

# Debates Interdisciplinares em Ciências da Saúde

Volume 04



# Debates Interdisciplinares em Ciências da Saúde

Volume 04



## Equipe Editorial

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

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

## Projeto Gráfico, editoração e capa

Editora Acadêmica Periodicojs

### Idioma

Português

### Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

D286	Debates interdisciplinares em saúde - volume 4. / Filipe Lins dos Santos. (Editor) – João Pessoa: Periodicojs editora, 2022.  E-book: il. color.  E-book, no formato ePub e PDF. Inclui bibliografia ISBN: 978-65-89967-93-4  1. Saúde. 2. Ciências da saúde. 3. Debates. 4. Profissional da saúde. I. Santos, Filipe Lins dos. II. Título.
------	---

CDD 610

Elaborada por Dayse de França Barbosa CRB 15-553

**Índice para catálogo sistemático:**

**1. Ciências da Saúde: estudos 610**

**Obra sem financiamento de órgão público ou privado**

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

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



**Periodicojs**  
EDITORA ACADÊMICA

**Filipe Lins dos Santos**  
**Presidente e Editor Sênior da Periodicojs**

**CNPJ: 39.865.437/0001-23**

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

# Prefácio

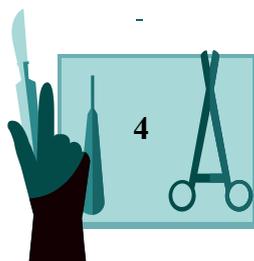


A coleção de ebooks intitulada de Estudos Avançados em Saúde e Natureza tem como propósito primordial a divulgação e publicação de trabalhos de qualidade nas áreas das ciências da saúde, exatas, naturias e biológicas que são avaliados no sistema duplo cego.

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

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

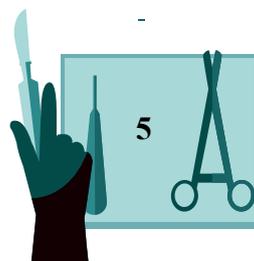
Esse novo volume reúne diversos artigos rigorosamente avaliados e de extrema credibilidade científica e acadêmica para a sociedade. Desejamos que todos os leitores que façam um excelente proveito para aprofundamento teórico e crescimento pessoal por meio dos estudos publicados.



# *Debates Interdisciplinares em Saúde*

**Filipe Lins dos Santos**

**Editor Sênior da Editora Acadêmica Periodicojs**



# Sumário



## Capítulo 1

EMBOLIA PULMONAR: SINAIS DE ALERTAS E CUIDADOS MULTIPROFISSIONAIS

8

## Capítulo 2

URGÊNCIA CARDIOVASCULAR: REFLEXÕES SOBRE A PRÁTICA PROFISSIONAL

16

## Capítulo 3

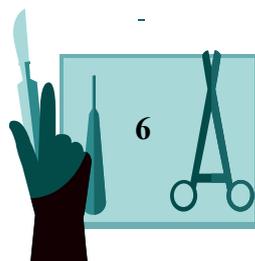
CÂNCER DE MAMA: PREVENÇÃO E TRATAMENTO

23

## Capítulo 4

CIRURGIA SEGURA: ATENDIMENTO MULTIPROFISSIONAL

29



# *Debates Interdisciplinares em Saúde*

## *Capítulo 5*

SUICÍDIO: IDENTIFICAÇÃO E CUIDADOS EM SAÚDE

37

## *Capítulo 6*

DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA: PREVENÇÃO E TRATAMENTO

44

## *Capítulo 7*

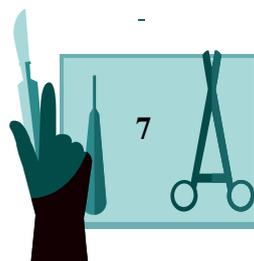
PERÍODO NEONATAL: PRINCIPAIS PROBLEMAS EM SAÚDE

52

## *Capítulo 8*

ENVELHECIMENTO HUMANO: SAÚDE ATIVA

59



Capítulo

1

**EMBOLIA PULMONAR: SINAIS DE  
ALERTAS E CUIDADOS MULTIPROFIS-  
SIONAIS**

---



# EMBOLIA PULMONAR: SINAIS DE ALERTAS E CUIDADOS MULTIPROFISSIONAIS

## PULMONARY EMBOLISM: WARNING SIGNS AND MULTIPROFESSIONAL CARE

Maria Beatriz de Andrade Silva<sup>1</sup>

Jhennypher Simões de Souza Santos<sup>2</sup>

Fabiana Michele de Araujo Pedro<sup>3</sup>

William Gomes da Silva<sup>4</sup>

Maria Raquel Thomaz Tertuliano de Melo<sup>5</sup>

Luciene Lima Silva<sup>6</sup>

Eduarda Ellen Costa Vasconcelos<sup>7</sup>

Thaynara Amaral Leite<sup>8</sup>

Anne Carolinne Marie dos Santos Gomes<sup>9</sup>

---

1 Enfermeira. Pós-Graduada em urgência, emergência e Unidade de Terapia Intensiva.

2 Enfermeira. Pós-graduanda em Enfermagem do trabalho.

3 Bacharel em nutrição pela Uninassau de Campina Grande. Graduanda em enfermagem pelo Centro Universitário de João Pessoa. Técnica de enfermagem do Hospital Universitário Lauro Wanderley/ Ebserh. Pós-graduanda em Nutrição oncológica.

4 Fisioterapeuta com especialização em saúde da mulher e fisioterapia neurológica adulto. Acadêmico do curso de medicina. Centro Universitário UNINORTE – Brasil.

5 Acadêmica de Medicina. Uniceplac – Brasília.

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

7 Enfermeira. Pós-graduada em Cuidados Paliativos. Centro Universitário de João Pessoa UNIPÊ.

8 Farmacêutica. Especialista em Atenção Básica.

9 Enfermeira. Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPB. Especialista em Urgência, Emergência e Unidade de Terapia Intensiva pelo CEFAPP



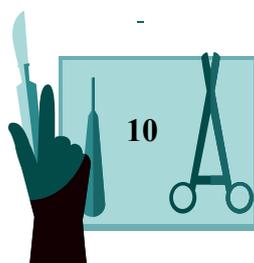
**Resumo:** A presença de embolia pulmonar é prevalente em idosos octogenários, porém, ainda é encontrada uma dificuldade da condução da situação, devido a presença de doenças pulmonares e cardiovasculares que podem gerar uma confusão na identificação dos sinais e sintomas, dessa forma, podendo levar ao equívoco do diagnóstico. Levando em consideração o fato de que esta doença apresenta um risco eminente de morte requerendo um diagnóstico rápido e preciso, torna-se necessário uma conduta multidisciplinar para redução de risco de recorrência, e conseqüentemente, de mortalidade também sendo fundamental a manutenção de um alto nível de suspeição sobre o manejo do quadro clínico do paciente.

**Palavras chaves:** Embolia Pulmonar; Multidisciplinar; Saúde

**Abstract:** The presence of pulmonary embolism is prevalent in elderly octogenarians, however, there is still a difficulty in handling the situation, due to the presence of pulmonary and cardiovascular diseases that can lead to confusion in the identification of signs and symptoms, thus, and can lead to misunderstanding of the diagnosis. Taking into account the fact that this disease presents an imminent risk of death requiring a quick and accurate diagnosis, a multidisciplinary approach is necessary to reduce the risk of recurrence and, consequently, mortality, also being essential to maintain a high level of of suspicion about the management of the patient's clinical condition

**Keywords:** Pulmonary Embolism; Multidisciplinary; Health.

A definição de Embolia Pulmonar (EP), pode ser descrita como uma condição clínica grave,

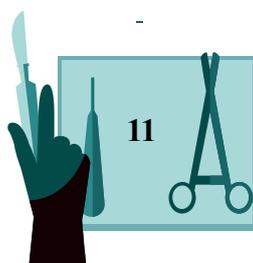


de caráter obstrutivo, que geralmente é oriundo de um trombo, onde tende a fixar na artéria pulmonar ou em um dos seus ramos principais. Devido a área do pulmão ficar suprimida, costuma-se a evoluir para um quadro grave (GOMES et al, 2022). Para identificar a Embolia Pulmonar, deve-se ficar atento nos seguintes sintomas, dificuldade de respiração, presença de dor torácica na inspiração e palpitações. Os sinais clínicos comumente achados são: Baixa saturação de O<sub>2</sub>, taquipneia e taquicardia, contudo nem sempre pode-se contar com esses sinais, pois o quadro clínico pode ser completamente assintomático (VOLPE et al., 2010).

Por se tratar de uma patologia cardiovascular que ocupa o terceiro lugar em frequência, ficando apenas atrás da cardiopatologia isquêmica e o acidente vascular encefálico, podemos dizer que a (EM) possui a taxa de incidência anual elevada, dados comprovam que 100-200/100.000 habitantes integram os dados estatísticos (FENGHE L et al., 2014).

Dessa forma, estudos sobre a Embolia Pulmonar (EP), no Brasil se iniciam pelos 30 anos, e já nos Estados Unidos e na Europa a partir dos 40 anos. Um dos principais fatores ao aumento do risco é o envelhecimento, isso se dá ao fato doenças como obesidade e doenças cardiovasculares (hipertensão, infarto do miocárdio e insuficiência cardíaca), elevarem o risco da embolia pulmonar (ALVES; ALMEIDA; BALHAU, 2015).

Continuamente, o diagnóstico adequado e o seu tratamento aumentam as chances para um bom resultado, e conseqüentemente a impedem sua progressão. (OTA; NAKAMARU; YAMADA; YAZU; ISHIKURA; HIRAOKA et al., 2002) A letalidade atrelada a Embolia Pulmonar (EP) não tratada, chega na casa dos 30%, sendo que por isso é recomendável que seja feito com a maior brevidade possível o diagnóstico, apesar desta patologia poder apresentar-se inicialmente por morte súbita (BONI; SANTOS, 2009).



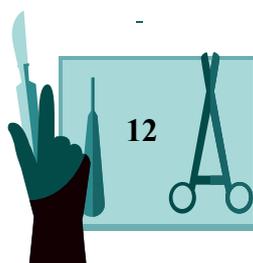
Desse modo, o objetivo desse estudo é apresentar mais detalhadamente os sinais de alertas presentes no Embolismo Pulmonar (EP), juntamente como a importância da interpretação dos sinais aparentes. Outro ponto levantado, que merece destaque, é o questionamento sobre os conhecimentos, e preparo das equipes de saúde diante da situação de Embolia Pulmonar (EP). O que gera a seguinte indagação: A equipe multiprofissional de saúde, mostra-se eficiente e qualificada na interpretação dos sinais aparentes do paciente com Embolia Pulmonar (EP)?

A Embolia Pulmonar (EP) ou Tromboembolismo Pulmonar (TEP), trata-se de uma doença responsável por um alto percentual de mortes por doenças cardiovasculares. Sucedendo de forma silenciosa e assintomática, esta patologia transfigura-se como a principal causa de morte súbita entre idosos e acamados, possuindo 30% de letalidade nos casos não tratados. Caso venha ter um diagnóstico precoce, é possível reduzir em 2% a 8% o índice de mortalidade por esta doença e aumento qualidade de vida (GOMES, 2018).

Estima-se que pelo menos 1 a cada 100 pessoas podem ser acometidas na faixa etária maior que 80 anos. Segundo este estudo, nos Estados Unidos cerca de 250.000 pessoas acometidas vêm a óbito anualmente, sendo de 10-30% dentro de apenas um mês após serem diagnosticados por embolia pulmonar, tendo 25% dessas mortes de forma súbita (GOMES, 2018).

Esta doença pode ser decorrente de êmbolos espessos nos quais irão deslocar-se de forma anormal gerando uma obstrução na circulação arterial pulmonar, havendo uma má perfusão no local, e conseqüentemente uma diminuição na circulação, aumentando o espaço morto pulmonar, explicando parcialmente o surgimento de hipóxia nesses casos (NAVES et al., 2022).

Ainda assim, com o acometimento do TEP, os pacientes não possuem muitos sintomas. A dispnéia sem um motivo considerável no momento, é o fator mais indicativo para a presença de em-



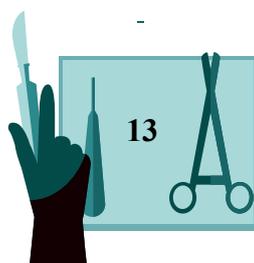
bolia. Outros fatores como por exemplo, a dor torácica pleurítica, que podem estar vinculadas outras doenças como infarto pulmonar. No entanto, na maioria das vezes, então, os indivíduos são assintomáticos. (KRAUSE et al., 2019).

