, Ana Claudia et al. PERCEPÇÕES DE ENFERMEIROS SOBRE A ATENÇÃO AO CLIMATÉRIO*. J Nurs UFPE on line, v. 15, p. e245748, 2021.



COBO, Barbara; CRUZ, Claudia; DICK, Paulo C. Desigualdades de gênero e raciais no acesso e uso dos serviços de atenção primária à saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 26, p. 4021-4032, 2021.

COREN. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Protocolo de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde MÓDULO 1: SAÚDE DA MULHER. São Paulo, 2019

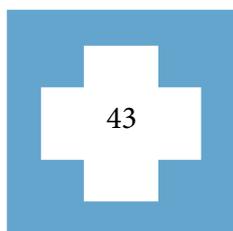
DE AZAMBUJA ZOCHE, Denise Antunes et al. Percepções de enfermeiros acerca da integralidade da atenção à saúde feminina. *Revista de Enfermagem UFPE on line*, v. 11, n. 11, p. 4758-4766, 2017.

Ferreira, D. S., Ramos, F. R. S., & Teixeira, E. (2021). Nurses' educational practices in Family Health Strategy. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74, 2021.

MARQUES ES ET. AL. A violência contra mulheres, crianças e adolescentes em tempos de pandemia pela COVID-19: panorama, motivações e formas de enfrentamento. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2020, vol.36, n.4, 2

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Clínica ampliada e compartilhada/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS [internet]. Brasília, DF. 2009

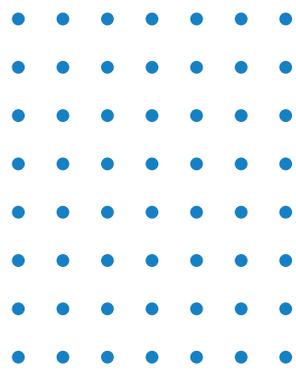
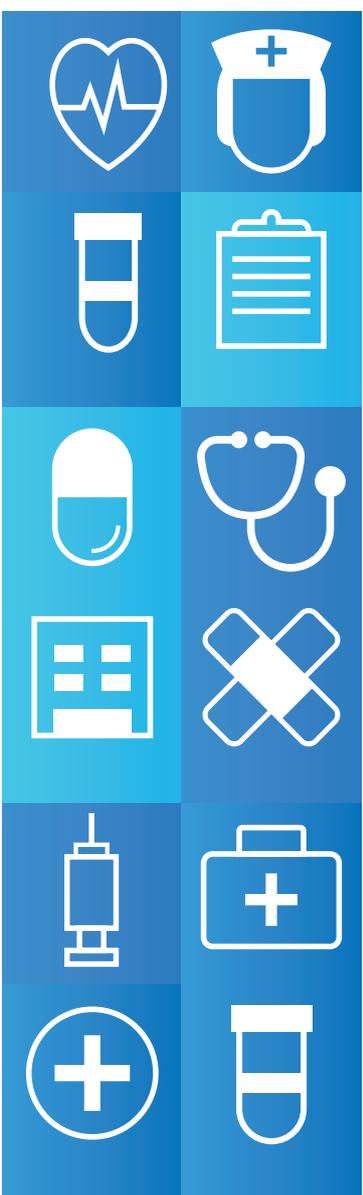
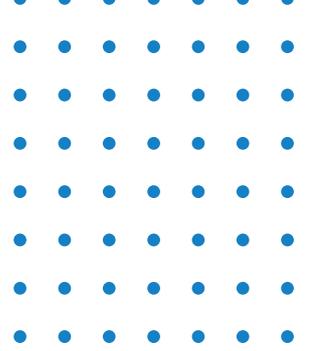
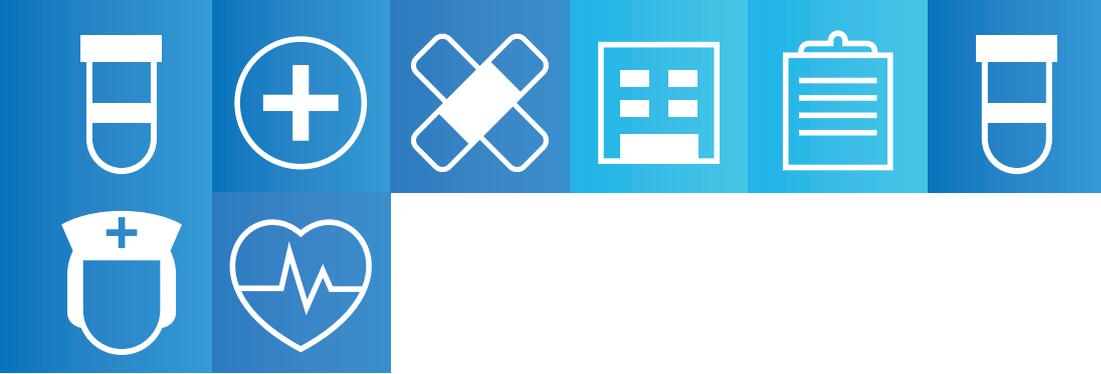
MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Plano Nacional de Saúde – PNS 2012-2015. Brasília: Rev. bras. Saúde ocup., São Paulo, 38 (127): 11-30, 2013



25 Ministério da Saúde, 2011a.

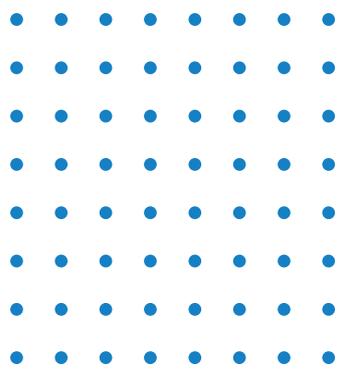
SABÓIA, Bruna Aguiar et al. Assistência de enfermagem à mulher no climatério e menopausa: estratégia de inclusão na rotina das unidades básicas de saúde. *Scire Salutis*, v. 11, n. 3, p. 80-89, 2021.

FRAZÃO, Maria Gabriela de Oliveira; et al. Assistência de enfermagem à saúde da mulher na Atenção Básica: uma revisão da literatura. *Research, Society and Development*, v. 11, n. 2, e25211225655, 2022.



Capítulo 5

SAÚDE DO ADOLESCENTE: ABORDAGENS E MANEJO DO CUIDADO



SAÚDE DO ADOLESCENTE: ABORDAGENS E MANEJO DO CUIDADO

ADOLESCENT HEALTH: APPROACHES AND CARE MANAGEMENT

Ana Emília Araújo de Oliveira¹

Maria Carolina Salustino dos Santos²

Jefferson Allyson Gomes Ferreira³

Nathalia Claudino do Nascimento⁴

Raquel Carvalho Lima⁵

Iracema Vitória Gomes Lins Paz⁶

Vânia Marília Lima Guida⁷

Maria Aparecida Tavares Fialho Bezerra⁸

Francisco Junio do Nascimento⁹

Denise da Silva Carvalho¹⁰

1 Enfermeira. Especialista em Avaliação em Saúde Aplicada à Vigilância - UFPE. Mestre em Ciência e Tecnologia em Saúde no Núcleo de Tecnologias Estratégicas em Saúde – NUTES/UEPB.

2 Enfermeira. Especialista em obstetrícia. Residência em Saúde da Família. Mestra em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba.

3 Educador Físico. Centro universitário UNIPÊ.

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

5 Enfermeira. Especialista em Unidade de Terapia.

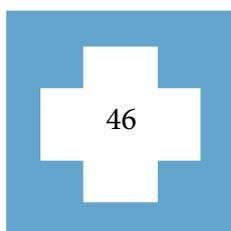
6 Graduada em Nutrição pela Faculdade Três Marias. Técnica de Enfermagem pelo Instituto de Ensino e Educação Técnica.

7 Graduação em Nutrição. Licenciatura Plena em Ciências. Especialização em Terapia Nutricional e Nutrição Clínica. Especialização em Desenvolvimento Sustentável na Amazônia com ênfase em EA. Mestranda do programa de pós-graduação em ensino tecnológico do IFAM.

8 Educadora Física. Centro universitário UNIPÊ. Professora do Ensino Básico, Técnico e Tecnológico da Universidade Federal da Paraíba (UFPB).

9 Bacharel em enfermagem pela UniJuazeiro. Menstrando em Enfermagem na UFSM. Pós graduado em Saúde Coletiva com Ênfase em saúde da família. Pós graduado em enfermagem em UTI.

10 Enfermeira. Mestrado em Desenvolvimento Social. Especialista em Enfermagem Neonatal. Faculdade Bezerra de Araújo.



Maria Clara Ribeiro Costa¹¹

Marília Xavier Maciel¹²

Nadim Tannous El Madi Junior¹³

Eliane dos Santos¹⁴

Resumo: É na adolescência que se inicia algumas mudanças de comportamentos, as responsabilidades surgem e com elas as obrigações aparecem e a incessante busca pela liberdade também. Este estudo reflete sobre o manejo do cuidado ao adolescente, no qual percebeu-se que os transtornos alimentares são predominantes. É relevante, os cuidados com as influências na alimentação na adolescência, especialmente aos maus hábitos alimentares, o sedentarismo e a obesidade podem colaborar para o desenvolvimentos de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) na fase adulta.

Descritores: Cuidado; Adolescente; Saúde; Prevenção.

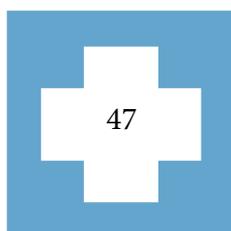
Abstract: It is in adolescence that some behavioral changes begin, responsibilities arise and with them, obligations appear and the incessant search for freedom. This study reflects on the management of care for adolescents, in which it was noticed that eating disorders are predominant. It is relevant, care with the influences on eating in adolescence, especially poor eating habits, sedentary lifestyle and obesity can contribute to the development of Chronic Non-Communicable Diseases (NCDs) in adulthood.

11 Enfermeira. Centro Universitário de João Pessoa.

12 Farmacêutica. Estudante de Medicina pelo Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos. Pós-graduação em Farmácia Estética.

13 Estudante de Medicina pelo Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos.

14 Enfermeira pelo Centro Universitário Augusto Motta. Pós-graduação em Urgência e Emergência.



Descritores: Caution; Adolescent; Health; Prevention.

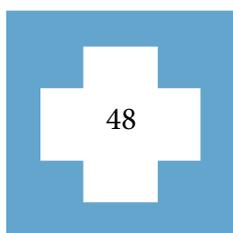
É na adolescência que se inicia algumas mudanças de comportamentos, as responsabilidades surgem e com elas as obrigações aparecem e a incessante busca pela liberdade. Entretanto, é nesse período que o adolescente se torna mais influenciável e essa interferência geralmente ocorre pelas mídias, principalmente as redes sociais e amigos próximos (PRIORES et al., 2010; COPETTI; QUIROGA, 2018; CARNEIRO, 2007).

É relevante, os cuidados com as influências na alimentação na adolescência, especialmente aos maus hábitos alimentares, o sedentarismo e a obesidade podem colaborar para o desenvolvimento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) na fase adulta. É de fundamental importância um comportamento alimentar adequado, para evitar consequências futuras a saúde (PRIORES et al., 2010; COPETTI; QUIROGA, 2018; CARNEIRO, 2007).

Outro ponto significativo, é em relação aos Transtornos Alimentares (TAs), onde o público alvo é principalmente os adolescentes. Com o aumento da globalização e as influências midiáticas, o mercado tem estabelecido um corpo padrão para a juventude, padrão esse que valoriza a imagem magra, principalmente da mulher, esse tipo de corpo é considerado para mídia como saudável, esteticamente bonito, causando uma influência na aceitação e inserção social (PRIORES et al., 2010; COPETTI; QUIROGA, 2018; CARNEIRO, 2007).

Diante disso, tem aumentado os casos de TAs, sendo a Anorexia Nervosa (NA) e a Bulimia Nervosa (BN) as mais comuns. Os Transtornos alimentares estão relacionados com os fatores biológicos, psíquicos e sociais, ocasionando inadequação do comportamento alimentar inadequado para ficar dentro dos padrões e expectativas sociais (PRIORES et al., 2010; COPETTI; QUIROGA, 2018; CARNEIRO, 2007).

Similarmente, as propagandas midiáticas de fast-food, onde apresenta a imagem de adolescentes se alimentando de forma errada, com intuito de influenciar esse público mais novo a consumir



esses alimentos prontos e práticos. No entanto, esses alimentos tem alto teor de gordura, carboidratos simples, refinado, pobre em fibras e carboidratos complexos. Em vista disso, esse maus hábitos e o sedentarismo contribuem para casos de adolescentes obesos, e que se não houver uma mudança comportamental, ocorrerá o surgimento de problemas cardíacos, diabetes e hipertensão arterial. Dessa maneira, uma alimentação balanceada, a prática de atividade física, a influência dos pais e ajuda de profissionais de saúde para o aconselhamento é fundamental para diminuição de ocorrências de obesidade na adolescência (PRIORES et al., 2010; COPETTI; QUIROGA, 2018; CARNEIRO, 2007).

Dessa forma, é essencial a atuação de uma equipe multidisciplinar para intervenção de comportamentos prejudiciais a saúde. Primordialmente, o profissional de nutrição, para uma avaliação nutricional e o acompanhamento nutricional adequado de acordo com as necessidades do pubescente. É relevante que, os profissionais esteja atualizados e preparados, o diagnóstico tem que ser claro é imediato, principalmente nos casos de TAs e de obesidade, pois quanto mais rápido o tratamento/profilaxia menores são os riscos à saúde do adolescente (PRIORES et al., 2010; COPETTI; QUIROGA, 2018; CARNEIRO, 2007).

O Brasil vem passando por diversas mudanças, isto inclui o processo de urbanização, acesso a informação, tecnologia, estilo de vida, e claro o hábito alimentar da população e mediante ao exposto há um aumento crescente da incidência e prevalência das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) como, por exemplo: a obesidade e suas comorbidades, tais como Diabetes Mellitus (DM), Hipertensão Arterial (HA) (BRASIL, 2014). Segundo Henrique e colaboradores (2018), esses problemas de saúde possuem causas desencadeadas por diversos fatores, ou seja, multifatorial, e uma delas é o fator a alimentação e nutrição, principalmente em relação ao consumo de alimentos processados e ultraprocessados de modo abastoso.

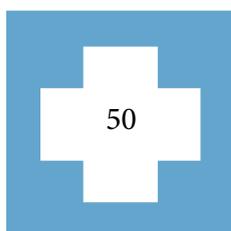
A Pesquisa Orçamento Familiares (POF) realizada nos anos de 2017 e 2018 indicou em sua pesquisa que o consumo de verduras, legumes e frutas vem tendo um consumo cada vez menor, e em contra partida, o consumo de sódio, açúcares, alimentos processados e ultraprocessados vem aumen-

tando o consumo entre a população. E este tipo de problemas não acomete somente adultos, jovens de 10 a 24 anos que estão iniciando ou consolidando seus hábitos alimentares, podem muitas vezes desenvolver hábitos de risco para as DCNTs, sendo que também as chances de prevenção nesta fase também são grandes, porém poucas exploradas, desta forma o investimento à atenção e a saúde do adolescente tem um impacto bastante positivo em relação à ocorrência destas doenças (GORE et al., 2011).

E uma das maneiras de se promover e fortalecer a saúde é através de ações da Educação Alimentar e Nutricional que se caracteriza “como um processo contínuo e permanente que objetiva promover a autonomia e a tomada consciente de decisão sobre hábitos alimentares saudáveis” (BRASIL, 2012). E um local bastante propício para promover a reflexão em relação aos hábitos alimentares é o espaço escolar, que através do estímulo ao processo de aprendizagem, de forma contínuo e permanente em adotar ações de Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) e ter Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA) utilizando-se recursos e abordagens educacionais problematizadores (FRANÇA; CARVALHO, 2017).

Um dos programas do Governo Federal que a escola pública participa, é o Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE), que é concebido como fator de proteção em relação ao estado nutricional e de doenças associadas, aos alunos atendidos (PEARSON; BIDDLE; GORELY, 2009). O PNAE além de considerar a alimentação Escolar como um princípio do Direito Humano a Alimentação Adequada (DHAA), ainda o inclui como estratégias educativas aos alunos da escola pública (BRASIL, 2012).

Segundo o Marco de Referência de Educação Alimentar e Nutricional recomenda, que para a prática da EAN deve-se fazer uso de abordagens e recursos educacionais que privilegie o diálogo, baseada na escuta ativa e próxima, levando em consideração todas as fases do curso da vida, com o intuito de atender as necessidades da pessoa e grupos em busca de soluções contextualizadas (BRASIL, 2012).



Para Moreira e Ribeiro (2016), o uso das metodologias ativas pode favorecer a formação crítica e reflexiva dos estudantes no processo de ensino-aprendizagem construtivistas, levando em consideração o contexto contemporâneo do ensino, desta forma levando este estudante a autonomia e despertando a curiosidade. Assim, para que a EAN consiga alcançar seus verdadeiros objetivos é válido a utilização das metodologias ativas para atrair a atenção dos adolescentes. A intervenção da EAN na adolescência é determinante e pode propiciar a criação de hábitos alimentares mais saudáveis que poderão acompanhar até a vida adulta, fazendo com que tenho uma vida mais saudável fisicamente e mentalmente (DE ÁVILA et al., 2019).

Aliado as metodologias ativas é interessante a utilização dos recursos didáticos para promover a EAN e um deles é a Historia em Quadrinhos (HQ) que é constituída por dois códigos que interagem entre si constantemente, que são o verbal e o visual. Que segundo Rama e Vergueiro (2018), cada código ocupa um papel importante, sempre um reforçando um ao outro, fazendo com isso que a mensagem seja entendida de forma global. Ainda segundo Rama e Vergueiro (2018), as HQs fazem parte do dia a dia de pessoas em diversas fases da vida e uma delas na adolescência, sendo uma leitura que motivam os estudantes em relação aos conteúdos dos componentes curriculares, além disso, estimula a curiosidade e seu senso crítico.

Para Vergueiro (2010), são diversos os motivos que levam as histórias em quadrinhos serem atrativas e ajudar os estudantes a assimilarem assuntos a serem abordados, e assim terem um bom desempenho em relação à aprendizagem, sendo que sem a mesma muito provavelmente o resultado não seria tão satisfatório.

Conforme Cabreira e Vinholi (2020), a HQ no passado foi um material sem valor perante a educação, no entanto, hoje em dia é um dos materiais com maior potencial para auxiliar a aprendizagem de estudantes, tornando as aulas com mais ação, agradáveis e proveitosas, porém ainda precisa ser mais bem explorada pelos docentes, como intuito de minorar o ensino tradicional nas escolas, sendo utilizada como uma proposta mais sólida, edificante e divertida na questão ensino e aprendizagem.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Aillen; FERREIRA, Vanessa Alves; NEUMANN, Dora; MIRANDA, Lucilene Soares e PIRES, Ivy Scorzi Cazelli. O impacto da educação alimentar e nutricional na prevenção do excesso de peso em escolares. *Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento*, São Paulo. v.11. n.62. p.94-10. Mar./Abril 2017.

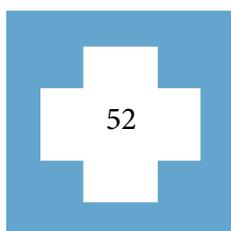
BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia alimentar para a População Brasileira. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia Alimentar para a População Brasileira. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.

CAMOZZI, Aída Bruna Quilici; MONEGO, Ida Estelamaris Tronco; MENEZES, Helena Carvalho Francescantonio, SILVA, Priscila Olin. Promoção da Alimentação Saudável na Escola: realidade ou utopia? Rio de Janeiro: *Cad. Saúde Colet.*, 23 (1): 32-7, 2015.

COSTA, Gilcimara Bonifácia; VINCHA, Kellem Regina Rosendo; CARNEIRO, Angélica Cotta Lobo Leite. Abordagem do Guia Alimentar para a População Brasileira em livros de ciências do ensino fundamental. *DEMETRA: Alimentação, Nutrição & Saúde*, v. 16, p. 51578, 2021.

LOUZADA ML DA C, CANELLA DS, JAIME PC, MONTEIRO CA. Alimentação e saúde: a fundamentação científica do guia alimentar para a população brasileira. São Paulo: Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública; 2019.



SÃO PEDRO ND, ARAÚJO M DA PN, FREITAS M DO CS de. Significados do comer no cotidiano de adolescentes: narrativas de estudantes com excesso de peso de uma instituição federal de ensino médio da cidade de Salvador, Bahia. Demetra. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia alimentar para a população brasileira. 2º ed., 1. – Brasília. 2014.

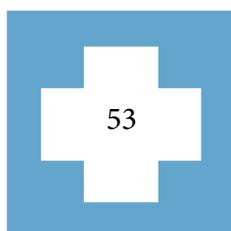
BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. Marco de referência de educação alimentar e nutricional para as políticas públicas. Brasília, DF: A Secretaria, 2012.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. Marco de referência de educação alimentar e nutricional para as políticas públicas. Brasília: O Ministério; 2012.

CABREIRA, Juliana Da silva; JÚNIOR, Airton José Vinholi. Cadeia alimentar em quadrinhos: uma proposta didática para o ensino de ciências. Revista Intersaberes, v. 15, n. 36, p. 702-719, 2020.

DE ÁVILA, Renata Silva et al. Educação alimentar e nutricional para adolescentes: O protagonismo como estratégia para práticas alimentares saudáveis. Saúde e Desenvolvimento Humano, v. 7, n. 3, p. 39-48, 2019.

FRANCA, Camila de Jesus; CARVALHO, Vivian Carla Honorato dos Santos. Estratégias de educação alimentar e nutricional na Atenção Primária à Saúde: uma revisão de literatura. Saúde Debate.



Rio De Janeiro, v. 41, n. 114, p. 932-948, Jul-Set 2017.

GORE FM, et al. Global burden of disease in young people aged 10-24 years: a systematic analysis. Lancet. 2011.

HENRIQUES, Patrícia et al. Políticas de Saúde e de Segurança Alimentar e Nutricional: desafios para o controle da obesidade infantil. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 23, n. 12, p. 4143-4152, 2018.

MOREIRA, J. R.; RIBEIRO, J. B. P. Prática pedagógica baseada em metodologia ativa: aprendizagem sob a perspectiva do letramento informacional para o ensino na educação profissional. Outras Palavras. Vol. 12. Num. 2. 2016.

PEARSON N, BIDDLE SJ, GORELY T. Family correlates of fruit and vegetable consumption in children and adolescents: a systematic review. Public Health Nutr. 2009.

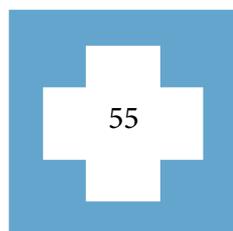
RAMA, A.; VERGUEIRO, W. (Orgs). Como usar as histórias em quadrinhos na sala de aula. 4ª. São Paulo: Contexto, 2018.

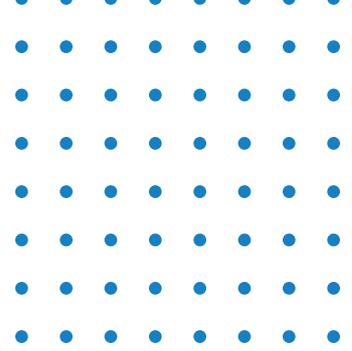
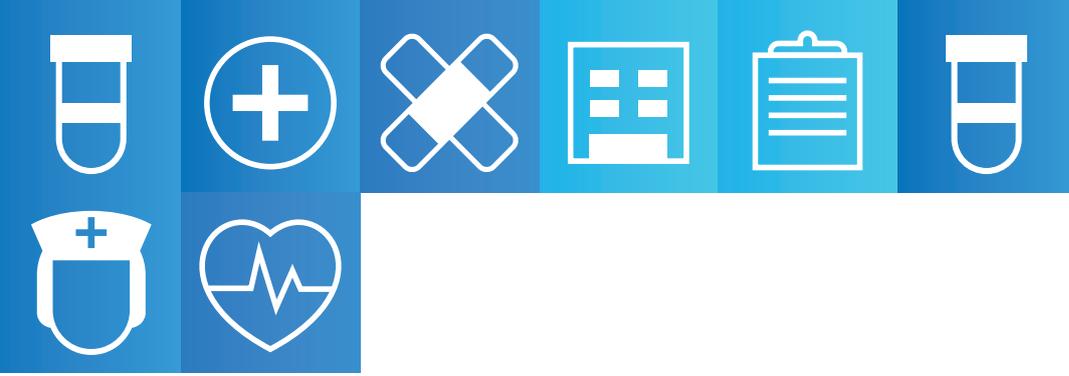
PRIORES, S.E. et al. Nutrição e Saúde na adolescência. Editora Rubio Ltda. [online] p. 480, 2010.

COPETTI, A.V.S, QUIROGA, C.V. A influência da mídia nos transtornos alimentares e na autoimagem em adolescentes. Revista de Psicologia da IMED. [online]. v. 10, n2, p. 161-177, 2018.

CARNEIRO, V.G. A influência da mídia na obesidade de crianças e adolescentes. UNAERP - Uni-

versidade de Ribeirão Preto – Campus Guarujá. p. 39, 2007.





Capítulo 6

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: BUSCANDO O PRÉ-NATAL QUALIFICADO



ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: BUSCANDO O PRÉ-NATAL QUALIFICADO

NURSING ASSISTANCE: LOOKING FOR QUALIFIED PRENATAL

Ana Emília Araújo de Oliveira¹

Denise da Silva Carvalho²

Maria Carolina Salustino dos Santos³

Jefferson Allyson Gomes Ferreira⁴

Nathalia Claudino do Nascimento⁵

Carolyna Araújo de Oliveira⁶

Renata Corrêa Bezerra de Araújo⁷

Resumo: É através da atenção do pré-natal qualificado que nos permite conhecer o monitoramento da saúde da gestante, identificar os fatores de risco e a detecção e o tratamento precoce de possíveis intercorrências e afecções. O pré-natal para o sistema de saúde, representa a oportunidade para que se atue integralmente na promoção e, na recuperação da saúde das mulheres. Este estudo refletiu sobre a temática através de diversas leituras na literatura. Nesse sentido, para se oferecer um cuidado adequado

1 Enfermeira. Especialista em Avaliação em Saúde Aplicada à Vigilância - UFPE. Mestre em Ciência e Tecnologia em Saúde no Núcleo de Tecnologias Estratégicas em Saúde – NUTES/UEPB.