A presença de embolia pulmonar é prevalente em idosos octogenários, porém, ainda é encontrada uma dificuldade da condução da situação, devido a presença de doenças pulmonares e cardiovasculares que podem gerar uma confusão na identificação dos sinais e sintomas, dessa forma, podendo levar ao equívoco do diagnóstico. Podem ser utilizados exames de imagem, como radiografia simples de tórax, a angiografia pulmonar, a cintilografia ventilação-perfusão pulmonar, a ressonância magnética (RM) de tórax, a tomografia computadorizada (TC) de tórax e, mais recentemente, a TC com dupla energia (TCDE) (KRAUSE et al., 2019, ZENGIN et al., 2022).

Levando em consideração o fato de que esta doença apresenta um risco iminente de morte, requerendo um diagnóstico rápido e preciso, torna-se necessário uma conduta multidisciplinar para redução de risco de recorrência, e conseqüentemente, de mortalidade, também sendo fundamental a manutenção de um alto nível de suspeição sobre o manejo do quadro clínico do paciente (MOREIRA, 2021).

Para Naves et al (2022) a embolia e a embolia pulmonar podem ser definidas, respectivamente, como sendo algo estranho ao sangue (gordura, coágulo, fragmento ósseo, ar) que deslocado, provoca obstrução dos vasos sanguíneos. Enquanto a embolia pulmonar ocorre devido a oclusão de um vaso pulmonar. Alguns sinais e sintomas são observados, como: dispnéia, dor torácica, tosse, hemoptise, síncope, taquicardia, taquipneia, edema de membros inferiores e sons respiratórios diminuídos, podendo evoluir para morte súbita.

A Enfermagem tem papel crucial no planejamento e implementação do cuidado, realizado



através do exame físico e anamnese, visto que se trata de uma patologia que necessita de vigilância de sinais vitais, manter acesso venoso, administração de anticoagulantes e antiplaquetários, vigilância sobre sangramentos significativos, prevenir lesões em acamados de risco, deambulação e auxiliar movimentação no leito. (ALMEIDA; ANDRADE, 2018).

## REFERÊNCIAS

ALVES, C.P.; ALMEIDA, C.C.; BALHAU, A.P. Tromboembolismo venoso diagnóstico e tratamento. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Cirurgia, 2015.

BONI, G; SANTOS, M.L. Fisiopatologia do Tromboembolismo Pulmonar. Redes de Revistas Científicas de América Latina y el caribe, Portugal, v.8, n.1, p.145-154, dez. 2009.

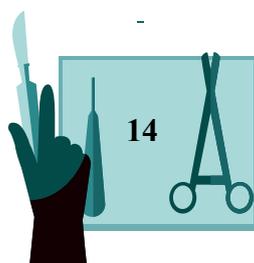
FENGHE, L. et al. Risk factors associated with the occurrence of silente pulmonar embolism in patients with the deep venous thrombosis of the lower limb. Phlebology, China, v.29, n. 7, p.442-446, Aug. 2014.

GOMES JA, BARROS JEB, NASCIMENTO ALO, ROCHA CAO, ALMEIDA JPO, SANTANA GBA, et al. Hospitalizations for pulmonary embolism in Brazil (2008-2019): an ecological and time series study. J Bras. Pneumol. 2022;48(3):e20210434

GOMES, Sara Cristina Ferreira. Tromboembolismo pulmonar: fisiopatologia, diagnóstico e tratamento. 2018.

KRAUSE, Amanda Ilgenfritz et al. Aspectos biofísicos da embolia pulmonar. Revista Interdisciplinar Pensamento Científico, v. 5, n. 4, 2019.

MOREIRA, Mariana Vanon e cols. Tromboembolismo pulmonar: dos aspectos epidemiológicos do



tratamento. Revista Brasileira de Revista de Saúde , v. 4, não. 2 p. 8350-8363, 2021. See More

NAVES, Eire Beltrão et al. Embolia pulmonar: manifestações clínicas e manejo terapêutico Pulmonary embolism: clinical manifestations and therapeutic management. Brazilian Journal of Development, v. 8, n. 3, p. 18808-18820, 2022.

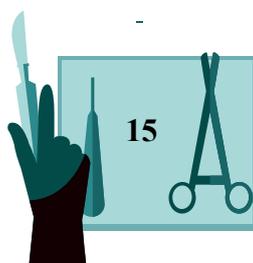
OTA M, NAKAMURA M, YAMADA N, YAZU T, ISHIKURA K, HIRAOKA N, et al. Prognostic significance of early diagnosis in acute pulmonary thromboembolism with circulatory failure. Heart Vessels. 2002;17(1):7-11

VOLPE, G.J. et al. Tromboembolismo pulmonar. Simpósio: Condutas em enfermagem de clínica médica de hospital de média complexidade - Parte 2 Capítulo V, Ribeirão Preto, v. 43, n. 3 p. 258, 2010.

ZENGIN, Ahmet et al. Terapia Trombolítica em Octogenários com Embolia Pulmonar Aguda. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, v. 118, p. 68-74, 2022.

Naves EB et al. Embolia pulmonar: manifestações clínicas e manejo terapêutico. Brazilian Journal of Development, Curitiba, v.8, n.3, p. 18808-18820, mar., 2022. Disponível em: file:///C:/Users/user/Downloads/admin,+BJD+221%20(1).pdf DOI:10.34117/bjdv8n3-221.

Almeida ALB, Andrade EG da S. Assistência da enfermagem na trombose venosa profunda. Rev Inic Cient Ext [Internet]. 7º de junho de 2018 [citado 11º de janeiro de 2023];1(1):3-10.



# Capítulo

# 2

## URGÊNCIA CARDIOVASCULAR: REFLEXÕES SOBRE A PRÁTICA PROFISSIONAL

---



# URGÊNCIA CARDIOVASCULAR: REFLEXÕES SOBRE A PRÁTICA PROFISSIONAL

## CARDIOVASCULAR EMERGENCY: REFLECTIONS ON PROFESSIONAL PRACTICE

Maria Raquel Thomaz Tertuliano de Melo<sup>1</sup>

Eduarda Ellen Costa Vasconcelos<sup>2</sup>

Raquel Carvalho Lima<sup>3</sup>

Iracema Vitória Gomes Lins Paz<sup>4</sup>

William Gomes da Silva<sup>5</sup>

Cristiane Teles Frazão<sup>6</sup>

Jhennypher Simões de Souza Santos<sup>7</sup>

Milena Barbosa da Silva<sup>8</sup>

---

1 Acadêmica de Medicina. Uniceplac – Brasília.

2 Enfermeira. Pós-graduada em Cuidados Paliativos. Centro Universitário de João Pessoa UNIPÊ.

3 Enfermeira pela UFPB. Especialista em Unidade de Terapia pela Especializa.

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

5 Fisioterapeuta com especialização em saúde da mulher e fisioterapia neurológica adulto. Acadêmico do curso de medicina. Centro Universitário UNINORTE – Brasil.

6 Bacharel em Biomedicina pela Universidade Castelo Branco, habilitada em Biologia Molecular. Bacharel em Enfermagem pelo Centro Universitário São José. Especialista em Análises Clínicas. Especialista em Biomedicina estética. Pós-graduanda em Saúde Pública com Ênfase em ESF. Pós-graduanda em Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Pós-graduanda em Enfermagem em Urgência e Emergência

7 Enfermeira. Pós-graduanda em Enfermagem do trabalho.

8 Enfermeira. Especialista em Saúde Pública pela UFPB/FIOCRUZ e Especialista em Auditoria pela CBPEX



Ana Eduarda de Araújo Torres<sup>9</sup>

Anne Carolinne Marie dos Santos Gomes<sup>10</sup>

**Resumo:** Nas últimas décadas, foi observada redução importante na taxa de mortalidade por doenças cardiovasculares, relacionada a avanços na prevenção primária e no tratamento da síndrome coronariana aguda. Apesar de ser uma tendência mundial, essa redução é mais pronunciada em países desenvolvidos, onde é possível ter acesso ao tratamento adequado em tempo oportuno. Percebeu-se, que um dos maiores problemas encontrados nas urgências, é a falta de treinamento específico dos profissionais que tratam de doenças cardiovasculares, além da insatisfação dos médicos com o trabalho.

**Palavras chaves:** Urgência; Emergência; Cardiovascular.

**Abstract:** In recent decades, an important reduction in the mortality rate due to cardiovascular diseases has been observed, related to advances in primary prevention and treatment of acute coronary syndrome. Despite being a global trend, this reduction is more pronounced in developed countries, where it is possible to have access to adequate treatment in a timely manner. It was noticed that one of the biggest problems found in emergencies is the lack of specific training for professionals who deal with cardiovascular diseases, in addition to the dissatisfaction of doctors with their work

---

9 Graduada em Enfermagem. Pós-graduanda em Atenção Primária a Saúde com ênfase em saúde da família/ Docência do ensino superior e enfermagem/Enfermagem em Terapias Holísticas e complementares/Enfermagem em urgência e emergência e gestão nos serviços hospitalares e Gestão de saúde pública e privada pela FACUMINAS

10 Enfermeira. Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPB. Especialista em Urgência, Emergência e Unidade de Terapia Intensiva pelo CEFAPP



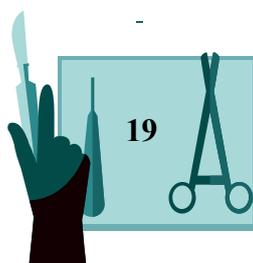
**Keywords:** Urgency; Emergency; Cardiovascular

O Sistema Único de Saúde – SUS oferece inúmeros serviços, dentre eles estão os atendimentos de Urgência e Emergência, compondo essa ampla rede de atendimentos, encontramos as urgências e emergências cardiovasculares, que são grande parte das internações e regulações dos serviços de saúde (MEDEIROS; MENEGHEL; GERHARDT, 2012). Para que possamos compreender melhor essa ampla rede, temos de afunilar mais e mais nossos conhecimentos sobre o que seriam doenças cardiovasculares e suas possíveis urgências.

Podemos afirmar, que as doenças cardiovasculares (DCV), são as mais amplas possíveis, e são as morbidades mais letais e onerosas para os sistemas de saúde (BARBOSA; FRANKLIN; STEFENONI; MORAES; JACQUES; SERPA et al., 2014). Porém, quando criamos links com as urgências cardiovasculares, encontramos em especial as isquêmicas do coração, com Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), as hipertensivas e as cerebrovasculares, como os Acidentes Vasculares Encefálicos (AVE), que assinalam como as principais causas de morbidade e mortalidade no mundo (BRASIL, 2019).

Segundo Timerman et al (2004), as pessoas tratadas na primeira hora de evolução dos sintomas, adquirem uma redução considerável da mortalidade hospitalar, e a sequência do tratamento em um serviço de saúde especializado no atendimento, oriundo da regulação, são mais que necessários para aumentar a sobrevida, reduzir sequelas e incapacidades gerados pelos transtornos.

Define-se “urgência” como “a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata” de acordo com a Resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) (Brasil) n. 1.451, de 1995. As doenças cardiovasculares sempre ilustraram o cenário mundial, sendo considerada a principal causa de morte, chegando a 17,7 milhões



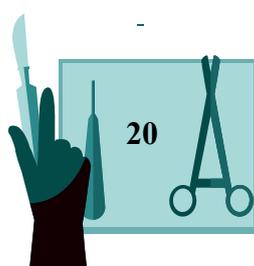
em 2015, representando 31% de óbitos, segundo a OMS. (SILVA et al., 2018).

Nas últimas décadas, foi observada redução importante na taxa de mortalidade por doenças cardiovasculares, relacionada a avanços na prevenção primária e no tratamento da síndrome coronariana aguda. Apesar de ser uma tendência mundial, essa redução é mais pronunciada em países desenvolvidos, onde é possível ter acesso ao tratamento adequado em tempo oportuno. De acordo com os dados do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde, em 2015, foram registrados aproximadamente 350 mil mortes por doenças cardiovasculares, que no Brasil, permanecem como a primeira causa de mortalidade proporcional, sendo responsáveis por 27,6% dos óbitos em 2015, e a principal causa de anos de vidas perdidos por morte prematura. (CARDOSO et al., 2018).

Entre as doenças cardiovasculares, o infarto agudo do miocárdio (IAM) é a causa mais frequente de morte (26,0%) e a mortalidade em serviços públicos de saúde é mais elevada que em serviços privados. Tal diferença pode ser atribuída as dificuldades no acesso do paciente com IAM ao tratamento em terapia intensiva, aos métodos de reperfusão e às medidas terapêuticas estabelecidas para o infarto (CARDOSO et al., 2018).

Os atendimentos nos prontos-socorros nos dias atuais, obedecem à linha de cuidado Unidade de Emergência. Em 2003, foi criada a Política Nacional de Urgência e Emergência, visando estruturar e organizar a rede de urgência e emergência no Brasil de forma humanizada, integrando a atenção às urgências. (SILVA et al., 2018).

No entanto, não há políticas próprias para os profissionais de saúde. Em um estudo com 771 médicos emergencistas americanos, foi observado que aqueles que referiram estresse e burnout como um problema grave apresentaram menores índices de satisfação com a carreira. Em outro estudo com 193 médicos emergencistas americanos membros do American College of Emergency Physicians,



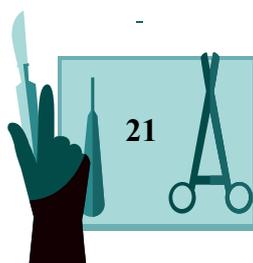
observou-se que insatisfações relacionadas à autonomia clínica, aos desafios na prática da medicina de emergência e ao estresse tiveram associação significativa com altos níveis de burnout.(CARDOSO et al., 2018).

Este estudo demonstrou insatisfação geral de médicos dos serviços de urgência na Região Ampliada Norte de Minas Gerais, em relação à estrutura de atendimento às emergências cardiovasculares. A maioria mostrou-se insatisfeita quanto ao atendimento prestado, estrutura para condução das doenças cardiovasculares e tecnologia disponível para diagnóstico. (CARDOSO et al., 2018). De acordo com Feitosa um dos maiores problemas encontrados nas urgências é a falta de treinamento específico dos profissionais que tratam de doenças cardiovasculares, além da insatisfação dos médicos com o trabalho. Nossas diretrizes para a formação de cardiologistas preconizam um treinamento mínimo de 288 horas em emergência cardiovascular. Outras formas de treinamento menos direcionadas a esse objetivo, ou mesmo a falta de treinamento, deixam muito a desejar quanto à qualidade da assistência prestada a pacientes com doenças cardiovasculares (FEITOSA et al., 2018).

### **REFERÊNCIAS**

BARBOSA RR, FRANKLIN RV, STEFENONI AV, MORAES VD, JACQUES TM, SERPA RG et al. Quality of Life Analysis among Men and Women with Heart Failure. Rev Bras Cardiol. [Internet]. 2014 Mar [cited 2023 Jan 11]; 27 (2): 97-103.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. Indicadores de Saúde. [Internet]. Brasília; 2019. Disponível em:<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obtbr.def>. Acesso em: 11 de jan. 2023.



BRASIL. Linha do cuidado do infarto agudo do miocárdio na rede de atenção às urgências. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011b. Disponível em: [publicacoes.cardiol.br/SBC-SMS/Linha%20de%20Cuidado%20do%20IAM.pdf](http://publicacoes.cardiol.br/SBC-SMS/Linha%20de%20Cuidado%20do%20IAM.pdf). Acesso em: 11 jan. 2023.

CARDOSO, Clareci Silva et al. Satisfação de Médicos dos Serviços de Urgência com o Cuidado às Doenças Cardiovasculares na Região Ampliada Norte de Minas Gerais. *Arquivo Brasileiro de Cardiologia*. 2018; v. 111 n.2, pp 151-159.

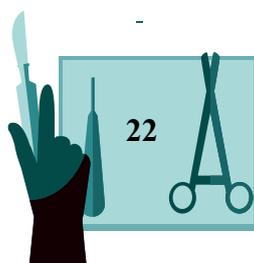
FEITOSA, Gilson Soares. Are We Taking Good Care of Our Patients and Physicians?. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia* [online]. 2018, v. 111, n. 2 [Accessed 16 January 2023], pp. 160-161.

MARCOLINO, Milena Soriano et al. Satisfaction of Emergency Physicians with the Care Provided to Patients with Cardiovascular Diseases in the Northern Region of Minas Gerais. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia* [online]. 2018, v. 111, n. 2 [Acessado 16 Janeiro 2023], pp. 151-159.

MEDEIROS, C.R.G; MENEGHEL, S.N.; GERHADT, T. E. Desigualdades na mortalidade por doenças cardiovasculares em pequenos municípios. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio De Janeiro, v.17, n.11, p.2953-2962, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2012.v17n11/2953-2962/pt>. Acesso em: 11 Jan 2023.

SILVA, Maria Barbosa, SILVA, Helaine Fonseca Amaral et al. Emergência Cardiovascular, Reflexões sobre a experiência do serviço social. *Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo - Supl* - 2018;28(3):361-4.

TIMERMAN, S. MARQUES, F.B.R.; PÍSPICO, A.; RAMIRES, J.A.F. Tratamento pré-hospitalar da síndrome isquêmica aguda com supra desnivelamento do segmento ST: já temos suficiente evidência para implantar rotina? *Rev. Soc. Cardiol. São Paulo*, v.14, n.6, p. 868-83, 2004.



# Capítulo 3

## CÂNCER DE MAMA: PREVENÇÃO E TRATAMENTO

---



# CÂNCER DE MAMA: PREVENÇÃO E TRATAMENTO

## BREAST CANCER: PREVENTION AND TREATMENT

Elayne Christina de Almeida Soares<sup>1</sup>

Maria Carolina Salustino dos Santos<sup>2</sup>

Eduarda Ellen Costa Vasconcelos<sup>3</sup>

Vânia Marília Lima Guida<sup>4</sup>

Nataly Soares da Silva<sup>5</sup>

Ana Eduarda de Araújo Torres<sup>6</sup>

**Resumo:** O câncer de mama é uma doença resultante da multiplicação celular anormal nas mamas, o que desencadeia uma formação tumoral, que pode possuir potencial metastático. A origem e a causa do câncer de mama é multifatorial, ou seja, envolve diversos fatores, a interação entre os fatores ambientais e o genético pode inibir ou favorecer o aparecimento e desenvolvimento da doença, são

diversos os fatores de risco que as mulheres são expostas, aumentando a incidência da doença e em

1 Graduada em Enfermagem. Centro Universitário de João Pessoa - UNIPÊ.

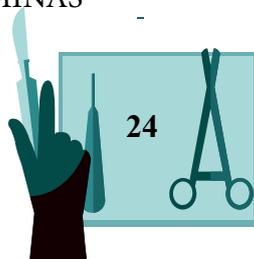
2 Enfermeira. Especialista em Obstetrícia. Residência em Saúde da Família. Mestrado em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba.

3 Enfermeira. Pós-graduada em Cuidados Paliativos. Centro Universitário de João Pessoa UNIPÊ.

4 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.

5 Enfermeira. Pós-graduanda em Docência em enfermagem pela FAVENI.

6 Graduada em Enfermagem. Pós-graduanda em Atenção Primária a Saúde com ênfase em saúde da família/ Docência do ensino superior e enfermagem/Enfermagem em Terapias Holísticas e complementares/Enfermagem em urgência e emergência e gestão nos serviços hospitalares e Gestão de saúde pública e privada pela FACUMINAS



consequência o aumento da mortalidade.

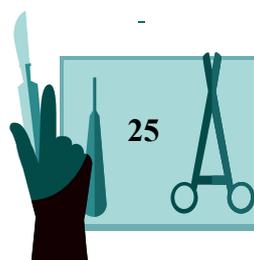
**Palavras chaves:** Câncer de mama; Saúde; Cuidado.

**Abstract:** Breast cancer is a disease resulting from abnormal cell multiplication in the breasts, which triggers tumor formation, which may have metastatic potential. The origin and cause of breast cancer is multifactorial, that is, it involves several factors, the interaction between environmental and genetic factors can inhibit or favor the appearance and development of the disease, there are several risk factors that women are exposed to, increasing the incidence of the disease and consequently increasing mortality.

**Keywords:** Breast cancer; Health; Caution.

O câncer de mama é uma doença resultante da multiplicação celular anormal nas mamas, o que desencadeia uma formação tumoral, que pode possuir potencial metastático. Apesar de comumente encontrar-se relacionado às mulheres, de acordo com o Ministério da Saúde, cerca de 1% dos casos afetam homens. Ainda de acordo com os dados do ministério, este tipo de câncer é o mais comum depois do câncer de pele e representa aquele que mais causa morte feminina no Brasil (BRASIL, 2022).

Apesar dos agravantes, se descoberto precocemente, boa parte dos casos apresentam resolução, e continuidade da vida. Sendo um problema multifatorial, o qual relaciona-se a questões genéticas, biológicas e sociais, o câncer de mama possui prevenção, de forma a reduzir seu risco. Hábitos de vida saudáveis, tais quais prática de exercícios físicos, boa alimentação, redução de condições de



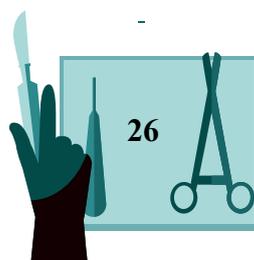
estresse, consumo de álcool e tabaco controlados, fazem parte deste processo.

A população, em especial as mulheres, devem estar em alerta aos sinais e sintomas, fazer o acompanhamento preconizado e a autoavaliação cotidiana. Alguns sintomas pontuados pelo Ministério da Saúde (2022) incluem: caroço (nódulo) endurecido, fixo e geralmente indolor; alteração no pingo do peito; pequenos nódulos da área abaixo do braço (axilas); saída espontânea de secreções dos mamilos; pele da mama avermelhada, retraída ou enrugada.

Desta forma, estar atento aos sinais, realizar os exames de rotina, seguir bons hábitos de vida, acompanhar as recomendações dos profissionais de saúde, são meios eficazes no combate do câncer e seus agravos. O acompanhamento da população deste a atenção primária é fundamental para identificação precoce e busca de resolutividade dos casos. É necessária, ainda, a difusão de informações sobre a temática, de forma a tornar a sociedade responsável pelo seu cuidado de saúde, levando a promoção de saúde e prevenção da doença e seus agravos (BRASIL, 2022).

Segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA) José Alencar Gomes da Silva (2019), o câncer de mama é um problema de saúde pública no mundo todo, pelo perfil epidemiológico e devido às previsões em relação a casos que surgirão. Somente no Brasil no ano de 2019 o número de novos casos da doença foi de 59.700.

A origem e a causa do câncer de mama é multifatorial, ou seja, envolve diversos fatores, a interação entre os fatores ambientais e o genético pode inibir ou favorecer o aparecimento e desenvolvimento da doença, são diversos os fatores de risco que as mulheres são expostas, aumentando a incidência da doença e em consequência o aumento da mortalidade, como por exemplo: a urbanização, mudança no estilo de vida, inclusive a primigesta tardia ou amamentação por curtos períodos, o uso de álcool e drogas, excesso de peso ou obesidade, falta de atividade física, precipuamente após



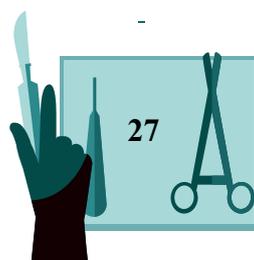
a menopausa. Porém, tem crescido muito os estudos sobre a influência dos alimentos e constituintes dietéticos na modulação do risco em desenvolver diversos tipos de cânceres, principalmente devido ao efeito a perspectiva de intervenção que se pode realizar (GE et al., 2015; SHIVAPPA et al., 2015; WIRTH et al., 2015; MIGOWSSKI et al., 2018).

Segundo Torres et al. (2015), o consumo excessivo de alimentos processados, ou seja industrializados, ricos em calorias, gorduras saturadas, trans, açúcares simples e sódio, o baixo consumo de verduras, legumes e frutas com os devidos estudos foi demonstrado como um modelo alimentar favorável ao desenvolvimento do câncer de mama. E para Prado et al. (2009), somado a isso, ainda colabora a falta de atividade física, o que ajuda a ganhar peso, levando ao excesso ou mesmo a obesidade, um estilo de vida bem comum na vida ocidental.

Conforme Souza (2014); Torres et al. (2015), dependendo do tipo de alimentação consumida pela pessoa, este padrão alimentar pode apresentar um caráter pró- inflamatório ou anti-inflamatório. Estudos vêm confirmando, que o padrão alimentar anti-inflamatório é aquele composto pela elevada ingestão de peixes, frutas, cereais integrais, vegetais crus, oleaginosas, betacarotenos, flavonoides, ácidos graxos monoinsaturados e poli-insaturados, diminuem as chances da pessoa desenvolver o câncer de mama, porém se o padrão alimentar, desta pessoa, for o típico padrão alimentar ocidental, caracterizado principalmente pelo elevado consumo de pães, massas, carnes vermelhas e processada, embutidos, refinados e açúcares simples, o índice de desenvolver o câncer de mama é bem elevado.

## **REFERÊNCIAS**

GE I, RUDOLPH A, SHIVAPPA N et al. Dietary inflammation potential and postmenopausal breast cancer risk in a German casecontrol study. *The Breast*, 2015.



INCA - Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. A situação do câncer de mama no Brasil: síntese de dados dos sistemas de informação. Rio de Janeiro. 2019.

MIGOWSKI, Arn et al. Diretrizes para detecção precoce do câncer de mama no Brasil. II-Novas recomendações nacionais, principais evidências e controvérsias. Cadernos de Saúde Pública, v. 34, p. e00074817, 2018.