2 Enfermeira. Mestrado em Desenvolvimento Social. Especialista em Enfermagem Neonatal. Faculdade Bezerra de Araújo.

3 Enfermeira. Especialista em obstetrícia. Residência em Saúde da Família. Mestra em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba.

4 Educador Físico. Centro universitário UNIPÊ.

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

6 Enfermeira. Faculdade Bezerra de Araújo

7 Enfermeira. Mestre em Obstetrícia. Faculdade Bezerra de Araújo.



às necessidades do binômio, é importante caminhar na direção de um modelo integrado de atenção, no qual atue uma equipe interdisciplinar, em que uma equipe de referência apoia a equipe da APS.

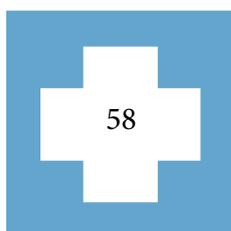
Descritores: Pré-natal; Enfermagem; Cuidado.

Abstract: It is through qualified prenatal care that allows us to know the monitoring of the pregnant woman's health, allowing the identification of risk factors and the early detection and treatment of possible complications and conditions. Prenatal care for the health system represents the opportunity to act fully in the promotion and recovery of women's health. This study reflected on the theme through several readings in the literature. In this sense, in order to offer adequate care to the needs of the binomial, it is important to move towards an integrated model of care in which an interdisciplinary team acts in which a reference team supports the PHC team.

Descritores: Prenatal; Nursing; Caution.

As políticas de saúde no Brasil vem destacando nos últimos anos a assistência à saúde da mulher na perspectiva de diminuição da mortalidade materna e perinatal. No mundo, por ano, cerca de 120 milhões de mulheres ficaram grávidas, destas, cerca de meio milhão morreram em consequência de complicações da gestação e/ou do parto; e em torno de 50 milhões sofrem sequelas relacionadas a gestação (BRASIL, 2012; BRASIL, 2004; BRASIL, 2022; FONTANELLA; WISNIEWSKI, 2014; MOURA; RODRIGUES, 2018).

São notórios os avanços na atenção à saúde da mulher nos últimos anos; através do levantamento das condições da gestação, que levam ao conhecimento das causas de mortalidade materna. Segundo o painel de monitoramento da mortalidade materna, o Brasil teve uma média de 107 mortes

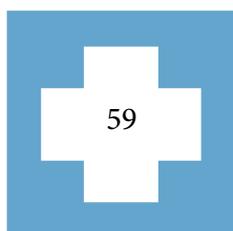


para cada 100 mil nascidos. Com os objetivos do Desenvolvimento sustentável (ODS), a ONU indicou, até 2030, reduzir a taxa de mortalidade materna global para menos de 70 mortes por 100 mil nascidos vivos (BRASIL, 2012; BRASIL, 2004; BRASIL, 2022; FONTANELLA; WISNIEWSKI, 2014; MOURA; RODRIGUES, 2018).

É através da atenção pré-natal qualificada que nos permite conhecer o monitoramento da saúde da gestante, permitindo identificar os fatores de risco e a detecção e o tratamento precoce de possíveis intercorrências e afecções. O pré-natal para o sistema de saúde, representa a oportunidade para que se atue integralmente na promoção e, na recuperação da saúde das mulheres. Sendo a atenção prestada de forma ,qualificada, humanizada e hierarquizada de acordo com o risco gestacional. Para isso, é fundamental a compreensão, por parte dos profissionais envolvidos no processo assistencial, da importância de sua atuação e da necessidade de aliarem o conhecimento técnico específico ao compromisso com um resultado satisfatório da atenção para o binômio materno-fetal (BRASIL, 2012; BRASIL, 2004; BRASIL, 2022; FONTANELLA; WISNIEWSKI, 2014; MOURA; RODRIGUES, 2018).

A estratégia de saúde da família compõe o acolhimento e atendimento relacionado a saúde da mulher no ciclo gravídico puerperal, desenvolvendo ações de prevenção e promoção à saúde. Tendo sido criado na década de 90, contribui sobremaneira para melhoria contínua dos indicadores de saúde, principalmente da mortalidade materna e infantil, visto o vínculo estabelecido com as famílias / assistidos no território (BRASIL, 2012; BRASIL, 2004; BRASIL, 2022; FONTANELLA; WISNIEWSKI, 2014; MOURA; RODRIGUES, 2018).

O pré-natal de risco habitual, ou baixo risco, deve ser realizado pelo profissional enfermeiro, profissional este que encontra-se embasado na Lei do Exercício Profissional da Enfermagem, e que possui embasamento teórico-científico para prestar esta assistência, monitorando, identificando e prevenindo intercorrências maternas e fetais, assim como realizando atividades educativas que visem debelar quaisquer dúvidas sobre a gravidez, parto, puerpério, cuidados com o recém-nascido e alei-



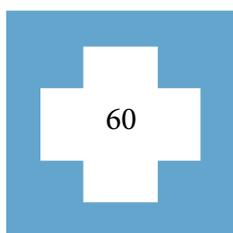
tamento materno. Durante este período, também serão realizados exames e avaliações sequenciais visando identificar e encaminhar para tratamento precocemente as situações de risco, que possam ocasionar prejuízos à saúde da gestante ou do bebê (BRASIL, 2012; BRASIL, 2004; BRASIL, 2022; FONTANELLA; WISNIEWSKI, 2014; MOURA; RODRIGUES, 2018).

A periodicidade de realização das consultas será mensal até 36 semanas gestacional e quinzenal a partir deste período. É importante ressaltar que a consulta é um momento especial, possibilitando que o enfermeiro possa desenvolver as ações com autonomia plena, assim como ao identificar fatores de risco, encaminhe de imediato para acompanhamento médico, compreendendo o pré-natal como atividade multidisciplinar (BRASIL, 2012; BRASIL, 2004; BRASIL, 2022; FONTANELLA; WISNIEWSKI, 2014; MOURA; RODRIGUES, 2018).

Um dos fatores determinantes para a redução da mortalidade materna é a organização dos processos de atenção durante o pré-natal, que inclui a estratificação de risco obstétrico. Desta forma, a estratificação de risco gestacional oferta a gestante o cuidado necessário às suas demandas, por equipes com nível de especialização e de qualificação apropriados. Otimizando os recursos em busca de equidade no cuidado de maneira que se ofereça a tecnologia necessária para quem precisa dela. Essa identificação de risco deverá ser iniciada na primeira consulta de pré-natal e deverá ser dinâmica e contínua, sendo revista a cada consulta (BRASIL, 2012; BRASIL, 2004; BRASIL, 2022; FONTANELLA; WISNIEWSKI, 2014; MOURA; RODRIGUES, 2018).

As gestantes em situações de alto risco exigirão, além do suporte no seu território, cuidados de equipe de saúde especializada e multiprofissional, eventualmente até em serviço de referência secundário ou terciário com instalações neonatais que ofereçam cuidados específicos. Porém, é a coordenação do cuidado pela Atenção Primária em Saúde- APS o que permite que a gestante se mantenha vinculada ao território (BRASIL, 2012; BRASIL, 2004; BRASIL, 2022; FONTANELLA; WISNIEWSKI, 2014; MOURA; RODRIGUES, 2018).

O cuidado pré-natal, ainda que compartilhado, deve continuar a ser ofertado pela unidade



de origem, por meio de consultas médicas e de enfermagem e visitas domiciliares. Isso garante a responsabilidade sobre o cuidado para com a gestante. Nesse sentido, para se oferecer um cuidado adequado às necessidades do binômio, é importante caminhar na direção de um modelo integrado de atenção no qual atue uma equipe interdisciplinar em que uma equipe de referência apoia a equipe da APS (agentes comunitários de saúde, enfermeiros, técnicos de enfermagem e médicos de família e comunidade) na condução de determinada gestante (BRASIL, 2012; BRASIL, 2004; BRASIL, 2022; FONTANELLA; WISNIEWSKI, 2014; MOURA; RODRIGUES, 2018).

REFERÊNCIAS

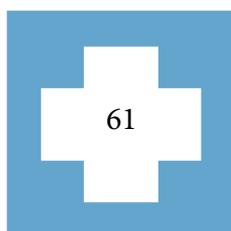
BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

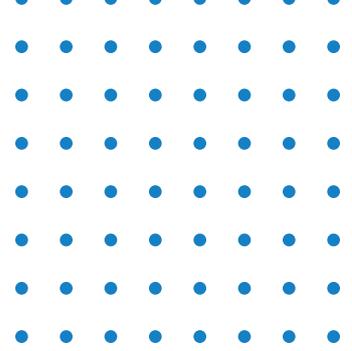
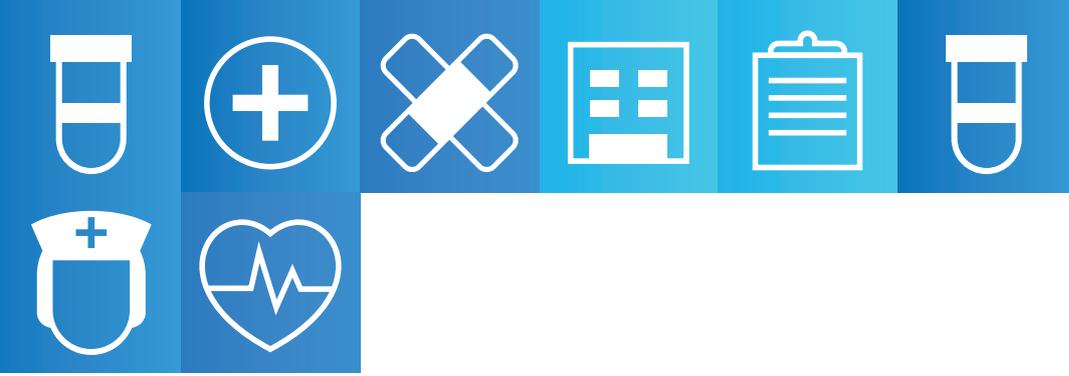
BRASIL. Ministério da Saúde. Pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal: informe da atenção básica. Brasília; 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual de Gestação de Alto Risco [recurso eletrônico] / High-risk pregnancy manual. 1^a edição – 2022 –versão preliminar. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

FONTANELLA APS, WISNIEWSKI D. Pré-natal de baixo risco: dificuldades encontradas pelos profissionais enfermeiros. Braz J Surg Clin Res. 2014; 7(3): 11-6.

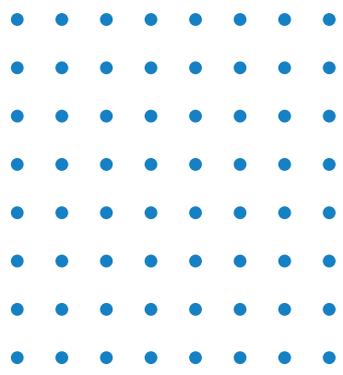
MOURA ERF, RODRIGUES MSP. Desempenho profissional de enfermeiras na assistência pré-natal. RENE: rev min enferm 2018 jan/jun; 3(1): 27-33.





Capítulo 7

VIGILÂNCIA EM SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA



VIGILÂNCIA EM SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

HEALTH SURVEILLANCE IN PRIMARY CARE

Ana Emília Araújo de Oliveira¹

Maria Carolina Salustino dos Santos²

Jefferson Allyson Gomes Ferreira³

Nathalia Claudino do Nascimento⁴

Ana Quitéria Fernandes Ferreira⁵

Simone de Sousa Gomes Medeiros⁶

Debora Lobato de Souza Costa⁷

Maria José de Vasconcelos⁸

Carolynne da Silva Fernandes⁹

Resumo: A Vigilância em Saúde é apontada como uma função essencial em um sistema de saúde

1 Enfermeira. Especialista em Avaliação em Saúde Aplicada à Vigilância - UFPE. Mestre em Ciência e Tecnologia em Saúde no Núcleo de Tecnologias Estratégicas em Saúde – NUTES/UEPB.

2 Enfermeira. Especialista em obstetrícia. Residência em Saúde da Família. Mestra em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba.

3 Educador Físico. Centro universitário UNIPÊ.

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

5 Enfermeira pela ESTACIO/RN. Pós-graduação em Saúde da Família- ESTACIO/RN. Pós-graduação em Auditoria em Saúde- UFRN.

6 Enfermeira. Faculdade Santa Emília de Rodat. Pós-graduação em Saúde Pública/Saúde da Família/Unidade de Terapia Intensiva

7 Enfermeira. Universidade Federal do Pará. Especialista em Unidade de Terapia Intensiva e Preceptoria em Saúde.

8 Enfermeira pela Faculdade Santa Emília de Rodat. Especialista em Atenção ao Paciente Crítico pelo Hospital Sírio Libanês.