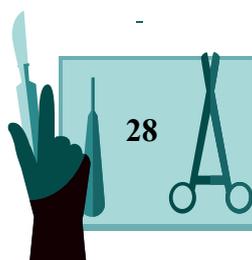
PRADO, Wagner Luiz do et al. Obesidade e adipocinas inflamatórias: implicações práticas para a prescrição de exercício. Revista brasileira de medicina do esporte, v. 15, p. 378-383, 2009.

SHIVAPPA N, BOSETTI C, ZUCCHETTO A et al. Association between dietary inflammatory index and prostate cancer among Italian men. British Journal of Nutrition, 2015.

SOUZA MRGD. Avaliação do uso de ômega 3 em pacientes oncológicos: uma revisão de literatura. Monografia (Bacharelado em Nutrição). Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa - Paraíba, 2014; 43p.

TORRES DX, LIMA ICS, CARNEIRO PCPDM. Associação entre gordura corporal e lipídios dietéticos de pacientes com câncer de mama. Revista Interdisciplinar, 2015.

WIRTH MD, SHIVAPPA N, STECK SE et al. The dietary inflammatory index is associated with colorectal cancer in the National Institutes of Health-American Association of Retired Persons Diet and Health Study. British Journal of Nutrition, 2015.



# Capítulo 4

## CIRURGIA SEGURA: ATENDIMENTO MULTIPROFISSIONAL

---



# CIRURGIA SEGURA: ATENDIMENTO MULTIPROFISSIONAL

## SAFE SURGERY: MULTIPROFESSIONAL CARE

Iracema Vitória Gomes Lins Paz<sup>1</sup>

Maria Beatriz de Andrade Silva<sup>2</sup>

Ana Quitéria Fernandes Ferreira<sup>3</sup>

Marcelo Barros de Valmoré Fernandes<sup>4</sup>

Andréa Antunes Espínola<sup>5</sup>

Tarciana Felix da Silva<sup>6</sup>

Carolline Mendes Ribeiro de Oliveira<sup>7</sup>

Anne Karine de Assunção Almeida<sup>8</sup>

Amanda Bezerra de Araújo<sup>9</sup>

Elizanete de Magalhães Melo<sup>10</sup>

---

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

2 Enfermeira. Pós-Graduada em urgência, emergência e Unidade de Terapia Intensiva.

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

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

5 Enfermeira. Especialista em Centro cirúrgico, CME e URPA pela Faculdade de Ciências Humanas e exatas do sertão do São Francisco. Especialista em Unidade de Terapia Intensiva pela Faculdade Santa Emília de Rodat e em Saúde da família pela Faculdade Integrada de Patos

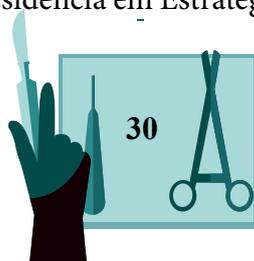
6 Enfermeira pela Universidade de Pernambuco. Especialista em Enfermagem do Trabalho pela Faculdade de Ciências Médicas de Campina Grande e Enfermagem em Dermatologia pela Faculdade de Ciências da Bahia.

7 Enfermeira Intensivista no HUPI. Especialista em Enfermagem em Nefrologia – UECE

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

9 Enfermeira. Mestre em Gestão e Economia da Saúde – UFPE

10 Graduação em Enfermagem. Residência em Estratégia de Saúde da Família pela UFPB/NESC.



Nataly Soares da Silva<sup>11</sup>

Anne Carolinne Marie dos Santos Gomes<sup>12</sup>

**Resumo:** Mediante a necessidade de melhorar a comunicação e efetivar a segurança do paciente nas cirurgias, induzido pelo desafio de cirurgias mais seguras, foi elaborado pela OMS, um checklist para otimizar a comunicação multiprofissional. Onde contempla informações do paciente antes da indução anestésica, confirma o paciente e procedimento, antes da incisão cirúrgica, com a presença de todos da equipe na sala de cirurgia e a garantia de todo o registro, antes do paciente sair da sala de cirurgia. Essa checagem possibilita a comunicação interpessoal e otimiza a discussão da realidade, diante as necessidades do paciente com a equipe, conforme o procedimento a ser realizado, revisando informações quanto insumos e condutas necessárias.

**Palavras chaves:** Segurança; Cirurgia; Saúde.

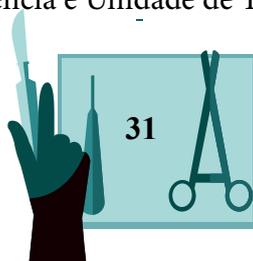
**Abstract:** Due to the need to improve communication and implement patient safety in surgeries, induced by the challenge of safer surgeries, a checklist was prepared by the WHO to optimize multidisciplinary communication. Where it includes patient information before anesthetic induction, confirms the patient and procedure, before the surgical incision, with the presence of all the team in the operating room and the guarantee of the entire record, before the patient leaves the operating room. This check enables interpersonal communication and optimizes the discussion of reality, given the

---

Especialização em Gestão de Serviço de Saúde pela UFPB/NESC.

11 Enfermeira. Pós-graduanda em Docência em enfermagem pela FAVENI.

12 Enfermeira. Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPB. Especialista em Urgência, Emergência e Unidade de Terapia Intensiva pelo CEFAPP.



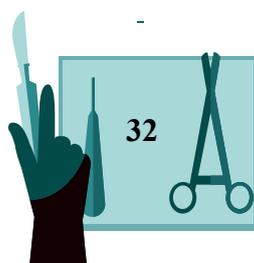
needs of the patient with the team, according to the procedure to be performed, reviewing information regarding inputs and necessary conduct.

**Keywords:** Security; Surgery; Health.

A Cirurgia Segura é o segundo Desafio Global para a Segurança do paciente, lançado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) entre 2007 e 2008, com objetivo de garantir as condições necessárias para a qualidade nas intervenções cirúrgicas e reduzir ao mínimo possível a geração de danos relacionados ao atendimento ao do paciente, nos procedimentos cirúrgicos. Contemplando as reduções de infecção de sitio cirúrgico (ISC), promovendo a anestesia segura, garantindo a instituição de equipes de cirurgia segura e promovendo indicadores da assistência segura (ANVISA, 2009).

Mediante a necessidade de melhorar a comunicação e efetivar a segurança do paciente nas cirurgias, induzido pelo desafio de cirurgias mais seguras, foi elaborado pela OMS, um checklist para otimizar a comunicação multiprofissional. Onde contempla informações do paciente antes da indução anestésica, confirma o paciente e procedimento, antes da incisão cirúrgica, com a presença de todos da equipe na sala de cirurgia e a garantia de todo o registro, antes do paciente sair da sala de cirurgia. Essa checagem possibilita a comunicação interpessoal e otimiza a discussão da realidade, diante as necessidades do paciente com a equipe, conforme o procedimento a ser realizado, revisando informações quanto insumos e condutas necessárias (PANCIERI, SANTOS, AVILA, BRAGA, 2013).

Segundo a ANVISA, 2009. “No mínimo sete milhões de pacientes cirúrgicos são prejudicados por complicações cirúrgicas a cada ano, incluindo pelo menos um milhão de pacientes que morrem durante ou imediatamente após um procedimento”. Mediante essa premissa, pode-se considerar a



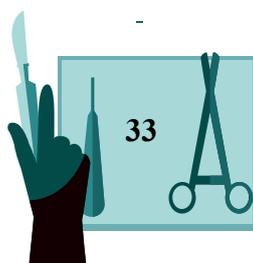
importância de analisar e verificar fatores que repassam pela atenção multiprofissional, considerando que todo ser humano pode errar. Assim, também deve-se considerar a instituição da Cultura de segurança que permeia o atendimento integral e multiprofissional na assistência a cirurgia segura.

Para o atendimento multiprofissional em procedimentos cirúrgicos é necessário que exista uma comunicação eficaz para o entendimento dos processos a serem seguidos. Assim, Pessoa et. al. 2020, considera que:

A segurança do paciente não é uma problemática individual, tampouco de uma única categoria profissional, mas fruto de um processo que envolve a necessidade da transformação institucional assim, constata-se a necessidade de se constituir a segurança do paciente nas organizações de saúde enquanto processo cultural, a fim de promover uma maior consciência de cada profissional da equipe multiprofissional que atua nas organizações.

A comunicação efetiva é capaz de proporcionar boas práticas mediante a utilização de instrumentos que consigam acompanhar o desenvolvimento de atividades na assistência em saúde. Sendo capazes de levantar barreiras durante os períodos operatórios, proporcionando o resgate da necessidade quanto a segurança do paciente, a partir da identificação precoce de possíveis falhas na assistência ou riscos de danos ao paciente. Além de identificar dados, servindo como base de evidências sobre o cuidado seguro antes, durante e após algum procedimento cirúrgico, para subsidiar avaliações subsequentes quanto o perfil da comunicação estabelecida entre os profissionais (GUZINSKI et al., 2019).

O tratamento cirúrgico é essencial para assistência à saúde, contribuindo para o tratamento ou cura de algumas doenças e na redução de risco de morte. Diante disso, é necessário que o profissional de saúde ofereça ao paciente uma cirurgia segura e de forma humanizada. Entretanto, incidente cirúrgicos ocorrem durante o ato cirúrgico, como exemplo: cirurgias em sítio errado, corpo estranho esquecido dentro do organismo do indivíduo e falhas de comunicação entre a equipe multiprofissional

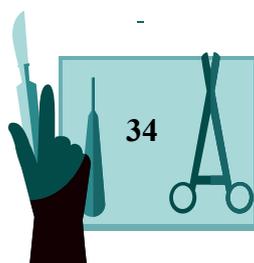


durante a operação. Desse modo, métodos eficazes e uma equipe multiprofissional capacitada é de fundamental importância para proporcionar o bem estar do paciente (RIBEIRO et al., 2019; MORQUIONI et al., 2019; FASARELLA et al., 2013).

A OMS sugeriu o uso de uma lista de análise para segurança cirúrgica (checklist segurança cirúrgica), utilizada antes da indução (sign in), no qual ocorre a identificação do paciente, o procedimento e o local da cirurgia são confirmados, antes da incisão (timeout) período onde ocorre a revisão dos pontos críticos e análise de exames de imagem e anteriormente e por último a saída do paciente da sala cirúrgica (sign out), são analisados as quantidades de compressas e instrumentos cirúrgicos conferidos e as peças anatômicas identificadas. Dessa forma, a aplicação do checklist proporciona uma comunicação efetiva entre os profissionais de saúde, redução de erros e mortalidade, fácil aplicação e baixo custo (RIBEIRO et al., 2019; MORQUIONI et al., 2019; FASARELLA et al., 2013).

Destaca – se a importância da comunicação entre a equipe multiprofissional, como o objetivo de evitar interpretações erradas, falhas, possibilitando maior segurança, redução de erros e melhor atendimento ao indivíduo. Dessa forma, a comunicação proporciona a segurança tanto para o profissional, como também, evitar que não resulte em danos ao paciente (RIBEIRO et al., 2019; MORQUIONI et al., 2019; FASARELLA et al., 2013).

É importante estimular o hábito de oferecer um cuidado seguro ao paciente, o paciente cirúrgico está susceptível a ocorrência de complicações durante o procedimento, sendo assim, a equipe multiprofissional tem um papel importante de minimizar os riscos durante a cirurgia. Portanto, é necessário que as equipes utilize métodos como checklist e uma melhor comunicação efetiva para o tratamento humanizado e para a promoção do paciente (RIBEIRO et al., 2019; MORQUIONI et al., 2019; FASARELLA et al., 2013).



## REFERÊNCIAS

ANVISA. Segundo desafio global para a segurança do paciente: Manual – cirurgias seguras salvam vidas (orientações para cirurgia segura da OMS) / Organização Mundial da Saúde; tradução de Marcela Sánchez Nilo e Irma Angélica Durán – Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2009. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seguranca\\_paciente\\_cirurgias\\_seguras\\_guia.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seguranca_paciente_cirurgias_seguras_guia.pdf). Acesso em 09 de janeiro de 2023.

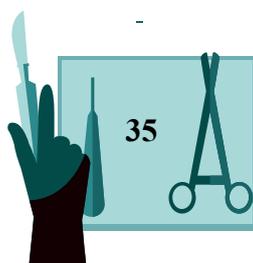
PANCIERI, Ana Paula; SANTOS, Bruna Pegorer; AVILA, Marla Andréia Garcia de; BRAGA, Eliana Mara. Checklist de cirurgia segura: análise da segurança e comunicação das equipes de um hospital escola. *Rev. Gaúcha Enferm.* 2013;34(1):71-78. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/hpcybZ8fkZ8MfxmhWgMccQC/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 09 de janeiro de 2023.