9 Bacharel em Psicologia. Faculdade Maria Thereza.



pública, para coleta, análise e interpretação sistemática contínua de dados aos tomadores de decisão, para planejamento e intervenção, em local adequado e tempo oportuno. Na atenção primária, é de extrema importância as ações de vigilância em saúde, para prevenir e promover ao surgimento de doenças na comunidade. Por isso, este estudo reuniu diversos textos e refletiu sobre o tema.

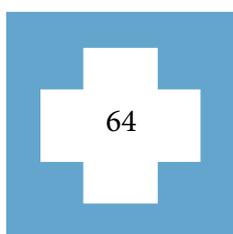
Descritores: Vigilância; Atenção Primária à Saúde; Cuidado.

Abstract: Health Surveillance is identified as an essential function in a public health system, for the collection, analysis and continuous systematic interpretation of data to decision makers, for planning and intervention, in an appropriate place and timely. In primary care, health surveillance actions are extremely important to prevent and promote the emergence of diseases in the community. Therefore, this study gathered several texts and reflected on the topic

Descriptores: Surveillance; Primary Health Care; Caution.

Um importante pilar na saúde pública brasileira é a Vigilância em Saúde (VS), cujas primeiras medidas remontam desde o período colonial, mas que teve sua sistematização apenas no século XX durante o processo de construção e implantação do Sistema Único de Saúde. Essa construção foi motivada pela necessidade de ampliação das ações de vigilância epidemiológica, no sentido de contemplar as condições de vida em sua amplitude, uma vez que tais ações sempre estiveram voltadas para o controle do agente etiológico e do meio ambiente (IVANCKO et al., 2021).

A Vigilância em Saúde é apontada como uma função essencial em um sistema de saúde pública, para coleta, análise e interpretação sistemática contínua de dados aos tomadores de decisão, para planejamento e intervenção, em local adequado e tempo oportuno. Pode-se dizer que esta é imprescindível para fornecer informações e orientar intervenções relacionadas ao diagnóstico e ao tra-



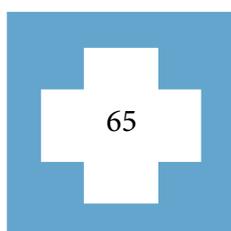
tamento individual (enfoque clínico) ou direcionadas a grupos populacionais até a intervenção sobre os determinantes sociais em saúde (DSS) (PRADO et al., 2021).

Esta função é mediada pela tradicional geração de dados da vigilância ou pela interpretação dos dados do sistema de vigilância, adaptados aos vários níveis do sistema de saúde, implementados para atender às necessidades e às dinâmicas cultural e populacional de cada país (PRADO et al., 2021).

O sistema de vigilância de doenças transmissíveis do Brasil, embora apresente limitações, encontra-se bem estruturado, atua de forma capilarizada em todos os municípios do país, ao lado da rede de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), e desenvolve sistemática e, em geral, oportunamente as ações de vigilância e controle pertinentes a cada uma das doenças infecciosas de interesse da saúde pública. Ademais, o sistema de vigilância investiga e desencadeia ações quando da ocorrência de eventos inusitados, como foi o caso da epidemia de microcefalia/síndrome congênita do vírus Zika. Em sua rotina de trabalho, as equipes de atenção primária à saúde (APS) desenvolvem algumas ações de vigilância epidemiológica (VE) (TEIXEIRA, et al., 2020).

Todavia é incipiente a integração das equipes de APS às equipes de VE, no que se refere às investigações epidemiológicas de campo em seus territórios de atenção, identificação e controle de contatos, a exemplo do que acontece com as vigilâncias de tuberculose e hanseníase. Na grande maioria dos municípios, essas atividades são da responsabilidade estrita da VE. Um dos grandes desafios do SUS, reconhecidamente, é o de fortalecer a articulação da APS com a VE em todas as suas esferas (TEIXEIRA, et al., 2020).

A Vigilância deve trabalhar de forma integrada e harmônica com todas as Unidades de Atendimento à Saúde, também intersetorialmente e intersecretarialmente. Suas ações, incluindo a promoção da saúde, devem estar inseridas no cotidiano das equipes de Atenção Primária – Saúde da Família, com atribuições e responsabilidades definidas em território único de atuação, integrando os processos de trabalho, planejamento, monitoramento e avaliação dessas ações (BRASIL, 2010).



Assim, pode-se afirmar que a Atenção Básica (AB) é considerada a porta de entrada dos usuários ao sistema de saúde, responsável por um conjunto de ações individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, entre outras ações de saúde, inclusive a VS. Estas ações devem ser executadas de modo integrado, por equipe multiprofissional que possui responsabilidade sanitária por uma população de um território definido (BRASIL, 2017).

A interação entre os setores, particularmente a AB e a VS, é essencial para que ações de saúde com foco na integralidade sejam operacionalizadas nos serviços. No Brasil, há cerca de duas décadas, a gestão federal e, por vezes, as estaduais têm apontado a necessidade de garantir tal integração das duas áreas complementares (BRASIL, 2017).

Diante disso, assegura-se que o modelo de vigilância integrada à APS envolve a articulação de práticas de equipe multidisciplinar ou interprofissional, incluindo os prestadores de cuidados primários; um sistema de financiamento ou programa de incentivos para vigilância em saúde, promoção da saúde e prevenção de doenças; um sistema de tecnologia de informação para coleta de dados e instituição de planos e protocolos comuns, de forma contínua e sistemática; e a capacidade de detectar e relatar doenças novas e emergentes, por meio de interfaces articuladas entre os sistemas de saúde locais, provinciais, nacionais e internacionais. Com isso, pode-se concluir que a integralidade da assistência à saúde se inicia e se completa na Rede de Assistência à Saúde, da qual a Vigilância em Saúde faz parte.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Diretrizes Nacionais da Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 108 p.: – (Série F. Comunicação

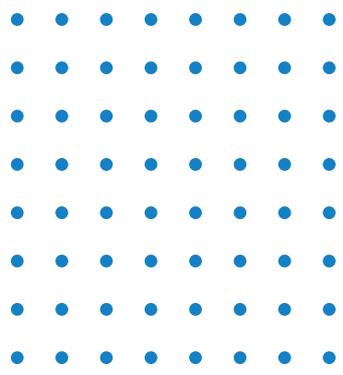
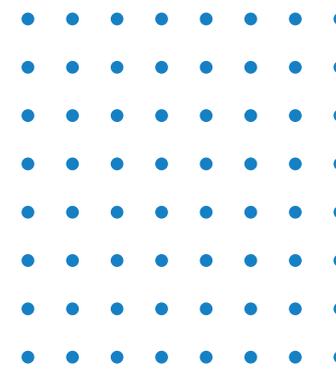
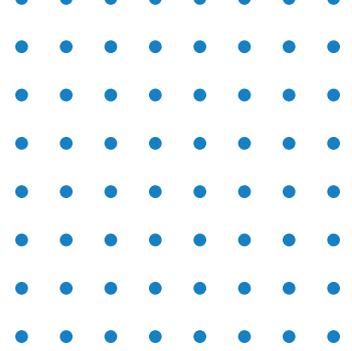
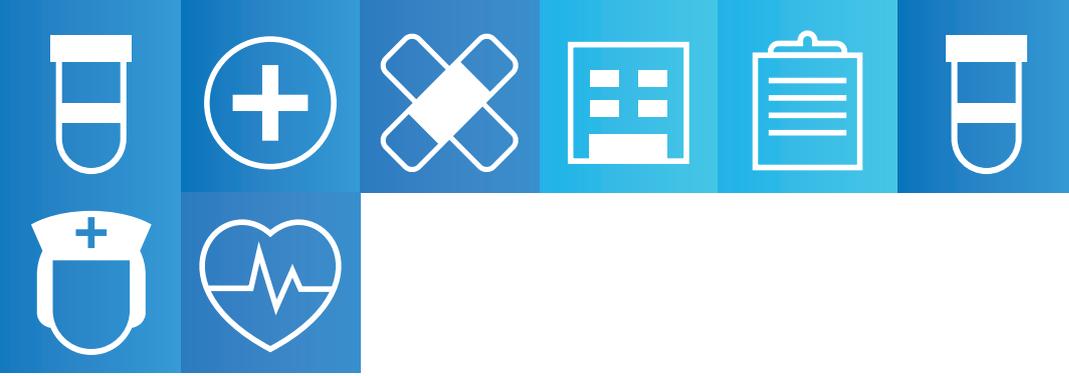
e Educação em Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 13)

BRASIL. Ministério da Saúde. 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). Diário Oficial União. 22 set 2017.

IVANCKO, G. M.; QUERINO, R. A.; SILVA, G. C. S.; BORGES, R. D., LIMONGI, J. E. Estratégia Saúde da Família e Vigilância em Saúde: conhecimento de médicos de família e comunidade sobre Vigilância Sanitária, Vigilância em Saúde Ambiental e Vigilância em Saúde do Trabalhador. Rev Bras Med Fam Comunidade [Internet]. 30 de maio de 2021 [Acessado em 29 de setembro de 2022];16(43):2733.

PRADO, N. M. de B. L. et al. Ações de vigilância à saúde integradas à Atenção Primária à Saúde diante da pandemia da COVID-19: contribuições para o debate. Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2021, v. 26, n. 07 [Acessado 26 Setembro 2022], pp. 2843-2857.

TEIXEIRA, M. G. et al. Reorganização da atenção primária à saúde para vigilância universal e contenção da COVID-19. Epidemiologia e Serviços de Saúde [online]. 2020, v. 29, n. 4 [Acessado 28 Setembro 2022], e2020494.



Capítulo

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA NA MOR- TALIDADE MATERNA E INFANTIL



VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA NA MORTALIDADE MATERNA E INFANTIL

EPIDEMIOLOGICAL SURVEILLANCE IN MATERNAL AND CHILD MORTALITY

Ana Emília Araújo de Oliveira¹

Maria Carolina Salustino dos Santos²

Jefferson Allyson Gomes Ferreira³

Nathalia Claudino do Nascimento⁴

Renata Corrêa Bezerra de Araújo⁵

Leonardo Rodrigues dos Santos⁶

Gisele Alves do Prado Ferreira⁷

Márcia Alencar de Medeiros Pereira⁸

Maria inácia Serafim Brite Gomes⁹

Miguel Rodrigues Albuquerque Dantas¹⁰

1 Enfermeira. Especialista em Avaliação em Saúde Aplicada à Vigilância - UFPE. Mestre em Ciência e Tecnologia em Saúde no Núcleo de Tecnologias Estratégicas em Saúde – NUTES/UEPB.

2 Enfermeira. Especialista em obstetrícia. Residência em Saúde da Família. Mestra em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba.

3 Educador Físico. Centro universitário UNIPÊ.

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

5 Enfermeira. Mestre em Obstetrícia. Faculdade Bezerra de Araújo.

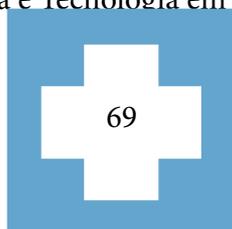
6 Enfermeiro pela universidade Estácio de Sá. Pós-graduando em enfermagem obstétrica/Pós-graduando em UTI neonatal e pediátrica

7 Enfermeira. Pós-graduação em obstetrícia. Faculdade Bezerra de Araújo.

8 Enfermeira. Especialista em Saúde da Família. Universidade Federal da Paraíba.

9 Enfermeira. Pós-graduação em Estratégia de Saúde da Família/Pós-graduação em obstétrica. Faculdade Bezerra de Araújo.

10 Fisioterapeuta pela Universidade Estadual da Paraíba. Epidemiologista de Campo FIOCRUZ/CDC/TEPHINET. Mestrando em Ciência e Tecnologia em Saúde – NUTES/UEPB.



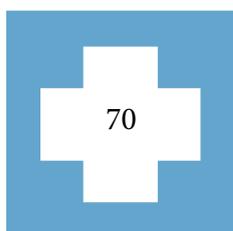
Resumo: A morte materna é definida pela classificação internacional de doenças (CID-10) como a morte de mulheres no período que compreende a gestação, parto e puerpério, sendo considerável um limite de até 42 dias após o fim da gestação. Este estudo é reflexivo e visa reunir texto da literatura sobre este tema. O Ministério da Saúde, vem adotando com o passar dos anos, uma série de medidas para melhorar a qualidade da atenção à saúde da mulher e o registro dos óbitos maternos, reconhece-se a vigilância do óbito materno, por meio da organização da investigação dos óbitos de mulheres e da criação dos Comitês de Mortalidade Materna, como uma estratégia fundamental para o alcance dos seus objetivos.

Descritores: Vigilância; Saúde; Mortalidade; Materna.

Abstract: Maternal death is defined by the international classification of diseases (ICD-10) as the death of women in the period that includes pregnancy, childbirth and puerperium, with a limit of up to 42 days after the end of pregnancy being considerable. This study is reflective and aims to gather literature on this topic. Over the years, the Ministry of Health has adopted a series of measures to improve the quality of women's health care and the registration of maternal deaths. women and the creation of Maternal Mortality Committees, as a fundamental strategy for achieving its objectives.

Descriptores: Surveillance; Health; Mortality; maternal.

No Brasil, estima-se a redução dos casos de mortalidade materna e neonatal, porém esta estratégia, traz um grande desafio para os serviços de saúde e para a sociedade de um modo geral, representando um sério problema de saúde pública que atinge principalmente os países em desenvolvimento, onde mais da metade delas ocorre na África Subsaariana e quase um terço no sul da Ásia.



De acordo com o Painel de Monitoramento da Mortalidade Materna, o Brasil teve, em 2021, média de 107 mortes a cada 100 mil nascimentos (BRASIL, 2021).

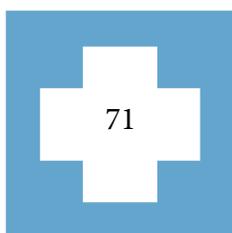
A morte materna é definida pela classificação internacional de doenças (CID-10) como a morte de mulheres no período que compreende a gestação, parto e puerpério, sendo considerável um limite de até 42 dias após o fim da gestação. Nesse sentido, ela subdivide-se em alguns termos, que permitem identificar a causa que provocou a morte dessas mulheres: morte materna por causa materna (óbito materno), morte materna por causas obstétricas e não obstétricas, morte materna tardia, morte materna declarada e não declarada e morte materna presumível ou mascarada (BRASIL, 2021).

Segundo o manual do comitê de mortalidade materna do ministério da saúde (2007):

- **Morte materna por causa materna (óbito materno):** podem ser oriundas das doenças pré-existentes, pregressas ou adquiridas na gestação, EX: hipertensão arterial sistêmica (pré-eclâmpsia e eclampsia), hemorragias graves (principalmente no pós parto), infecções (conseqüentemente no pós parto), complicações durante o parto e abortos realizados de forma insegura.

- **Mortalidade materna por causas obstétricas:** elas podem ser classificadas em dois tipos (direta e indireta). A morte materna obstétrica direta, acontece quando se ocorrem complicações obstétricas por doenças adquiridas durante a gravidez, parto ou puerpério, esse evento se dá, muitas das vezes em virtude das intervenções mal sucedidas, omissão ou tratamento inadequado. EX; gestação ectópica; aborto; ruptura de membranas ovulares; descolamento prematuro de placenta; complicações anestésicas; hipertensão gestacional; trombose; diabetes mellitus gestacional, entre outras. Por sua vez, a morte materna obstétrica indireta, acontece em virtude das doenças pré-existentes à gestação ou que não foram provocadas em sua maioria por causas diretas, mas que foram agravadas pela gestação. EX: hipertensão arterial pré-existente, doenças cardíacas e renais pré-existentes ou adquiridas; diabetes mellitus pré-existente; desnutrição na gravidez; doenças infecciosas ou parasitárias complicando a gravidez, anemia, doenças endócrinas, tétano e AIDS.

- **As mortes por causas não obstétricas:** São resultantes de causas incidentais ou acidentais



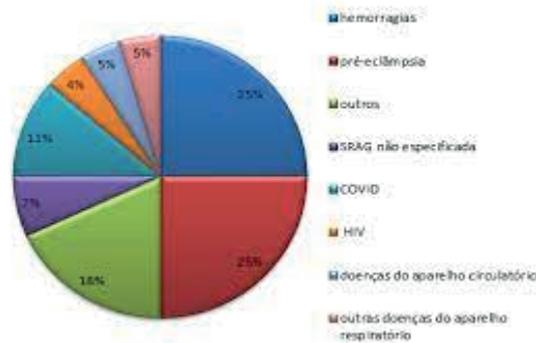
não relacionadas à gravidez e seu manejo. Estes óbitos não são incluídos no cálculo da razão de mortalidade materna. EX: acidentes de transporte.

- **Morte materna tardia:** É definida como o óbito de uma mulher devido a causas obstétricas diretas ou indiretas que ocorre em um período superior a 42 dias e inferior a um ano após o fim da gravidez.

- **Morte materna declarada e não declarada:** é considerada declarada quando as informações registradas na declaração de óbito (DO) permitem classificar o óbito como materno, já a morte não declarada, não permite classificar o óbito como materno, apenas com os dados obtidos na investigação é que se descobre tratar-se de morte materna.

- **Morte materna presumível ou mascarada:** É considerada morte materna mascarada, aquela cuja causa básica, relacionada ao estado gravídico-puerperal, não consta na DO por falhas no preenchimento. Ocorre quando se declara como fato ocasionador do óbito apenas a causa terminal das afecções ou a lesão que sobreveio por último na sucessão de eventos que culminou com a morte.

O Ministério da Saúde vem adotando com o passar dos anos uma série de medidas para melhorar a qualidade da atenção à saúde da mulher e o registro dos óbitos maternos, reconhece-se a vigilância do óbito materno, por meio da organização da investigação dos óbitos de mulheres e da criação dos Comitês de Mortalidade Materna, como uma estratégia fundamental para o alcance dos seus objetivos. Esses comitês, tem a finalidade de analisar ampla e detalhadamente cada caso de morte materna, afim de chegar a conclusão sobre a evitabilidade do óbito, bem como a definição e implementação de medidas para evitar a ocorrência novos óbitos (BRASIL, 2021).



Fonte: boletim epidemiológico de mortalidade materna, 2021.

A razão de mortalidade materna é o indicador utilizado para reconhecer o nível de morte materna. O cálculo da Razão da Mortalidade Materna deriva da relação entre o número de óbitos maternos, a quantidade de nascidos vivos durante o ano em determinado espaço geográfico, multiplicado por 100 mil.

N.º de óbitos maternos (diretos e indiretos) X 100.000 N.º de nascidos vivos



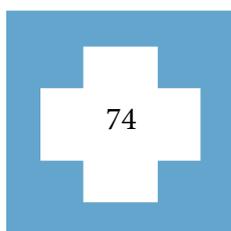
As causas de mortalidade materna em sua maioria são evitáveis se forem detectadas precocemente e tratadas de forma adequada e igualitária. Por isso é tão importante salutar e assegurar o acesso das gestantes e puérperas aos serviços e garantir que os profissionais estejam preparados para atender essas mulheres (VEGA et al., 2017).

A vigilância epidemiológica consiste na observação sistemática da ocorrência, distribuição e tendência temporal de fatores que condicionam ou determinam o processo saúde-doença, através da coleta, consolidação, avaliação e divulgação de dados e informações relacionadas à morbidade, mortalidade e demais fenômenos de interesse na saúde pública. No Brasil as ações de vigilância em saúde compreendem as vigilâncias: sanitária, epidemiológica, ambiental e em saúde do trabalhador (BRASIL, 2013).

No Brasil, foram observadas atividades de vigilância em saúde a partir do início do século XX, embora existissem ações pontuais durante o período do Brasil Colônia e do império. Baseado no modelo vigente no campo técnico científico da época, o país desenvolveu campanhas para o combate aos agentes etiológicos e vetores causadores de doenças como a varíola, a peste bubônica e a febre amarela, além de métodos voltados para o controle dessas e de outras doenças infecciosas, com grande destaque para a condução dos serviços realizada pelo sanitarista Oswaldo Cruz (OLIVEIRA; CRUZ, 2015).

Em 2018, o Conselho Nacional de Saúde aprovou a Política Nacional da Vigilância em Saúde (PNVS), que compreende a integração e a articulação entre as vigilâncias epidemiológica, ambiental, sanitária e da saúde do trabalhador, cujas ações transversais visam a promoção, a prevenção e a proteção da saúde, e a prevenção de doenças e agravos, bem como a redução da morbimortalidade, vulnerabilidade e riscos decorrentes das dinâmicas de produção e consumo nos territórios, contribuindo para a integralidade na atenção à saúde através da inserção das ações da vigilância na rede de atenção (BRASIL, 2018).

As estratégias de Vigilância em Saúde (VS) permitem a identificação e o monitoramento de agravos, ocorrências e indicadores de saúde da população, e produção de informações ágeis e con-

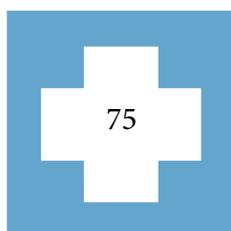


fiáveis que subsidiem a tomada de decisão (ENGSTROM,2020). Segundo Brasil (2020) a Estratégia Saúde da Família tem uma função relevante quando se trata de surtos e epidemias, também assumindo um papel de resolutividade, por ter acesso mais rápido dos problemas de saúde grave, podendo encaminhá-los aos outros níveis de atenção.

O programa de Vigilância em Saúde se integra com às equipes de Estratégias de Saúde da Família para otimizar as ações de planejamento e gestão da prática do cuidado, para promover saúde é de grande valia, pois a vigilância em saúde é uma área que detém conhecimentos e metodologias que auxiliam a gestão para o conhecimento da realidade, identificação de problemas, estabelecimento de prioridades de atuação e melhor utilização dos recursos em busca de resultados efetivos, fundamentais para a elaboração do planejamento (NASCIMENTO et al., 2022).

Considerada a principal porta de entrada de uma pessoa no sistema de saúde, a Atenção Primária à Saúde (APS) é uma base crítica para a vigilância direta, com resposta oportuna e gestão de surtos. Com a expansão da pandemia e a incapacidade inicial de detectar e rastrear contatos para sua contenção, além de uma consequente flexibilização segura do isolamento social, a articulação entre vigilância em saúde pública e a APS constituiu-se em uma estratégia para garantir apoio técnico, operacional e logístico, bem como a provisão de recursos necessários para implementar e desenvolver a base de um novo modus operandi, favorecendo maior participação social, otimização do uso dos equipamentos sociais e um processo eficaz de contenção da transmissão comunitária da COVID-19 (RAWAF et al., 2020).

REFERÊNCIAS



BRASIL. Boletim epidemiológico mortalidade materna e infantil, 2021.

BRASIL. Mortalidade materna. Secretaria estadual de saúde departamento de ações em saúde seção de saúde da mulher, 2007.

BRASIL. Mortalidade Materna no Brasil. Boletim Epidemiológico n.º 20/MS, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual dos comitês de mortalidade materna. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 3. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007. 104 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 588, de 12 de julho de 2018. Diário Oficial da União, Brasília, DF; 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. Guia da vigilância em Saúde: Volume Único. 2. ed. Ministério da Saúde, 2013.

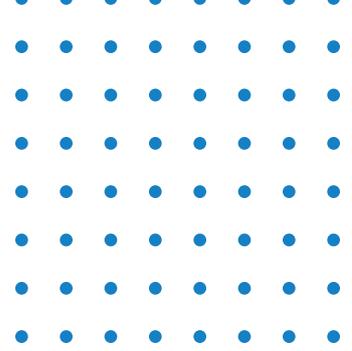
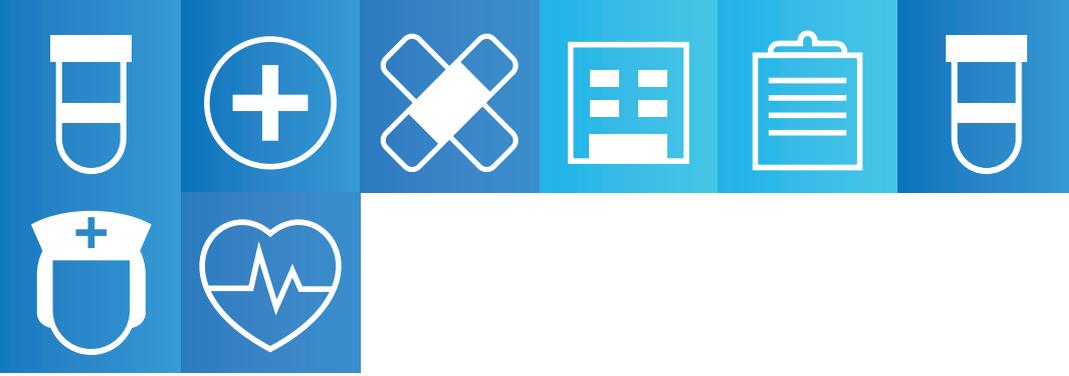
BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo de Manejo Clínico do Corona vírus(COVID-19) na Atenção Primária à Saúde. Versão 9, 2020. Brasília-DF.

ENGSTROM, Elyne et al. Recomendações para a organização da Atenção Primária à Saúde no SUS no enfrentamento da Covid-19. 2020.

NASCIMENTO, Jacimara Barbosa; DA SILVA REIS, Ernane Junior; JUNIOR, Gilmar Antoniassi. Processo de planejamento, gestão e articulação da vigilância em saúde com a estratégia saúde da família. *Psicologia e Saúde em debate*, v. 8, n. 2, p. 74-86, 2022.