GUZINSKI, Celia; et. al. Boas práticas para comunicação efetiva: a experiência do round interdisciplinar em cirurgia ortopédica. *Rev. Gaúcha Enferm.* 40. 2019. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180353>. Acesso em: 10 de janeiro de 2023.

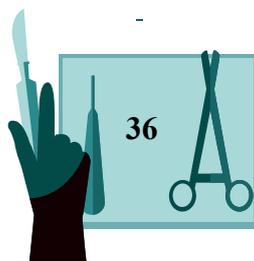
PESSOA, Renata Polyane Araújo, et. al. Enfoque multiprofissional na segurança do paciente no ambiente hospitalar: revisão integrativa. *Revista Eletrônica Acervo Saúde / Electronic Journal Collection Health.* Vol.Sup.n.51. Pag. 1-11. 2020. DOI: <https://doi.org/10.25248/reas.e3894.2020>. Disponível em: 10 de janeiro de 2023.

RIBEIRO, L. et al. Checklist de cirurgia segura: adesão ao preenchimento, inconsistências e desafios. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões.* 46(5), 2019.

MORQUIONI, F. S. N. et al. Cirurgia segura e avaliação da adesão ao checklist em hospital de ensino. *Revista BOBECC.* 24(1), p.22-30, 2019



FASSARELLA, C. S. et al. Comunicação no contexto hospitalar como estratégia para a segurança do paciente: revisão integrativa. Revista Rede de Cuidados em Saúde. V.7, n.1, 2013



# Capítulo 5

## SUICÍDIO: IDENTIFICAÇÃO E CUIDADOS EM SAÚDE

---



# SUICÍDIO: IDENTIFICAÇÃO E CUIDADOS EM SAÚDE

## SUICIDE: IDENTIFICATION AND HEALTH CARE

Elayne Christina de Almeida Soares<sup>1</sup>

Maria Raquel Thomaz Tertuliano de Melo<sup>2</sup>

Raquel Carvalho Lima<sup>3</sup>

Carlina Ligia Gonçalves de Araújo Ferreira<sup>4</sup>

Jhennypher Simões de Souza Santos<sup>5</sup>

Ana Eduarda de Araújo Torres<sup>6</sup>

**Resumo:** Vários são os fatores que predispõem ao suicídio e, mesmo que seja difícil mensurar as motivações individuais e se deva, acima de tudo, ser sensível às particularidades de cada caso, é importante atentar às situações mais frequentes. Os principais aspectos apontados pela literatura incluem transtornos mentais prévios, fatores sociodemográficos e psicológicos, dor e doenças crônicas. Diante disso, conhecer o problema e os aspectos envolvidos é uma das maneiras de preparar as equipes de APS e de identificar as melhores formas de abordagem para contribuir com estratégias relacionadas

---

1 Graduada em Enfermagem. Centro Universitário de João Pessoa - UNIPÊ.

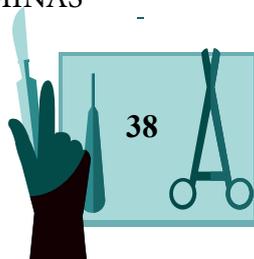
2 Acadêmica de Medicina. Uniceplac – Brasília.

3 Enfermeira pela UFPB. Especialista em Unidade de Terapia pela Especializa.

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

5 Enfermeira. Pós-graduanda em Enfermagem do trabalho.

6 Graduada em Enfermagem. Pós-graduanda em Atenção Primária a Saúde com ênfase em saúde da família/ Docência do ensino superior e enfermagem/Enfermagem em Terapias Holísticas e complementares/Enfermagem em urgência e emergência e gestão nos serviços hospitalares e Gestão de saúde pública e privada pela FACUMINAS



à prevenção.

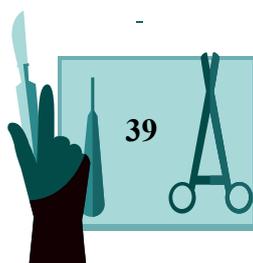
**Palavras chaves:** Suicídio; Prevenção; Cuidado.

**Abstract:** There are several factors that predispose to suicide and, even though it is difficult to measure individual motivations and one must, above all, be sensitive to the particularities of each case, it is important to pay attention to the most frequent situations. The main aspects pointed out by the literature include previous mental disorders, sociodemographic and psychological factors, pain and chronic diseases. Therefore, knowing the problem and the aspects involved is one of the ways to prepare the PHC teams and to identify the best ways of approaching to contribute with strategies related to prevention.

**Keywords:** Suicide; Prevention; Caution

O suicídio representa um grave problema de saúde da atualidade. Não possuindo um único condicionante, esta problemática encontra-se relacionada a fatores biológicos, genéticos, psicológicos, sociais, culturais e ambientais. De acordo com a Organização Mundial de saúde, a cada 40 segundos uma pessoa comete suicídio no mundo, ficando está entre as três maiores causas de morte de pessoas entre 15 e 35 anos no mundo (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2000).

O profissional de saúde, inserido na assistência integral proposta pelo Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, deve estar atento a identificação dos sinais, de forma a desenvolver um plano de cuidados amplo, que colabore com a prevenção deste agravo. Transtornos e sofrimentos mentais

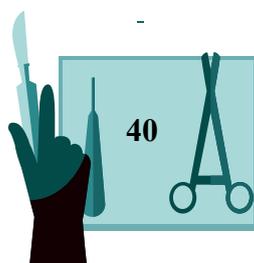


comumente se associam aos casos, devendo haver maior atenção a pacientes que apresentem condições como: depressão (todas as formas); transtorno de personalidade (antissocial e borderline com traços de impulsividade, agressividade e frequentes alterações do humor); alcoolismo (e/ou abuso de substância em adolescentes); esquizofrenia; e transtorno mental orgânico.

Outrossim, antes do ato suicida a pessoa em sofrimento pode apresentar sinais aos quais o profissional e família devem se atentar. Desânimo, recorrência em menção a morte, sinais depressivos como choro constante, desmotivação para atividades cotidianas, falta de apetite, entre outros, são indicativos de alerta. O profissional de saúde, em conjunto a rede de apoio do paciente deve elaborar plano de atenção voltado ao acompanhamento e oferta de suporte, de forma a buscar a resolutividade dos casos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2006).

Desta forma, conforme recomendado pela OMS, 2006, a realização de entrevista clínica, com observação de comportamentos, coleta de informação corroborante por parte dos familiares, avaliação de fatores de risco e de fatores situacionais, observação de ideação, dos planos e da intenção e razões para viver; assim como identificação da disponibilidade e qualidade do apoio da família e dos amigos, são ações que fazem parte do diagnóstico do problema e implementação do plano interventivo para melhora dos quadros e preservação da vida.

De acordo com a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) define-se suicídio como o “ato deliberado, executado pelo próprio indivíduo, cuja intenção seja a morte, de forma consciente e intencional, mesmo que ambivalente, usando um meio que ele acredita ser letal”. Por sua vez, a expressão “comportamento suicida” diz respeito à “ação de autoagressão, assim como variáveis relacionadas às tentativas de suicídio, com alta ou baixa letalidade, que ocorrem dentro de um contexto social e trazem elementos que indicam a procura de ajuda”. O comportamento suicida representa um foco de



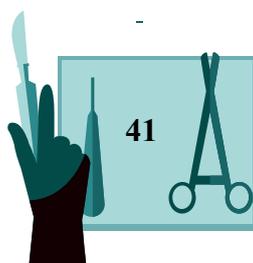
## *Debates Interdisciplinares em Saúde*

prevenção, haja vista que todos esses aspectos podem fazer parte do cotidiano de atendimentos em saúde, incluindo à Atenção Primária à Saúde (APS) (LINDEMAN et al., 2022).

O comportamento suicida tem sido um desafio para os profissionais que atuam nos serviços da APS. Indica-se que uma parcela expressiva das pessoas que cometeram suicídio ou a tentativa se consultou nesses serviços alguns meses antes de sua ocorrência. Dados da França e dos Estados Unidos apontam que 80% das pessoas com sintomas depressivos são tratadas na APS, o que representa 20% do total de atendimentos. (SANTOS et al., 2021).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (World Health Organization [WHO], 2019), o suicídio foi a segunda principal causa de morte na faixa etária entre 15 a 29 anos e a terceira para a faixa etária de 15 a 19 anos, em 2016. Estima-se que as tentativas de suicídio sejam de 10 a 20 vezes mais frequentes do que o suicídio completo e a tentativa prévia é o maior fator de risco para uma nova tentativa ou para o suicídio concretizado (WHO, 2014). Além das tentativas prévias, presença de transtorno mental, dificuldade de acesso a serviços de saúde mental, violência de gênero, traumas e abusos, doenças incapacitantes e dores crônicas também são fatores de risco para o suicídio (KIND; SANTOS, 2022).

Os altos índices de tentativas e de suicídios no Brasil configuram um desafio à saúde pública. Entre 2011 e 2015, houve registro de 55.649 suicídios, o que representa uma taxa média de 5,5/100.000 habitantes. (LINDEMANN et al., 2022). O Sistema Único de Saúde (SUS) abrange a Estratégia Saúde da Família (ESF), um programa que prioriza a atenção primária e visa solucionar o problema em sua essência. Para tal, quando há casos de ideação suicida, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), propõe ações distintas a partir da situação, sendo: atendimento longitudinal, integral, universal e equitativo em casos leves, moderados e graves aos demais equipamentos da RAPS (SANTOS et al., 2021).

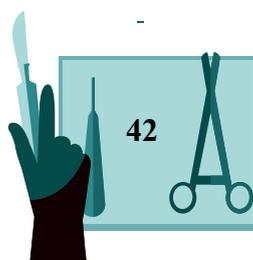


## *Debates Interdisciplinares em Saúde*

Estudos brasileiros não qualitativos realizados em hospitais brasileiros não psiquiátricos, constataram que a falta de capacitação profissional compromete a: identificação, acolhimento e encaminhamento adequado. (KIND; SANTOS, 2022). Em vista disso, diversos formatos de treinamento têm sido utilizados para capacitar os profissionais e estudantes distribuídos em serviços generalistas ou especializados, objetivando sanar esses problemas. (KIND; SANTOS, 2022). A questão é: esses treinamentos são efetivos ou apenas estão mascarando o problema ?

Entre os estudos, verifica-se, que os maiores níveis de conhecimento e de confiança por parte dos profissionais de saúde favorecem a dimensão atitudinal em torno do manejo do paciente com ideação suicida (KIND; SANTOS, 2022). Isto posto, o Brasil assumiu um passo importante ao formular leis que instituem a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, trazendo em seus objetivos: a garantia de atendimento psicossocial para as pessoas com histórico de ideação e tentativa de suicídio bem como de automutilação; a necessidade de articulação de diversos dispositivos da rede intersetorial para a concretização da prevenção do suicídio; e a necessidade de capacitação permanente para os profissionais e gestores da saúde (BRASIL, 2019). Com o fito de executar a Lei, o Ministério da Saúde (MS) em parceria com o Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos; Ministério da Educação; Associação Brasileira de Psiquiatria criaram a Cartilha para prevenção da automutilação e do suicídio, com orientações para os profissionais de saúde e educadores.

Vários são os fatores que predispõem ao suicídio e, mesmo que seja difícil mensurar as motivações individuais e se deva, acima de tudo, ser sensível às particularidades de cada caso, é importante atentar às situações mais frequentes. Os principais aspectos apontados pela literatura, incluem: transtornos mentais prévios, fatores sociodemográficos e psicológicos, dor e doenças crônicas. Diante disso, conhecer o problema e os aspectos envolvidos é uma das maneiras de preparar as equipes de



APS e de identificar as melhores formas de abordagem para contribuir com estratégias relacionadas à prevenção. (LINDEMANN et al., 2022). Para Cassorla (2017), os avanços científicos devem tentar buscar a compreensão do homem em seus aspectos socioculturais e psicológicos, sem cair em reducionismos.

## REFERÊNCIAS

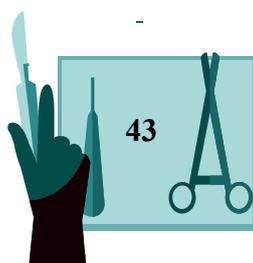
AGUIAR, Renata Aguilhera et al. Tentativa de suicídio: prevalência e fatores associados entre usuários da Atenção Primária à Saúde. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* [online]. 2022, v. 71, n. 2.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Prevenção do suicídio: um manual para profissionais da saúde em atenção primária*. 1ªed. Genebra, 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Prevenção do suicídio: um recurso para conselheiros*. 1ªed., Genebra, 2006.

SANTOS, Daniele Cristina Ribeiro dos. et al. Workshops for approaching suicidal behavior: implementation in Primary Health Care. *Revista Brasileira de Enfermagem* [online]. 2021, v. 74, suppl 3, e20200405.

SANTOS, Luciana Almeida e KIND, Luciana. Itinerários Terapêuticos Percorridos por Pessoas que Tentaram Suicídio. *Psicologia: Teoria e Pesquisa* [online]. 2022, v. 38 e38412.



Capítulo

6

**DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA:  
PREVENÇÃO E TRATAMENTO**

---



# DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA: PREVENÇÃO E TRATAMENTO

## PELVIC INFLAMMATORY DISEASE: PREVENTION AND TREATMENT

Maria Beatriz de Andrade Silva<sup>1</sup>

William Gomes da Silva<sup>2</sup>

Vânia Marília Lima Guida<sup>3</sup>

Jhennypher Simões de Souza Santos<sup>4</sup>

Milena Barbosa da Silva<sup>5</sup>

Nataly Soares da Silva<sup>6</sup>

Ana Eduarda de Araújo Torres<sup>7</sup>

**Resumo:** A Doença Inflamatória Pélvica (DIP) é uma das mais importantes infecções sexualmente transmissíveis, sendo na grande maioria das vezes uma das principais consequências das cervicites.

De acordo com o grau de complicação define-se o regime em ambulatorial, hospitalar ou cirúrgico.

---

1 Enfermeira. Pós-Graduada em urgência, emergência e Unidade de Terapia Intensiva.

2 Fisioterapeuta com especialização em saúde da mulher e fisioterapia neurológica adulto. Acadêmico do curso de medicina. Centro Universitário UNINORTE – Brasil

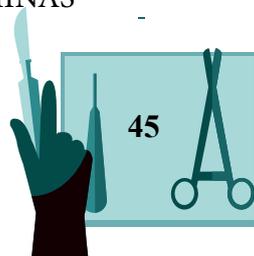
3 Graduação em Nutrição. Licenciatura Plena em Ciências. Especialização em Terapia Nutricional e Nutrição Clínica. Especialização em Desenvolvimento Sustentável na Amazônia com ênfase em EA. Mestranda do programa de pós-graduação em ensino tecnológico do IFAM.

4 Enfermeira. Pós-graduanda em Enfermagem do trabalho.

5 Enfermeira. Especialista em Saúde Pública pela UFPB/FIOCRUZ e Especialista em Auditoria pela CBPEX.

6 Enfermeira. Pós-graduanda em Docência em enfermagem pela FAVENI.

7 Graduada em Enfermagem. Pós-graduanda em Atenção Primária a Saúde com ênfase em saúde da família/ Docência do ensino superior e enfermagem/Enfermagem em Terapias Holísticas e complementares/Enfermagem em urgência e emergência e gestão nos serviços hospitalares e Gestão de saúde pública e privada pela FACUMINAS



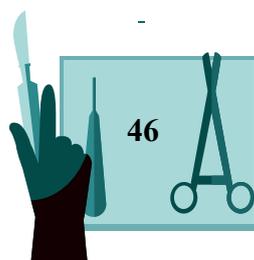
Além disso, o tratamento empírico, métodos preventivos e educativos devem abranger não apenas a paciente, como também eventuais parceiros. Este estudo teve como objetivo esclarecer informações e acrescer com os conhecimentos médicos através de bibliografias recentes acerca da temática da Doença Inflamatória Pélvica (DIP), abrangendo seus principais tópicos como manifestações clínicas, fatores de risco, bem como abordagem prognóstica e terapêutica.

**Palavras Chaves:** Infecções Sexuais; Saúde da Mulher; Assistência.

**Abstract:** Pelvic Inflammatory Disease (PID) is one of the most important sexually transmitted diseases, being in most cases one of the main consequences of cervicitis. According to the degree of complication, the regime is defined as outpatient, hospital or surgical. In addition, empirical treatment, preventive and educational methods should cover not only the patient, but also any partners. This study aimed to clarify information and add to medical knowledge through recent bibliographies on the subject of Pelvic Inflammatory Disease (PID), covering its main topics such as clinical manifestations, risk factors, as well as prognostic and therapeutic approach.

**Keywords:** Sexual Infections; Women's Health; Assistance.

A doença inflamatória pélvica (DIP) trata-se de uma das mais importantes infecções do trato genital feminino, tido por sexualmente transmissíveis, sendo denominada como uma síndrome clínica inflamatória. Essa infecção é consequente da ascensão de microrganismos do trato genital inferior (vagina e colo do útero) e havendo um deslocamento para trato genital superior, podendo ainda afetar

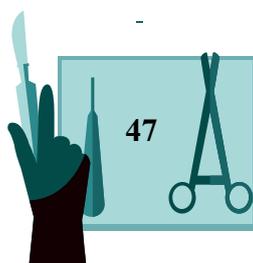


regiões como: endométrio, tubas, ovários, peritônio pélvico e estruturas próximas. (MENEZES et al., 2021; SCHEER et al., 2021).

Segundo SCHEER et al., 2021 é verificada uma maior associação desta doença em mulheres com múltiplos parceiros, idade inferior a 25 anos, história anterior de DIP, implantação de dispositivo intrauterino sem assepsia adequada e laqueadura tubária. Enquanto DA SILVA MAIA, et al. 2021 indica também alta frequência de coito; coito desprotegido; história anterior de infecção sexualmente transmissível, além de fatores socioeconômicos, condições de higiene, tratamento, fatores ambientais, comportamentais entre outros.

É notória a deficiência de dados epidemiológicos no Brasil acerca desse tema. Podendo isto, ser justificado devido a subnotificação, tal como, a precariedade no diagnóstico, fator este, que necessita de uma maior atenção devido suas complicações, no entanto, em 2020 foi coletado pelo ministério da saúde um total de 23.226 casos de internações por DIP no Brasil. Estudos revelam que esta doença pode acarretar em 20% o risco de infertilidade, aumentando em até 50% em mulheres que sofreram com episódio dessa infecção por mais de 3 vezes, além de gravidez ectópica em 9% dos casos e dor pélvica em 18%. (DA SILVA MAIA et al., 2021).

Por consequente, o diagnóstico da DIP é muitas vezes inviabilizado devido ao fato de que há uma extensa variação acerca dos sinais e sintomas e pela escassez de um método diagnóstico específico para casos leves e moderados, afora de casos assintomáticos. Porém, os métodos padrões-ouro utilizados nesses casos vão ser: presença de abscesso tubo-ovariano, endometrite e achados na laparoscopia. No caso de mulheres susceptíveis a doenças sexualmente transmissíveis pode começar a ser identificada a partir de dor pélvica ou abdominal inferior recente (menos de 30 dias), tendo também auxílio dos exames de hemograma, qualitativo de urina e cultura de material da cérvix para eliminar



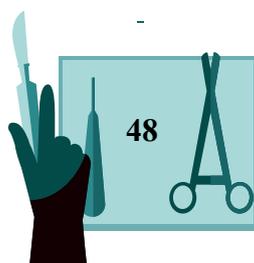
o diagnóstico de DIP (RABOLINI et al., 2021).

No que diz respeito ao tratamento, pode ser desempenhado em ambulatório ou hospital. Será inicialmente usada uma cobertura antimicrobiana empiricamente cobrindo CT, NG gram-positivos, gram-negativos e anaeróbios, levando sempre em consideração o fato importantíssimo de que caso este tratamento venha a atrasar-se em 2 a 3 dias é provável o aumento no risco de infertilidade. Ademais, os pacientes também devem ser vacinados contra outras DSTs (como HBV e HPV) (RABOLINI et al., 2021; CURRY et al., 2019).

Define-se Doença Inflamatória Pélvica (DIP), a síndrome clínica inflamatória e infecciosa decorrente da ascensão de microrganismos do trato genital inferior (vagina e colo do útero) para o trato genital superior, podendo comprometer endométrio, tubas, ovários, peritônio pélvico e estruturas adjacentes (MENEZES et al., 2020). A Doença Inflamatória Pélvica (DIP) é secundária à ascensão de bactérias de transmissão sexual ao trato genital feminino, especialmente *Chlamydia trachomatis* e *Neisseria gonorrhoeae*, mas também ser disseminada por bactérias aeróbias e anaeróbias provenientes da flora vaginal (HALBE; CUNHA, 2010).

A Doença Inflamatória Pélvica (DIP) é uma das mais importantes infecções sexualmente transmissíveis, sendo na grande maioria das vezes uma das principais consequências das cervicites (MENEZES et al., 2020). A maior prevalência é em mulheres sexualmente ativas entre 15-24 anos de idade. A morbidade é considerável porque, na vigência do tratamento, o bem-estar e a capacidade para o trabalho estão prejudicados, sendo a cura demorada (4-6 semanas), prolongando-se nos casos cirúrgicos (HALBE; CUNHA; DONALDO, 2010).

Sequencialmente Doença Inflamatória Pélvica (DIP) apresenta um quadro clínico muito variável, o sintoma mais comum é a dor abdominal baixa, podendo ou não estar associada à leucorréia,

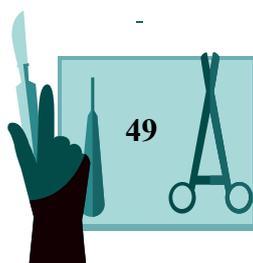


dispareunia, náuseas e vômitos, podendo apresentar temperatura entre 37,5° a 38,3°, secreção e sangramento vaginal anormal, massa pélvica (COSTA et al., 2017).

Diante disso, o diagnóstico clínico da Doença Inflamatória Pélvica (DIP), deve sempre ser considerado em mulheres sexualmente ativas com dor abdominal baixa ou dor pélvica, bem como, sangramento vaginal anormal. Sendo considerado diversos critérios sendo eles: critérios mínimos, de rotina e específicos, quando não seja diagnosticada precocemente pode agravar os sintomas como a formação de abscesso tubo-ovariano (QUINET et al., 2012).

Como método preventivo cogita-se evitar que práticas de higiene impropriadas, que podem ser uma condição contribuinte para a infecção vaginal, a higiene anal realizada do ânus até a vagina também é um fator contribuinte, onde os resíduos fecais na calcinha podem ser fonte de levedura. A redução local da imunidade mediada por células também é um fator de risco (SOARES et al., 2019).

O tratamento deve ser iniciado imediatamente, visando evitar complicações tardias como infertilidade, gravidez ectópica e dor pélvica crônica. (MENEZES et al, 2020 apud HILLIS; JOESSEF; MARCHBANKS; WASSERHEIT; CATES; WESTROM, 1993) O esquema de antibioticoterapia deve ser de amplo espectro para cobrir a flora polimicrobiana. De acordo com o grau de complicação define-se o regime em ambulatorial, hospitalar ou cirúrgico. Além disso, o tratamento empírico, métodos preventivos e educativos devem abranger não apenas a paciente, como também eventuais parceiros (SAVARIS et al., 2019). Este estudo teve como objetivo esclarecer informações e acrescer com os conhecimentos médicos através de bibliografias recentes acerca da temática da Doença Inflamatória Pélvica (DIP), abrangendo seus principais tópicos como manifestações clínicas, fatores de risco, bem como abordagem prognóstica e terapêutica.



**REFERÊNCIAS**

COSTA, J. V. L et al. (2017). Doença inflamatória pélvica/ pelvic inflammatory disease. 2017. 5 p. Artigo acadêmico — UNIFIA, Amparo, 6, 145.

CURRY, Amy; WILLIAMS, Tracy; PENNY, Melissa L. Doença inflamatória pélvica: diagnóstico, manejo e prevenção. *Médico de família americano*. v. 100, n. 6, pág. 357-364, 2019.

DA SILVA MAIA, Jesiane Rocha et al. Fatores que determinam o desenvolvimento da doença inflamatória pélvica. *DêCiência em Foco*, v. 5, n. 1, p. 77-89, 2021.

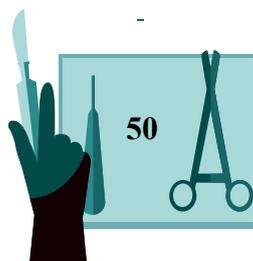
HALBE, Hans Wolfgang; CUNHA, DONALDO Cerci da. Doença inflamatória pélvica. *Diagn. Tratamento*, v. 15, n. 3, p. 106-109, 2010.

KRYZUY N. P., GARCEZ M. A., TASCA L. S., QUEIROZ I. S., SOBRINHO L. B., RODRIGUES C. C. Q., AMARIZ M. A. dos S. A., ARAÚJO Ícaro C. D., CARNEIRO Y. V., & MIURA F. K. (2021). Abordagem geral da Doença Inflamatória Pélvica (DIP): uma revisão narrativa. *Revista Eletrônica Acervo Médico*, 1(2), e9330. <https://doi.org/10.25248/reamed.e9330.2021>

MENEZES, Maria Luiza Bezerra et al. Protocolo brasileiro para infecções sexualmente transmissíveis 2020: doença inflamatória pélvica. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 30, p. e2020602, 2021.