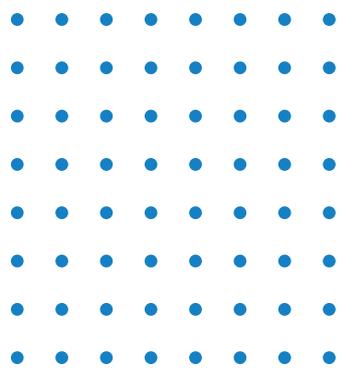
OLIVEIRA, Cátia Martins de; CRUZ, Marly Marques. Sistema de Vigilância em Saúde no Brasil: avanços e desafios. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 255- 267, mar. 2015.

RAWAF, Salman et al. Lessons on the COVID-19 pandemic, for and by primary care professionals worldwide. *European Journal of General Practice*, v. 26, n. 1, p. 129-133, 2020.



Capítulo 9

SEGURANÇA DO PACIENTE NO CENTRO CIRÚRGICO



SEGURANÇA DO PACIENTE NO CENTRO CIRÚRGICO

PATIENT SAFETY IN THE SURGICAL CENTER

Ana Emília Araújo de Oliveira¹

Maria Carolina Salustino dos Santos²

Jefferson Allyson Gomes Ferreira³

Rafaela Arkan Pedrosa Alves Novo⁴

Deise Coitinho Araújo⁵

Nathalia Claudino do Nascimento⁶

Samara da Silva Santos⁷

Anne Karine de Assunção Almeida⁸

Cybelle Cristina Cavalcante Lucena⁹

Marcelo Barros de Valmoré Fernandes¹⁰

Débora Grazielle Cardoso de Almeida¹¹

1 Enfermeira. Especialista em Avaliação em Saúde Aplicada à Vigilância - UFPE. Mestre em Ciência e Tecnologia em Saúde no Núcleo de Tecnologias Estratégicas em Saúde – NUTES/UEPB.

2 Enfermeira. Especialista em obstetrícia. Residência em Saúde da Família. Mestra em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba.

3 Educador Físico. Centro universitário UNIPÊ.

4 Enfermeira. Estácio de Sá.

5 Enfermeira. Universidade Federal da Paraíba.

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

7 Enfermeira. Centro Universitário de João Pessoa – Unipê.

Anne Karine de Assunção Almeida. Enfermeira. Faculdade de Ciências Médicas de Campina Grande/PB.

8 Enfermeira. Faculdade de Ciências Médicas de Campina Grande/PB

9 Enfermeira. Faculdade Santa Emília de Rodat FAZER. Supervisora no Hospital Universitário Lauro Wanderley.

10 Escola de Enfermagem da Universidade Federal Fluminense. Enfermeiro. Professor. Especialista em Centro Cirúrgico, Gestão de Saúde e Controle de Infecção.

11 Enfermeira graduada pela Faculdade Bezerra de Araújo. Pós-graduada em Enfermagem em Centro Cirúrgico e Central de Material e Esterilização pela Fundação Técnica Educacional Souza



Karla Maria Duarte Silva Oliveira¹²

Alexandra de Assis Pessoa Guerra¹³

Ana Quitéria Fernandes Ferreira¹⁴

Resumo: Em se tratando de centros cirúrgicos atribuímos a este setor um cenário cheio de especificidades, que requer profissionais qualificados para lidar com suas particularidades sendo de extrema importância correlacionar os riscos atribuídos ao setor com os processos de cuidado ao paciente. O fluxo de procedimentos cirúrgicos, que ocorrem neste setor, torna-o suscetível ao acometimento de falhas, que podem gerar resultados, eventos adversos ou até o óbito em alguns casos.

Descritores: Centro Cirúrgico; Saúde; Segurança do Paciente.

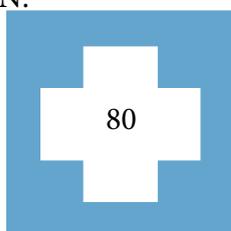
Abstract: In the case of surgical centers, we attribute to this sector a scenario full of specificities, which requires qualified professionals to deal with its particularities, being extremely important to correlate the risks attributed to the sector with the processes of patient care. The flow of surgical procedures that occur in this sector makes it susceptible to failures, which can result in adverse events or even death in some cases.

Marques–RJ. Pós-graduada em Controle de Infecção Hospitalar – FAVENI. Pós-graduada em Auditoria e Gestão Hospitalar - Instituto Carreira

12 Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba. Especialista em Obstetrícia pela FASER. Cursando MBA em Gestão Hospitalar pela Faculdade Unimed. Licenciatura em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba. Bacharel em Enfermagem pela UFCG. Membro da Comissão Nacional de Qualidade e Segurança do Paciente do COFEN. Gestora do Centro de Estudos da Unimed João Pessoa.

13 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.

14 Enfermeira pela ESTACIO/RN. Pós-graduação em Saúde da Família- ESTACIO/RN. Pós-graduação em Auditoria em Saúde- UFRN.

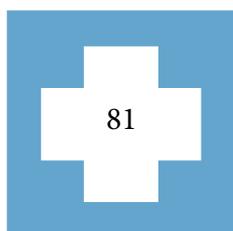


Descritores: Surgery Center; Health; Patient safety.

A Organização Mundial de saúde (OMS) lançou em 2006 as seis metas para segurança do paciente, as quais se tornaram modelo padrão a ser seguido internacionalmente pelas instituições de saúde. Em 2008, foi lançado o segundo desafio global intitulado “Cirurgias seguras salvam vidas”, objetivando melhoria na segurança cirúrgica, diminuição da mortalidade e complicações decorrentes do ato cirúrgico (BRASIL, 2009; COREN-SP, 2022). Pode ser resumido na prevenção de riscos previsíveis, cuja finalidade é a saída do paciente do Centro Cirúrgico sem dano sofrido, além dos inerentes ao procedimento submetido (SOBECC, 2021).

Como medida de segurança, a proposta da OMS voltada para o centro cirúrgico foi a aplicação de uma lista de verificação abrangendo etapas e condutas necessárias para evitar eventos adversos reconhecidos como indicadores de falhas nos procedimentos cirúrgicos, servindo como modelo padrão e adaptável ao perfil de cada instituição (BRASIL, 2009; COREN-SP, 2022; SOBECC, 2021). Os eventos adversos notificados e que ocorreram com maior frequência no período de 2014 a 2021 foram: retenção de corpo estranho na cavidade do paciente, óbito no intraoperatório ou após a cirurgia em pacientes ASA I, realização de procedimentos no lado errado do corpo, realização de cirurgia no local errado e cirurgia no paciente errado (BRASIL, 2022).

A lista de verificação (Checklist) de cirurgia segue um modelo padrão que abrange três tempos específicos para sua realização: Antes da indução anestésica (Sing in), realizado no acolhimento do paciente ao entrar no Centro cirúrgico, questionando e confirmando conforme prontuário, nome, local da cirurgia, procedimento a ser realizado, reações alérgicas, comorbidades, dificuldades respiratórias, riscos de aspiração, de perdas sanguíneas, observação de acesso venoso e verificação em sala operatória do funcionamento dos equipamentos necessários a anestesia (BRASIL, 2009; COREN-SP,

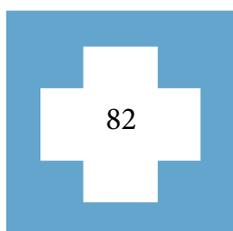


2022; SOBECC, 2021).

Antes da incisão cirúrgica (Time out), é o momento em que a equipe de enfermagem, da cirurgia e anestesia, confirmam informações sobre o paciente, passos críticos e esperados para cirurgia, material disponível em sala e esterilidade deles, antibioticoterapia profilática e disponibilidade dos exames essenciais em sala. E por último, antes do paciente sair da sala (Sing out), é confirmado o nome do procedimento realizado, questionado sobre a conferência do número de instrumentais, compressas e agulhas (fios cirúrgicos) se estão corretos, se há material para exame e se esse foi identificado corretamente, se algum equipamento falhou em sala, e revisão de pontos importantes para a recuperação e manejo na recuperação pós-anestésica do paciente (BRASIL, 2009; COREN-SP, 2022; SOBECC, 2021).

A Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP) fortalece a assistência com mais segurança ao paciente à medida que segue uma sistematização de ações voltadas exclusivamente ao paciente cirúrgico, sendo realizada através de impresso próprio, adaptado, que permite anotações necessárias de toda assistência perioperatória, inclusive o checklist de cirurgia segura (SOBECC, 2021). É essencial a realização dos registros de enfermagem, o que valida a prestação do cuidado pela equipe e permite a continuidade da assistência individual e planejada, fortalecendo a cultura de segurança do paciente e da equipe (FENGLER E MEDEIROS, 2020). A cultura de segurança do paciente deve envolver, por parte dos profissionais, do paciente e familiares, uma gestão, cuidado e atenção constante (TREVISO et al., 2022).

Contudo, obstáculos são evidenciados na utilização do checklist de cirurgia segura, em especial a adesão por parte de alguns profissionais. Um trabalho realizado em um hospital de grande porte na cidade de Porto Alegre, identificou que, apesar da maioria dos profissionais no centro cirúrgico considerarem importante a utilização do checklist, alguns apresentaram deficiência na adesão à aplicação do checklist ou em considerar todas as etapas, comprometendo a assistência e facilitando a ocorrência de eventos adversos (SILVA, 2022). É fundamental o reconhecimento de situações de risco



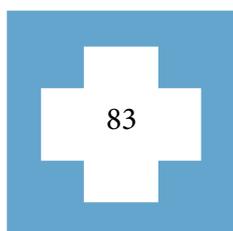
para a implementar a cultura de segurança antes de ocorrer o evento adverso, havendo, na ocorrência de um evento, avaliação rigorosa e os dados dessa avaliação usados para contribuir na educação dos profissionais do Centro Cirúrgico (TREVISO et al., 2022).

Em se tratando de centros cirúrgicos atribuímos a este setor um cenário cheio de especificidades, que requer profissionais qualificados para lidar com suas particularidades sendo de extrema importância correlacionar os riscos atribuídos ao setor com os processos de cuidado ao paciente. O fluxo de procedimentos cirúrgicos, que ocorrem neste setor torna suscetível o acometimento de falhas, que podem gerar resultado, eventos adversos ou até o óbito em alguns casos (SANTOS; BOLINA et.al., 2022).

Dados estatísticos evidenciam que no Brasil em um hospital da Região Sudeste, 21,8% são eventos adversos cirúrgicos (EA). Dentre 60 casos, 90% poderiam ser evitados. Na tentativa de minimizar esses dados, estratégias passaram a ser implementadas, dentre elas está o uso do checklist de cirurgias seguras. Essa ferramenta mesmo se mostrando promissora, debate-se em barreiras dificultando sua aplicação de maneira eficaz, pela equipe de saúde dentro do centro cirúrgico (CC), os entraves possuem cunho cultural em adaptar-se ao novo, assim como na falha da comunicação entre a equipe (SANTOS; BOLINA et.al., 2022).

Entretanto o uso do checklist de cirurgias seguras, sem estar associado ao planejamento adequado da assistência de enfermagem, não se torna eficaz sendo apenas um papel, ou seja algo meramente burocrático. Visto que a segurança do paciente vem se tornado base para uma sistematização adequada, que minimiza os riscos das variabilidades cirúrgicas, que se apresentam desde uma evento adverso a anestesia, uma falha de equipamento, mal dimensionamento de pessoal, dentre outras (RIBEIRO; SOUZA, 2022).

A campanha Safe Surgery Saves Lives (Cirurgia Segura Salva Vidas) da Organização Mundial da Saúde (OMS), também foi elaborada a fim de alinhar padrões internacionais aplicados aos procedimentos cirúrgicos. Observou-se que o dimensionamento inadequado da equipe consta como



um dos fatores mais importantes para os protocolos de cirurgia segura não conseguirem ser aplicados, isto impacta em toda a assistência prestada ao paciente. (GUTIERRES; MENEGON et. al., 2020).

REFERÊNCIAS

GUTIERRES, L.S.; MENEGON, F.H.A. et. al Dificuldades de enfermeiros na segurança do paciente em centro cirúrgico: estudo exploratório. 2020

RIBEIRO, B.; SOUZA, J.S.M, A Segurança do paciente no centro cirúrgico: Papel da equipe de enfermagem 2022.

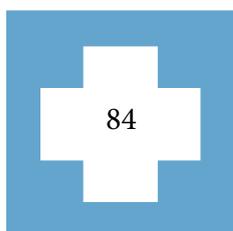
SANTOS, T.C.V; BOLINA, A.F. et. al Checklist de cirurgias seguras: percepção da equipe de saúde 2022.

BRASIL. Organização Mundial da Saúde. Segundo desafio global para a segurança do paciente: cirurgias seguras salvam vidas. Rio de Janeiro: ANVISA, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de vigilância Sanitária -ANVISA. Incidentes relacionados à assistência à saúde Resultados das notificações realizadas no Notivisa - Brasil, 2014 a 2021.

SILVA, Carina Cavalheiro da et al. Fatores que influenciam a adesão à lista de verificação de segurança cirúrgica. Revista SOBECC, [S. l.], v. 26, n. 4, 2022. DOI: 10.5327/Z1414-4425202100040004.

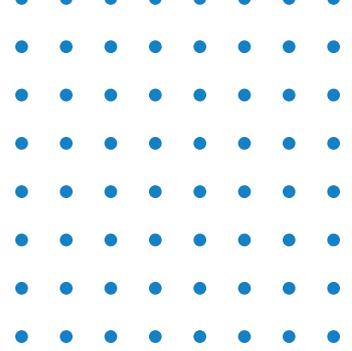
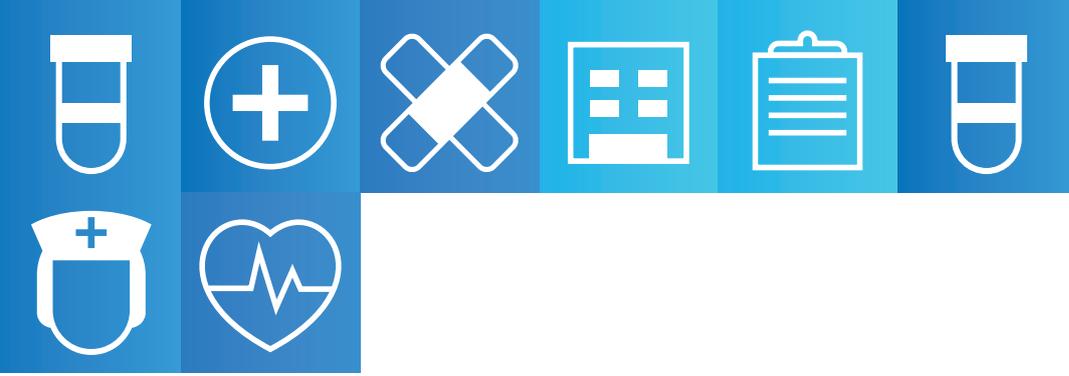
CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. Segurança do paciente: guia para



a prática. São Paulo: COREN-SP, 2022.

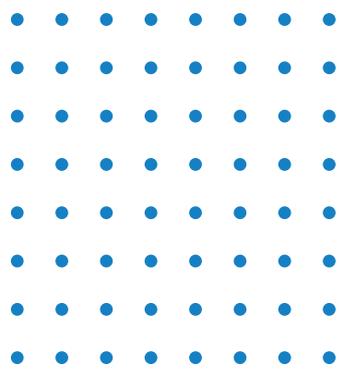
FENGLER, F. C.; MEDEIROS, C. R. G. Sistematização da assistência de enfermagem no período perioperatório: análise de registros. Revista SOBECC, [S. l.], v. 25, n. 1, p. 50–57, 2020. DOI: 10.5327/Z1414-4425202000010008.

TREVISO, Patrícia et al. Retenção de objetos intracavitários em procedimentos cirúrgicos: ações de segurança propostas por enfermeiros especialistas. Revista SOBECC, [S. l.], v. 27, 2022. DOI: 10.5327/Z1414-4425202227777.



Capítulo 10

GESTÃO EM SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA



GESTÃO EM SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA

HEALTH MANAGEMENT IN PRIMARY CARE

Ana Emília Araújo de Oliveira¹

Maria Carolina Salustino dos Santos²

Jefferson Allyson Gomes Ferreira³

Nathalia Claudino do Nascimento⁴

Vitória Rocha Pereira⁵

Luciene Lima Silva⁶

Mônica da Costa Batista⁷

Cybelle Cristina Cavalcante Lucena⁸

Camila Nascimento Cardoso⁹

Lucrécia Maria Bezerra¹⁰

Sayonara Tavares Fialho Bezerra¹¹

1 Enfermeira. Especialista em Avaliação em Saúde Aplicada à Vigilância - UFPE. Mestre em Ciência e Tecnologia em Saúde no Núcleo de Tecnologias Estratégicas em Saúde – NUTES/UEPB.

2 Enfermeira. Especialista em obstetrícia. Residência em Saúde da Família. Mestra em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba.

3 Educador Físico. Centro universitário UNIPÊ.

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

5 Acadêmica de Enfermagem. Faculdade Bezerra de Araújo.

6 Enfermeira. Faculdade Maurício de Nassau. Pós-graduada em Auditoria.

7 Enfermeira. Especialização: Saúde da Família/ Mestranda em Saúde Coletiva. Universidade Federal da Paraíba

8 Enfermeira. Faculdade Santa Emília de Rodat FAZER. Supervisora no Hospital Universitário Lauro Wanderley.

9 Enfermeira pela UCB. Mestra em Psicanálise, Saúde e Sociedade pela UVA. Acadêmica em Medicina UNIGRANRIO.

10 Enfermeira. Universidade Federal da Paraíba. Especialista Terapia Intensiva. Especialista em Pacientes Críticos. Especialista em Cuidados Paliativos.

11 Graduação em enfermagem. Faculdade Santa Emília de Rodat.

Carlina Ligia Gonçalves de Araújo Ferreira¹²

Raybarbara Paula do Nascimento¹³

Alexandra de Assis Pessoa Guerra¹⁴

Resumo: Gerência pode ser conceituada como a arte de pensar, julgar, decidir e agir para obter resultados; porém, para ser gerente é preciso desenvolver essa capacidade considerando as imprevisibilidades das interações humanas, o que lhes confere uma dimensão do intuitivo, emocional e do espontâneo. As funções de gerência e gestão em saúde surgem pelo próprio exercício do trabalho cooperativo e no início do modo de produção capitalista; a função da gerência se estabeleceu como uma forma de controle da produção. De fato, o controle é o conceito fundamental da maioria das teorias e sistemas gerenciais.

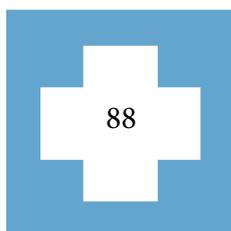
Descritores: Gestão; Saúde; Prevenção; Cuidado.

Abstract: Management can be conceptualized as the art of thinking, judging, deciding and acting to obtain results; however, to be a manager it is necessary to develop the ability in the art of thinking and judging to better decide and act considering the unpredictability of human interactions, which gives them an intuitive, emotional and spontaneous dimension. Management functions arise from the very exercise of cooperative work and at the beginning of the capitalist mode of production; the management function was established as a form of production control. In fact, control is the fundamental concept of most management theories and systems.

12 Psicóloga. Faculdade Maurício de Nassau. Pós-graduação em psicologia hospitalar/ Pós-graduação em psicologia Organizacional e do trabalho.

13 Bacharel Enfermagem pela Universidade Metropolitana Unidas. Especialista em Terapia Intensiva pela Universidade Federal de São Paulo.

14 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.



Descritores: Management; Health; Prevention; Caution.

A organização da atenção básica, engloba a área de gestão de pessoas, no qual é muito importante para manter a qualidade e a assistência continuada das ações destinadas a população; de materiais e processos com o intuito de ofertar aos atendimentos e procedimentos necessários, seja em hospitais ou em UBS; e que incluem os recursos e financiamentos. Estes dependem de uma boa equipe de profissionais capacitados na gestão em saúde, facilitando a organização nos atendimentos a população nos setores públicos e privados (PIRES et al., 2019; CALVO, MAGAJEWSKI, ANDRADE, 2016).

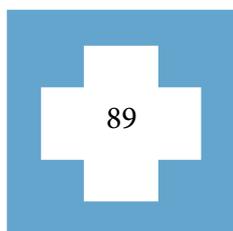
Pires et al, (2019) relata também a existência de muitos desafios enfrentados no processo de gestão, os quais podemos citar o déficit de profissionais, escassez e má qualidade de materiais, atraso nas marcações e resultados de exames, inexperiência de gestores, dificuldades na avaliação da qualidade dos serviços, dentre outros. Tudo isso acaba afetando a organização e eficácia do trabalho.

Gerência pode ser conceituada como a arte de pensar, julgar, decidir e agir para obter resultados; porém, para ser gerente é preciso desenvolver a capacidade na arte de pensar e julgar para melhor decidir e agir considerando a imprevisibilidades das interações humanas, o que lhes confere uma dimensão do intuitivo, do emocional e do espontâneo (ÉVORA; GUIMARÃES, 2004).

As funções de gerência surgem pelo próprio exercício do trabalho cooperativo e no início do modo de produção capitalista; a função da gerência se estabeleceu como uma forma de controle da produção. De fato, o controle é o conceito fundamental da maioria das teorias e sistemas gerenciais (ERMEL; FRACOLLI, 2003).

O enfermeiro tem assumido cada vez mais responsabilidades e enfrentado diversos desafios no cenário da saúde, a fim de promover o cuidado à saúde dos indivíduos desenvolvendo atividades de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação. (TENÓRIO et al., 2019).

O enfermeiro, como o gerente da assistência de enfermagem prestada ao paciente, requer o



conhecimento, as habilidades e as atitudes que possibilitarão com que exerça seu trabalho objetivando resultados com eficiência. Estudos sobre a prática gerencial e o mundo do trabalho da enfermagem, tem mostrado que as competências constituem um tema de discussão imediata a fim de se dar resposta às necessidades dessas práticas. (LESSA; SILVA, 2017).

Segundo Antunes e Trevisan (2017), o gerenciamento da qualidade permite que as empresas acompanhem as mudanças e até mesmo se antecipem a elas, pois enfatiza a melhoria contínua de produtos e serviços, pela utilização do método científico e monitorização de dados que embasam a tomada de decisões.

Sabe-se que com as novas tendências gerenciais, sob o paradigma da globalização e avanço tecnológico, as organizações devem assumir uma postura mais racional e ao mesmo tempo inteligente. Assim, desempenharão suas funções dentro dos padrões de qualidade total, bem como proporcionando melhor qualidade de vida a seus colaboradores, de tal forma que eles sintam-se motivados a produzir cada vez melhor e em tempo hábil (LESSA; SILVA, 2017).

Exercer a função, de supervisionar a assistência prestada pela equipe de enfermagem e prescrever ações de enfermagem é função do gerente de enfermagem da instituição. Tem como objetivo, supervisionar a assistência prestada pela equipe de enfermagem ao paciente (ANDRADE,1974).

O Supervisor de Enfermagem é o profissional responsável por planejar, organizar, coordenar e avaliar os serviços de assistência de enfermagem, assim, relacionando-se com toda área de enfermagem, para garantir que as normas de enfermagem sejam cumpridas. Este profissional apresenta formação acadêmica em Bacharelado ou diploma em enfermagem, acrescido de treinamento em administração na área da saúde (CARVALHO; CHAVES, 2011).

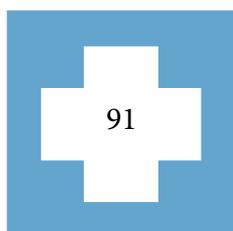
O gestor em saúde apresenta os seguintes saberes específicos: conhecimento aprofundado em procedimentos hospitalares, regulamentos legais e das melhores práticas da área da saúde, além de conhecimento sobre o gerenciamento de uma equipe. Necessita das seguintes experiências: experiência comprovada de trabalho como supervisor de enfermagem e de gerenciamento de equipe com

foco na resolução de problemas (ANDRADE,1974).

Suas Competências e habilidades são: agendar plantões para os enfermeiros, designar enfermeiros para os pacientes, fornecer relatórios de produtividade, qualidade e indicadores de serviços de atendimento aos clientes, garantir que todos os enfermeiros sigam as políticas e os procedimentos, treinar novos membros da equipe, avaliar o desempenho dos enfermeiros, informar os membros da família sobre os procedimentos médicos e as instruções do médico, resolver reclamações ou outros problemas, criar um ambiente compassivo oferecendo apoio psicológico aos pacientes, familiares e amigos, manter registros dos arquivos dos enfermeiros, casos e procedimentos dos pacientes. Tem como habilidades: gerenciamento de equipe, de comunicação e para lidar com pessoas, além de técnicas organizacionais e de solução de problemas (CARVALHO; CHAVES, 2011).

Um dos instrumentos da gestão em saúde na atenção básica são as reuniões de equipe. As reuniões realizadas nas Unidades Básicas de Saúde funcionam como uma ferramenta de planejamento para o gestor integrar as equipes com a unidade. A cada início de ano são preestabelecidas as datas para as reuniões da Estratégia Saúde da Família – ESF. Estas são fixados em cartazes dentro das unidades avisando sobre a data e horário da reunião, para a população se programar e procurar o serviço antes ou após sua ocorrência. As pautas discutidas com maior frequência em reunião geral são as etapas do planejamento, que envolvem a definição, acompanhamento e avaliação das ações, além do acolhimento e da marcação de consultas (ANDRADE et al., 2019; CIBOTTO; TIDE, 2010; FILHO et al., 2000; HENNINGTON; CARDOSO, 2011).

É fundamental que o local escolhido seja assertivo e convenientemente, com documentos de apoio e principalmente todos presentes devem saber sobre a sua contribuição para a mesma. Para o andamento ocorrer conforme o planejamento, o gestor tem que ser: flexível, firme, quando necessário, equânime, ter mente aberta e receptiva para ouvir a opinião com a qual não concorda, saber resumir e comunicar bem suas ideias (ANDRADE et al., 2019; CIBOTTO; TIDE, 2010; FILHO et al., 2000; HENNINGTON; CARDOSO, 2011).