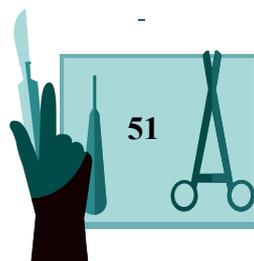
QUINET, B. B. et al. (2012). Doença inflamatória pélvica: atualização. *Rev. Med Minas Gerais*, 22(5), 50-54.

RABOLINI, Bruno Brasil et al. Doença inflamatória pélvica. Lubianca, Jaqueline Neves; Capp, Edison (org.). *Promoção e proteção da saúde da mulher*, ATM 2024/1. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina, 2021. p. 157-172., 2021.



SAVARIS RR, et al. Antibiotic therapy for pelvic inflammatory disease: an abridged version of a Cochrane systematic review and metaanalysis of randomized controlled trials. *Sex Transm.Infect*,2019; 95(1): 21-27

SCHEER, Isadora Oliveira et al. Abordagem da doença inflamatória pélvica: uma revisão de literatura. *Brazilian Journal of Health Review*, v. 4, n. 1, p. 169-187, 2021.



Capítulo

7

**PERÍODO NEONATAL: PRINCIPAIS  
PROBLEMAS EM SAÚDE**

---



## PERÍODO NEONATAL: PRINCIPAIS PROBLEMAS EM SAÚDE

### NEONATAL PERIOD: MAIN HEALTH PROBLEMS

Ana Emília Araújo de Oliveira<sup>1</sup>

Elayne Christina de Almeida Soares<sup>2</sup>

Maria Raquel Thomaz Tertuliano de Melo<sup>3</sup>

Natália Rodrigues da Silva<sup>4</sup>

Denise da Silva Carvalho<sup>5</sup>

Thallyta Dolores de Sousa Ferraz<sup>6</sup>

Mariles Bianca Santos da Silva<sup>7</sup>

William Gomes da Silva<sup>8</sup>

Milena Barbosa da Silva<sup>9</sup>

Nataly Soares da Silva<sup>10</sup>

---

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 Graduada em Enfermagem. Centro Universitário de João Pessoa - UNIPÊ.

3 Acadêmica de Medicina. Uniceplac – Brasília.

4 Bacharelado em Enfermagem pela Christus Faculdade do Piauí-CHRISFAPI. Pós-graduanda em Urgência e Emergência e UTI pela UniEducativa/Faculdade Ademar Rosado

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

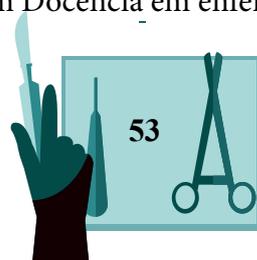
6 Enfermeira. Especialista em Obstetrícia e Neonatologia pela UNIFACISA. Especialista em Saúde Pública com ênfase em Saúde da Família pelo INESP. Pós-graduanda em Preceptoria Multiprofissional na área da Saúde pela Faculdade de Ciências da Saúde Moinhos do Vento

7 Enfermeira. Especialista em Saúde da criança do adolescente.

8 Fisioterapeuta com especialização em saúde da mulher e fisioterapia neurológica adulto. Acadêmico do curso de medicina. Centro Universitário UNINORTE – Brasil

9 Enfermeira. Especialista em Saúde Pública pela UFPB/FIOCRUZ e Especialista em Auditoria pela CBPEX.

10 Enfermeira. Pós-graduanda em Docência em enfermagem pela FAVENI.



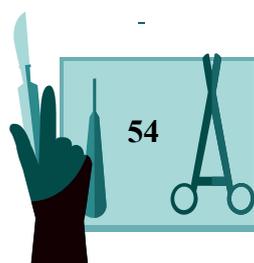
**Resumo:** Dentre as características biológicas da mortalidade neonatal, o baixo peso ao nascer e o nascimento pré-termo são considerados como fatores de risco. Continuamente, podemos listar alguns obstáculos relevantes, dentre eles: o acesso como na qualidade da atenção materno-infantil tais como: a falta de conexão entre os serviços de pré-natal e de assistência ao parto, problemas na organização dos serviços, carência e má distribuição de vagas e leitos obstétricos.

**Palavras chaves:** Neonatal; Saúde da Criança; Cuidado.

**Abstract:** Among the biological characteristics of neonatal mortality, low birth weight and preterm birth are considered risk factors. We can continuously list some relevant obstacles, among them: access and the quality of maternal and child care such as: the lack of connection between prenatal and childbirth care services, problems in the organization of services, shortages and poor distribution of vacancies and obstetric beds.

**Keywords:** Neonatal; Child Health; Caution

A mortalidade infantil é um importante indicador de saúde da população, é definido como o risco de um nascido vivo (NV) morrer antes de completar um ano de vida (UNICEF, 2008; BRASIL, 2009). O risco de morte neonatal culmina de uma combinação de fatores biológicos, sociais, culturais e de falhas do sistema de saúde. No Brasil estão relacionadas as principais causas de mortalidade

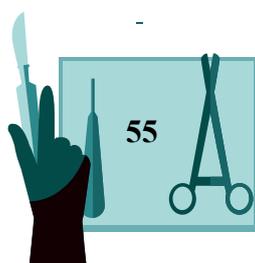


neonatal ao acesso e utilização dos serviços de saúde e à qualidade da assistência no pré-natal, no parto e ao recém-nascidos. Podemos elucidar que as afecções perinatais representam cerca de 80% das mortes neonatais (BRASIL, 2009).

Dentre as características biológicas da mortalidade neonatal, o baixo peso ao nascer e o nascimento pré-termo são considerados como fatores de risco (ORTIZ; OUSHIRO, 2008) (MARAN; UCHIMURA, 2008). Continuamente, podemos listar alguns obstáculos relevantes, dentre eles: o acesso como na qualidade da atenção materno-infantil tais como: a falta de conexão entre os serviços de pré-natal e de assistência ao parto, problemas na organização dos serviços, carência e má distribuição de vagas e leitos obstétricos (VIELLAS; DOMINGUES; DIAS; GAMA; THEME; COSTA et al., 2014). (CUNHA; D'EÇA; RIOS; PESTENA; MOCHEL; PAIVA, 2010).

A redução da mortalidade infantil no Brasil vem sendo significativa, todavia é necessário grande esforço para enfrentar as diferenças regionais encontradas, e alcançar resultados satisfatórios para esse problema (BRASIL, 2009). No Brasil, a mortalidade infantil apresentou uma importante redução nas duas últimas décadas, notadamente após a expansão da Estratégia Saúde da Família (MACINKO; GUANAIS; SOUZA, 2006).

Sendo assim a maior parte dos óbitos neonatais acontece no período neonatal precoce, (do nascimento ao 60 dia de vida) e cerca de um quarto dos óbitos ocorre no primeiro dia de vida, o que mostra uma estreita relação entre os óbitos infantis e a assistência ao parto e nascimento, que é predominantemente hospitalar no Brasil, com poucas exceções em algumas localidades (LANSKY et al., 2009). Nessa perspectiva, este estudo teve como objetivo identificar os fatores de risco individuais e contextuais da assistência à saúde, causas mais relevantes e na determinação da mortalidade infantil num aspecto geral.



## *Debates Interdisciplinares em Saúde*

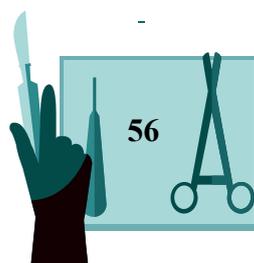
Seguindo-se como uma tendência mundial e nacional, a taxa de mortalidade infantil se mostra em declínio com o advento do século XXI. Este fator, que se relaciona com as melhores condições sanitárias e de saúde da atualidade, além do acesso a informação, possibilita desviar um pouco o foco científico, voltando-se para os aspectos neonatais.

O período neonatal é de extrema importância e atenção dentro dos cuidados de saúde. Os fatores de risco nesta fase se relacionam-se principalmente aos nascimentos de pré-termo, baixo peso ao nascer e presença de intercorrências na gestação e no parto (SCHOEPS et al., 2007). Desta forma, pacientes neonatos requerem maiores cuidados e constante avaliação, de forma a prevenir agravos, incluindo o óbito.

Como posto por Schoeps et al., 2007, nos últimos anos os estudos sobre a temática se ampliaram, sendo abordado com maior intensidade assim os riscos relacionados à problemática. Assim, como apontado em seu estudo, fatores biopsicossociais se relacionam ao nascimento pré-maturo e as condições neonatais desfavoráveis. Condições biológicas e genéticas também se apontam importantes dentro deste tocante.

Assim, o período neonatal, que corresponde aos primeiros 27 dias de vida, requer cuidados redobrados da equipe de saúde e família, de forma a promover a proteção do recém-nascido em relação aos condicionantes de vulnerabilidade biológicos, ambientais, sociais e culturais. Dessa forma, o cuidado integral dentro das redes de atenção em conjunto com a família é fundamental na prevenção de agravos relacionados a este período e manutenção da saúde e bom desenvolvimento da criança (PINHEIRO et al., 2014).

## **REFERÊNCIAS**



BRASIL, Ministério da Saúde (BR). Manual de Vigilância do óbito infantil e fetal e do Comitê de prevenção do óbito Infantil e fetal. Brasília. [Internet] 2009.

CUNHA SF, D'EÇA Júnior A, RIOS ATF, PESTANA AL, MOCHEL EG, PAIVA SS. Peregrinação no anteparto em São Luís - MA. *Cogitare Enferm.* 2010; 15:441-7

LANSKY, S. et al. A mortalidade Infantil: tendências da mortalidade neonatal e pós neonatal. In: BRASIL. Ministério da Saúde. 20 anos do SUS. Brasília, 2009. No prelo.

MACINKO J, GUANAIS FC, SOUZA MFM. An evaluation of impact of the family health program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. *J Epidemiol Community Health.* 2006;60(1):13-9

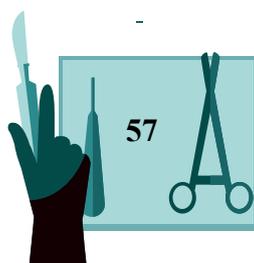
MARAN E, UCHIMURA TT. Mortalidade Neonatal: fatores de risco em um município no sul do Brasil. *Rev. eletrônica enfermagem.* [Internet] 2008;10(1).

ORTIZ LP, OUSHIRO DA. Perfil da mortalidade neonatal no Estado de São Paulo. *São Paulo em Perspec.* 2008;22(1):19-29

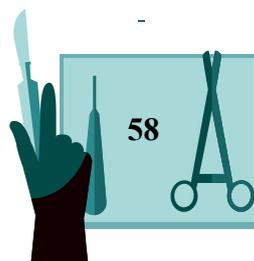
UNICEF. Situação Mundial da Infância. Nova Iorque; 2008

VIELLAS, EF, DOMINGUES RMSM, DIAS MAB, GAMA SGN, THEME Filha MM, COSTA JV, et al. Assistência pré-natal no Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2014; 30 Suppl:S85-100.

PINHEIRO, Josilene Maria Ferreira et al. Atenção à criança no período neonatal: avaliação do pacto de redução da mortalidade neonatal no Rio Grande do Norte, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2016, v. 21, n. 1 [Acessado 15 Janeiro 2023], pp. 243-252. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232015211.09912014>>. Epub Jan 2016.



SCHOEPS, Daniela et al. Fatores de risco para mortalidade neonatal precoce. Revista de Saúde Pública [online]. 2007, v. 41, n. 6 [Acessado 15 Janeiro 2023], pp. 1013-1022. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0034-89102007000600017>>. Epub 18 Abr 2008.



Capítulo



**ENVELHECIMENTO HUMANO: SAÚDE  
ATIVA**

---



# ENVELHECIMENTO HUMANO: SAÚDE ATIVA

## HUMAN AGING: ACTIVE HEALTH

Fabiana Michele de Araujo Pedro<sup>1</sup>

Ana Quitéria Fernandes Ferreira<sup>2</sup>

Eduarda Ellen Costa Vasconcelos<sup>3</sup>

Felipe Clementino Gomes<sup>4</sup>

Allan Victor Assis Eloy<sup>5</sup>

Maria Gabriella Lacerda Sales<sup>6</sup>

Ana Emília Araújo de Oliveira<sup>7</sup>

Elayne Christina de Almeida Soares<sup>8</sup>

Maria Beatriz de Andrade Silva<sup>9</sup>

Vânia Marília Lima Guida<sup>10</sup>

---

1 Bacharel em nutrição pela Uninassau de Campina Grande. Graduanda em enfermagem pelo Centro Universitário de João Pessoa. Técnica de enfermagem do Hospital Universitário Lauro Wanderley/ Ebserh. Pós-graduanda em Nutrição oncológica.