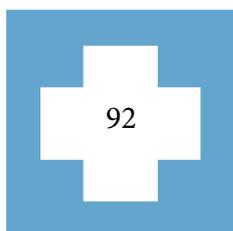
No final da reunião, é fundamental ser feito uma ata para registrar as decisões que foram tomadas, um plano de ação para as próximas etapas, resumo das funções e responsabilidades designadas, além de buscar o feedback dos que estavam presentes pensando em melhorias para reuniões futuras. É essencial que o gestor siga passo a passo para realizar sua reunião de forma correta, pois dados revelam que a maioria das reuniões são ineficientes, e um dos principais fatores para isso acontecer é que muitas reuniões não atingem o número de funcionários esperados ou acaba funcionando para resolver problemas pessoais (ANDRADE et al., 2019; CIBOTTO; TIDE, 2010; FILHO et al., 2000; HENNINGTON; CARDOSO, 2011).

As reuniões de trabalho configuram-se como importantes dispositivos para os gestores utilizarem na estruturação e organização do planejamento, repasse de informações, estabelecimento de diretrizes e momentos de tomada de decisões (ANDRADE et al., 2019; CIBOTTO; TIDE, 2010; FILHO et al., 2000; HENNINGTON; CARDOSO, 2011).

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Odete Barros de. Supervisão em Enfermagem de Saúde Pública. Rev Bras Enferm 27 (1) • Jan-Mar 1974. Disponível: <https://www.scielo.br/j/reben/a/tL7tdnbqb5CRMv6dc5z5Trf/?lang=pt>. Acessado:29/05/22

CARVALHO, Juliana Ferreira de Santana; CHAVES, Lucieli Dias Pedresch. Supervisão de enfermagem no contexto hospitalar: uma revisão integrativa. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2011 jul/set;13(3):546-53. Disponível: https://www.researchgate.net/publication/271234904_Supervisao_de_enfermagem_no_contexto_hospitalar_uma_revisao_integrativa/link/54d8f36f0cf24647581d075c/download. Acessado:28/05/22.



CAVALCANTE, Francisco Marcelo Leandro; BARROS, Livia Moreira. O Trabalho do Enfermeiro no Centro de Material de e Esterilização: Uma Revisão Integrativa. REV. SOBECC, SÃO PAULO. JUL./SET. 2020; 25(3): 171-178. Disponível: https://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt=-BR&lr_lang_pt&as_sdt=0%2C5&q=o+trabalho+do+enfermeiro+no+centro+de+material+&btnG=#d=gs_qabs&t=1653488970849&u=%23p%3DBY_v8BK148YJ. Acessado:02/06/22.

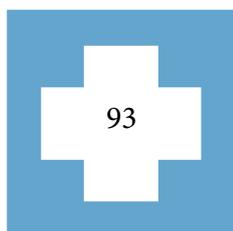
COFEN. Dispõe sobre a Instrumentação Cirúrgica. O Conselho Federal de Enfermagem-COFEN, no uso de suas atribuições legais e estatutárias. Resolução COFEN-214/1998. 10/11/1998. Disponível: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-2141998_4261.html. Acessado:29/05/22.

COREN/AL. Parecer Técnico sobre a atuação do Enfermeiro e Técnico de Enfermagem e suas atribuições no Centro Cirúrgico (CC) e Recuperação Pós Anestésica (RPA), Nº 238/2020. 2018-2020. Disponível: http://al.corens.portalcofen.gov.br/wp-content/uploads/2020/11/PARECER_T%C3%89CNICO_N%C2%B0_027_2020_PAD_238_2020.pdf. Acessado:03/06/22.

COSTA, Ricardo da; MONTENEGRO, Hercília Regina do Amaral; SILVA, Rodrigo Nogueira da; FILHO, Antonio José de Almeida. Papel dos trabalhadores de enfermagem no centro de material e esterilização: revisão integrativa. Escola Anna Nery 24(3)2020. Disponível: <https://www.scielo.br/j/ean/a/QnTJBVXYgLKwPQCJgpmzbZp/?format=html>. Acessado:01/06/22.

ERMEL, Regina Célia; FRACOLLI, Lislaine Aparecida. Processo de trabalho de gerência: uma revisão da literatura. Rev Esc Enferm USP 2003; 37(2): 89-96. Disponível: <https://www.scielo.br/j/reeus-p/a/Rr9TZYBDqmg5QrBWJHrpHjf/?lang=pt>. Acessado:29/05/22.

ÉVORA, Yolanda Dora Martinez; GUIMARÃES, Eliane Marina Palhares. Sistema de informação:



instrumento para tomada de decisão no exercício da gerência. Ci. Inf., Brasília, v. 33, n. 1, p. 72-80, jan./abril 2004. Disponível: <https://www.scielo.br/j/ci/a/XyD5tMC7NK7YFCsPgTvQCWM/abstract/?lang=pt>. Acessado:29/05/22.

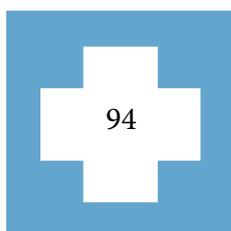
LESSA, Jeanne Duarte; SILVA, Alayde Ricardo da. Competências Gerenciais: Um Desafio para a Enfermagem. Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento. Edição 06. Ano 02, Vol. 01. pp 60-71, setembro de 2017. Disponível: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/saude/competencias-gerenciais#:~:text=Os%20desenvolvimentos%20das%20compet%C3%A2ncias%20gerenciais,-que%20o%20enfermeiro%20seja%20mais>. Acessado:29/05/22.

LUCON, Selma Maria Ravazzi; BRACCIALLI, Luzmarina Aparecida Doretto; PIROLO, Sueli Moreira; MUNHOZ, Cordeiro. Formação do Enfermeiro para atuar na Central de Esterilização. Rev. SOBECC, São Paulo. ABRI./JUN. 2017; 22(2): 90-97. Disponível: <https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/174/pdf> Acessado:02/06/22.

ROZA, Irmyard Brueckheimer. O papel do Enfermeiro em Centro-Cirúrgico. R. Gaúcha Enferm., Porto Alegre, 10(2): 25-32, jul. 1989. Disponível: <https://www.seer.ufrgs.br/index.php/rgenf/article/view/3933/43010>. Acessado:28/05/22.

TENÓRIO, Hulda Alves de Araújo; et al. Gestão e Gerenciamento de Enfermagem: Perspectivas de Atuação do Discente. Rev enferm UFPE on line. 2019;13:e240535. Disponível: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/240535>. Acessado:03/06/22.

Pires DEP, Vandresen L, Machado F, Machado RR, Amadigi FR. Gestão em saúde na atenção primária: o que é tratado na literatura. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2019 Acesso 21/09/2022; ISSN



1980-265X Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/tZPyYVKzYGjV6gdYqp68XNf/?lang=pt>

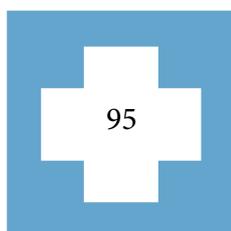
Maria Cristina Marino Calvo; Flávio Ricardo Liberali Magajewski; Selma Regina de Andrade. Gestão e avaliação na atenção básica [Recurso eletrônico] / Universidade Federal de Santa Catarina. 3. ed. – Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 88 p. ISBN: 978-85-8267-094-1. 2016. Acesso em 23/09/2022; Disponível em: www.unasus.ufsc.br.

ANDRADE, Vanessa et al. Reuniões da estratégia saúde da família: Um dispositivo indispensável para o planejamento local. *Texto & Contexto Enfermagem* 2019, v. 28: e20170477. Disponível: <https://www.scielo.br/j/tce/a/MmncBRhFVvTvSBWdTBzXWs/abstract/?lang=pt>. Acessado:23/09/2022.

CIBOTTO, Rosefran Adriano Gonçalves; TIDE, Fecilcam. A importância do planejamento de reuniões virtuais para o desenvolvimento distribuído de software. Encontro de produção científica e tecnológica – 26 a 29 de outubro de 2010.

FILHO, Wilson Danilo Lunard et al. As reuniões de equipe como elemento fundamental na organização do trabalho. *R. Bras Enferm*, Brasília, v. 53, n. 3, p. 472-480, Jul/set 2000.

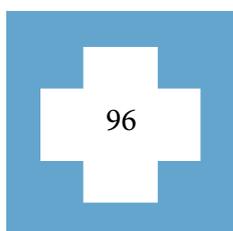
HENNINGTON, Élide Azevedo; CARDOSO, Cíntia Garcia. Trabalho em equipe e reuniões multiprofissionais de saúde: Uma construção á espera pelos sujeitos da mudança. *Trab. Educ. Saúde*, Rio de Janeiro, v. 9, supl.1, p. 85-112, 2011.



Da organizadora



Sou Ana Emília Araújo de Oliveira, nascida em Salvador – BA, enfermeira pela União de Ensino Superior de Campina Grande - Unesc Faculdades. Mestre em Ciência e Tecnologia em Saúde no Núcleo de Tecnologias Estratégicas em Saúde – NUTES/UEPB, Especialista em: Especialização em Saúde da Família, Especialização em Micropolítica da Gestão e Trabalho em Saúde, Especialização em Educação na Saúde para Preceptores do SUS, Especialização em Avaliação em Saúde Aplicada à Vigilância, Especialização em Formação em Educação à Distância, Especialização em Informática em Saúde. Há 10 anos tenho experiência como docente e preceptora de cursos técnicos e ensino superior em instituições públicas e privadas na área da saúde, como também, iniciei a minha trajetória no serviço público de saúde. Na Gestão Municipal de Saúde de Campina Grande, atuei como enfermeira voluntária no Instituto Elpídio de Almeida – ISEA no centro cirúrgico, ocupei o cargo de direção de Centro de Saúde e posteriormente, apoio técnico nas seguintes pastas: Saúde da Mulher; Rede Materno Infantil; Educação na Saúde e na coordenação da Saúde do Adolescente na Diretoria de Atenção à Saúde (DAS) na Secretaria Municipal de Saúde. Como enfermeira assistencial, atuei no Centro de Saúde da Liberdade. Na Gestão Estadual de Saúde, fui orientadora regional no Projeto de Aprimoramento das Ações de Gestão, Planejamento e Regionalização da Saúde na Paraíba pela Secretaria Estadual de Saúde da Paraíba, SES – PB. Na pesquisa e educação, sou membro do Núcleo de Pesquisa em Saúde Coletiva - NUPESC/ UFCG, na Linha de Pesquisa: Educação, Trabalho e Gestão em Saúde. Revisora de congressos e parecerista na avaliação de artigos em periódicos e manuscritos



Experiências coletivas

para publicação de capítulos de livros na Literacia Científica Editora & Cursos, tutora pelo Instituto de Publicações Acadêmicas em pesquisas da saúde, preceptora no PET- Gestão e Assistência pela Universidade Estadual da Paraíba – UEPB e Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande – PB, membro na Liga Acadêmica de Enfermagem em Saúde da Mulher pela Universidade Salvador – UNIFACS e docente no curso de enfermagem na Universidade Paulista – UNIP. Atualmente, estou como enfermeira na Vigilância Epidemiológica/ Vigilância do Óbito na Diretoria de Vigilância em Saúde (DVS) na função de Investigadora dos óbitos de causas mal definidas, óbitos de mulheres em idade fértil (MIF), óbitos materno, fetal e infantil no município de Campina Grande – PB. Esse livro é a realização de um sonho, de poder contar a minha história através da escrita científica, caminhando pela minha trajetória acadêmica e profissional, através de pesquisas nos temas abordados em cada capítulo.



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



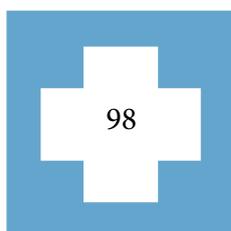
A Estudos Avançados sobre Saúde e Natureza (EASN) é uma coleção de livros publicados anualmente destinado a pesquisadores das áreas das ciências exatas, saúde e natureza. Nosso objetivo é servir de espaço para divulgação de produção acadêmica temática sobre essas áreas, permitindo o livre acesso e divulgação 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



A

Atenção primária

página 15

página 19

página 40

página 42

página 62

E

Enfermagem

página 14

página 20

página 57

página 63

página 82

Experiências coletivas

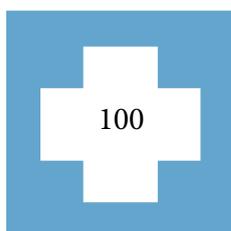
página 84

página 90

página 92

página 94

página 97



M

Morte

página 45

página 58

página 69

página 71

página 72

S

Saúde

página 46

página 66

página 74

página 80

página 86

Essa obra organizada pela pesquisadora Ana Emília Araújo de Oliveira possui grande relevância ao destacar pesquisas fundamentais para se problematizar a atenção básica no Sistema Único de Saúde no Brasil, a fim de se projetar políticas públicas cada mais acertivas e melhorar a saúde da população. Assim, com base em temas atuais e recorrentes, o leitor vai ter a chance de se aprofundar e crescer em conhecimento por meio das pesquisas produzidas.