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

3 Enfermeira. Pós-graduada em Cuidados Paliativos. Centro Universitário de João Pessoa UNIPÊ

4 Enfermeiro Assistencial HULW/ Ebserh. Mestrando em Gerontologia UFPB. Especialista em Gestão em Saúde UFRN

5 Bacharel em Enfermagem. Universidade Federal de Campina Grande – UFCG. Especialização em Centro Cirúrgico/ CME/ URPA. Geriatria e Gerontologia. Pediatria e Neonatologia

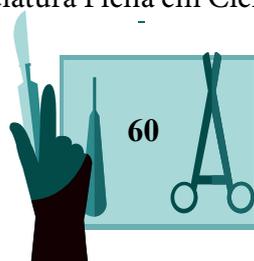
6 Bacharel em Fisioterapia. Faculdade Maurício de Nassau

7 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

8 Graduada em Enfermagem. Centro Universitário de João Pessoa - UNIPÊ.

9 Enfermeira. Pós-Graduada em urgência, emergência e Unidade de Terapia Intensiva.

10 Graduação em Nutrição. Licenciatura Plena em Ciências. Especialização em Terapia Nutricio-



## *Debates Interdisciplinares em Saúde*

Iracema Vitória Gomes Lins Paz<sup>11</sup>

Deise Coitinho Araújo<sup>12</sup>

Liliane Brandão de Melo<sup>13</sup>

Anna Raquel Cardoso de Oliveira<sup>14</sup>

Milena Barbosa da Silva<sup>15</sup>

Anne Carolinne Marie dos Santos Gomes<sup>16</sup>

**Resumo:** Conforme a população idosa vem crescendo, questiona-se a indigência de estabelecer uma qualidade de vida mais ativa e independente. Promovendo capacidades funcionais e aplicabilidade dos mecanismos para desenvolver as necessidades básicas individuais em convívio coletivo de forma mais saudável. A prevenção e controle de processos patológicos são pontos fundamentais no processo de envelhecimento. Quando estes se relacionam de forma orgânica com as demais dimensões da vida em sua integralidade, é possível se ter um parâmetro da qualidade de vida, conforme observa-se a satisfação das necessidades básicas e sentimento de realização.

**Palavras chaves:** Envelhecimento; Saúde; Prevenção.

---

nal e Nutrição Clínica. Especialização em Desenvolvimento Sustentável na Amazônia com ênfase em EA. Mestranda do programa de pós-graduação em ensino tecnológico do IFAM.

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

12 Enfermeira. Universidade Federal da Paraíba

13 Enfermeira, formada pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, UNIRIO.

14 Graduação em odontologia pela UNIPÊ. Especialização em Saúde Pública e Saúde da Família pela Faculdade Novo Horizonte.

15 Enfermeira. Especialista em Saúde Pública pela UFPB/FIOCRUZ e Especialista em Auditoria pela CBPEX.

16 Enfermeira. Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPB. Especialista em Urgência, Emergência e Unidade de Terapia Intensiva pelo CEFAPP



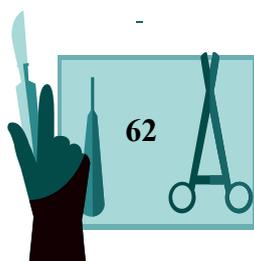
**Abstract:** As the elderly population grows, the indigence of establishing a more active and independent quality of life is questioned. Promoting functional capabilities and applicability of mechanisms to develop individual basic needs in collective living in a healthier way. The prevention and control of pathological processes are fundamental points in the aging process. When these are organically related to the other dimensions of life in its entirety, it is possible to have a parameter of quality of life, according to the satisfaction of basic needs and a feeling of accomplishment.

**Keywords:** Aging; Health; Prevention.

O Processo do envelhecimento é um processo fisiológico, morfológico, natural, mediante a decadência da funcionalidade vital do ser humano. Pertencente ao processo vital, após o constante envelhecimento celular, onde diariamente, ocorre a deterioração orgânica do indivíduo, sendo o estilo de vida no decorrer do tempo, um reflexo do sucesso ou não de um envelhecimento ativo (MELO et al., 2020).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), 2005, “Até 2025, o Brasil será o sexto país do mundo em número de idosos” [...] “existirá um total de aproximadamente 1,2 bilhões de pessoas com mais de 60 anos. Até 2050 haverá dois bilhões, sendo 80% nos países em desenvolvimento”. O aumento do número de idosos mudou completamente o perfil demográfico da população. Sendo a imagem da mudança na qualidade de vida das pessoas, onde o número de pessoas apresenta uma longevidade, devido as condições médicas assistenciais mais acessíveis (OMS, 2005).

Conforme a população idosa vem crescendo, questiona-se a indigência de estabelecer uma



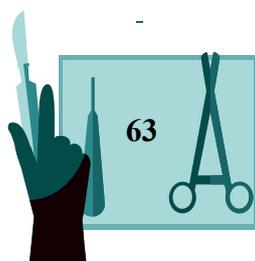
qualidade de vida mais ativa e independente. Promovendo capacidades funcionais e aplicabilidade dos mecanismos para desenvolver as necessidades básicas individuais em convívio coletivo de forma mais saudável (FORNER & ALVES, 2019; OMS, 2005).

Um estudo de revisão sistemática, realizado em 2019, foi possível identificar que alguns fatores são de extrema importância para um envelhecimento ativo. O desenvolvimento de atividades físicas, o contato familiar, os relacionamentos interpessoais, uma alimentação saudável, o uso correto de medicamentos, a participação em grupos de convivência, estimulação cognitiva e cuidados preventivos de saúde, são fatores prioritários para a garantia da saúde integral do idoso, mediante suas condições físicas pré-estabelecidas. (FORNER & ALVES, 2019).

O envelhecimento ativo integra não somente o bem estar ou acondicionamento físico, vital. Esse, também pode associar-se as condições sócio culturais onde o idoso está inserido. Mediante convívio familiar e comunidade, com aspectos culturais que estabelece sua afetividade. Proporcionando um aumento da satisfação e redução de estados depressivos e de solidão, visto o idoso ser visto e considerado historicamente um agente não funcional em uma sociedade (MENDES, 2020).

Com os adventos da globalização, o envelhecer se tornou um fenômeno mais amplo e com maiores facilidades. Os avanços na área de saúde, no acesso a informações, e dos mecanismos de cuidado individual possibilitaram o aumento significativo da expectativa de vida global (OMS, 2005). Assim, entender o processo de envelhecimento ativo e saudável se faz uma vertente necessária nos dias de hoje.

A longevidade encontra-se diretamente relacionada aos hábitos de vida e acessos de promoção de saúde imposto ao indivíduo. A forma como se envelhece varia de acordo com os contextos biopsicossociais na população. Desta forma, condições ambientais, demográficas, educacionais, de



renda, de alimentação, entre tantos outros, fazem parte do entendimento sobre a qualidade de vida e expectativa da pessoa idosa (ASSIS, 2005).

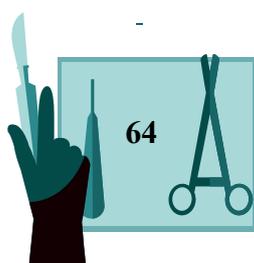
Além disso, como posto por Assis (2005), a prevenção e controle de processos patológicos são pontos fundamentais no processo de envelhecimento. Quando estes se relacionam de forma orgânica com as demais dimensões da vida em sua integralidade, é possível se ter um parâmetro da qualidade de vida, conforme observa-se a satisfação das necessidades básicas e sentimento de realização.

Posto isto, idosos que possuem acesso a saúde, boa qualidade nutricional, controle de condições crônicas, prática de exercícios físicos, lazer satisfatório, rede de suporte, com boa sociabilização, iram apresentar melhores índices em escalas de envelhecimento saudável. Com isso, alguns meios de manutenção de uma velhice ativa, que compreendem os cinco pilares do envelhecimento saudável são: Boa nutrição; atividade física; manutenção do peso; atitude positiva; e convívio social. Ficando evidenciado, desta forma, a correlação entre dispositivos de vida e longevidade do indivíduo.

Na última década, no Brasil, conforme o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2014) a população com mais de 60 anos cresceu mais de 47,8%, o que totaliza aproximadamente 11% da população em nosso país. E a projeção para 2025 é que o Brasil tenha por volta de 32 milhões de pessoas com 60 ou mais idade.

É preciso entender um pouco sobre a definição de envelhecer que segundo os autores Schneider; Irigaray (2008, p.586):

“O envelhecimento possui determinantes intrínsecos e extrínsecos, apresentando uma complexidade de variáveis relacionadas aos aspectos biológicos, psicológicos, intelectuais, sociais, econômicos e funcionais. Não é algo determinado pela idade cronológica, mas é consequência das experiências passadas, da forma como se vive e se administra a própria vida no presente e de expectativas futuras. É uma integração entre as vivências pessoais e o contexto social e cultural em determinada época” (SCHNEIDER; IRIGARAY, p. 586).



## *Debates Interdisciplinares em Saúde*

Para Ferrari (1999), ocorrem variações de indivíduo para indivíduo e os ritmos diferenciados do envelhecimento acabam diminuindo conforme as oportunidades ou a falta das mesmas na vida desta pessoa.

Segundo Nogueira et al. (2014), um dos fatores que acaba por influenciar o processo de envelhecimento é a nutrição, que devido a estudos vem ganhado papel de destaque, isso na promoção da qualidade de vida, quanto na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis. Dependendo do padrão alimentar adotado, o mesmo poderá retardar o envelhecimento, mas também promover um envelhecimento sadio, pois são diversas as mudanças fisiológicas e corporais que ocorrem nessa fase da vida.

Para tanto é necessário se ter uma alimentação adequada e saudável, que segundo o Guia Alimentar para a População Brasileira (2014), é um direito humano básico, onde a pessoa deve ter acesso garantido, permanente e regular, visando suprir suas necessidades individuais, sendo levados em conta os aspectos socioculturais, recursos financeiros, relação harmônica em quantidade e qualidade, variedade, sanitariamente segura, socialmente justa e ambientalmente sustentável.

### **REFERÊNCIAS**

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde. 2005.

FORNER, F.C., & ALVES, C.F. | Uma revisão de literatura sobre o envelhecimento ativo na atualidade. Revista Universo Psi. (1): 1, p. 150-174, 2019.

MELO, L.D., et al. Concepções de Idosos sobre as Políticas (Inter) Nacionais do Envelhecimento Humano. Disponível. Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social. vol. 8, núm. 4,



Outubre-Diciembre. 2020.

MENDES, J. Envelhecimento, qualidade de vida e bem estar. A Psicologia em suas Diversas Áreas de Atuação 3. Cap. 11, pág. 132-144. 2020.

DE ASSIS, Mônica. Aging Actively and Health promotion: a reflection on educational activities with the elderly. Revista APS, n. 1, p. 15–24, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. 1ªed. Brasília, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal Brasil. Ministério da Saúde lança Guia Alimentar para a População Brasileira. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.

FERRARI, Maria Auxiliadora Cursino. O envelhecer no Brasil. Mundo saúde (Impr.), p. 197-203, 1999.

LIMA-SILVA, T.B. et al. Atuação do gerontólogo em atividades no Programa de Universidade Aberta à Terceira Idade. Revista Temática Kairós Gerontologia, v.15, n.7, p.277-292, 2012.

NOGUEIRA, Ingrid Rochelle Rêgo; DE OLIVEIRA ALCÂNTARA, Adriana. Envelhecimento do homem: de qual velhice estamos falando?. Revista Kairós-Gerontologia, v. 17, n. 1, p. 263-282, 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas: 2013. Rio de Janeiro: IBGE; 2014.

SCHNEIDER, R. H.; IRIGARAY, T. Q. O envelhecimento na atualidade: Aspectos cronológicos, biológicos e sociais. Estudos de Psicologia, Campinas, ano 25, n. 4. 2008.



# *Excelência consultoria e mentoria*



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



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



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

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

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

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

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



e da língua estrangeira utilizada).

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

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

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



# Índice Remissivo



## **E**

### Envelhecimento

*página 60*

*página 62*

*página 63*

*página 64*

## **M**

### Mulher

*página 44*

*página 47*

*página 48*

*página 49*

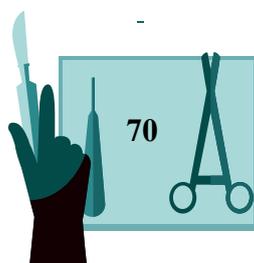
### Mortalidade

*página 40*

*página 54*

*página 55*

*página 56*



**P**

**Paciente**

*página 10*

*página 12*

*página 13*

*página 26*

**S**

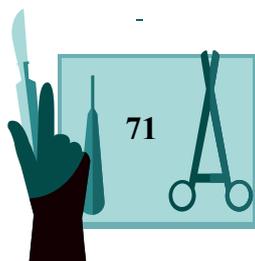
*Saúde*

*página 38*

*página 39*

*página 46*

*página 52*



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

