



Periodicojs
EDITORA ACADÊMICA

Experiências Coletivas no SUS

Volume 02





Periodicojs
EDITORA ACADÊMICA

Experiências Coletivas no SUS

Volume 02



Projeto Gráfico, editoração e capa

Editora Acadêmica Periodicojs

Idioma

Português

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Experiências coletivas no SUS [livro eletrônico] :
volume 02. -- 1. ed. -- João Pessoa, PB :
Periodicojs, 2024.
PDF

Vários autores.
Bibliografia.
ISBN 978-65-6010-057-2

1. Medicina e saúde 2. Saúde coletiva 3. Saúde
pública 4. Sistema Único de Saúde (Brasil).

24-190001

CDD-362.109

Índices para catálogo sistemático:

1. Saúde pública 362.109

Aline Grazielle Benitez - Bibliotecária - CRB-1/3129

Obra sem financiamento de órgão público ou privado

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

A obra é fruto de estudos e pesquisas da seção de Teses e Dissertações na América Latina da

Coleção de livros Estudos Avançados em Saúde e Natureza



Filipe Lins dos Santos
Presidente e Editor Sênior da Periodicojs

CNPJ: 39.865.437/0001-23

Rua Josias Lopes Braga, n. 437, Bancários, João Pessoa - PB - Brasil

website: www.periodicojs.com.br

instagram: [@periodicojs](https://www.instagram.com/periodicojs)

COMISSÃO CIENTÍFICA ORGANIZADORA E LISTA DE AUTORES PRINCIPAIS

NOME: Tamires Santos de Oliveira

GRADUAÇÃO: Enfermeira

TITULAÇÃO: Enfermeira Especialista em Enfermagem Obstétrica, na Unidade de Saúde da Mulher do HC-UFU-Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH)

E-MAIL: oliveira.tamires@ebserh.gov.br

NOME: Ericka Vilar Bôtto Targino

GRADUAÇÃO: Enfermagem

TÍTULO: Enfermeira na Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares-EBSERH (Hospital Lauro Wanderley -HULW).

E-MAIL: erickavilar@hotmail.com

NOME: Daniel Campelo Rodrigues

GRADUAÇÃO: Enfermagem

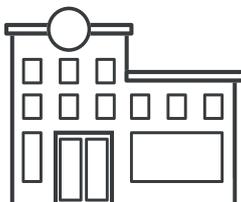
TÍTULO: Especialista em Programa de Saúde da Família; Enfermagem em Nefrologia; Enfermagem e Saúde da Mulher. Enfermeiro no Hospital das Clínicas de Uberlândia, EBSEH/HC-UFU.

E-MAIL: daniel.campelo@ebserh.gov.br

NOME: Maria Alexandra Fontinelle Pereira

GRADUAÇÃO: Enfermagem e Ciências Biológicas

Titulação: Enfermeira - Saúde da Mulher- Obstetrícia na Empresa Brasileira de Serviço Hospitalares - EBSEH. Hospital de Clínicas de Uberlândia HC-UFU.



E-mail: alexandrafontinelle@gmail.com

NOME: Adriana Ribeiro Oliveira

GRADUAÇÃO: Enfermagem

TITULAÇÃO: Enfermeira Assistencial da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH)/ Hospital Universitário Professor Edgar Santos(HUPES)/ Universidade Federal da Bahia(UFBA)

Especialista em Terapia Intensiva/ Pós graduada em Urgência, Emergência e UTi/Micropolítica de Gestão de Saúde Estadual/ Mestre em Medicina em Saúde pelo Programa de pós graduação de Medicina em Saúde(Ppgms) da UFBA. Atua na Unidade de Cuidados Intensivos Adulto do HUPES/ EBSERH/UFBA

E-MAIL: enfa.oliveira@gmail.com

NOME: Francielle Cristina Pereira Silveira

FORMAÇÃO: Enfermagem

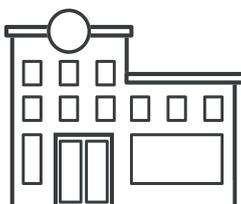
TITULAÇÃO: Enfermagem/ Pós graduação em Enfermagem Oncológica e Enfermagem do Trabalho. Enfermeira da oncologia no Hospital das Clínicas de Uberlândia na Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSERH

E-MAIL: franzinhaenfermagem@hotmail.com

NOME: Cecília Lucas Lopes

GRADUAÇÃO: Enfermagem

TÍTULO: Especialização em Enfermagem em Urgência e Emergência (Trauma e Terapia Intensiva) pela SOEBRAS - Associação Educativa do Brasil (2008-2010), aperfeiçoamento do Programa de Qualificação da Assistência Perinatal pela Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais (2014-2015), e, especialização em Enfermagem em UTI Pediátrica e Neonatal pela Faculdade Unyleya (2019-2020). Atualmente é Enfermeira do Hospital Santo Antônio da Fundação Taiobeiras



e Orientadora Educacional da Editora e Distribuidora Educacional S/A. Mestrado profissional em andamento em Enfermagem Assistencial. Universidade Federal Fluminense, UFF, Brasil.

E-MAIL: cecialucaslopes@gmail.com

NOME: Francisca Janiscléia Silva dos Santos

GRADUAÇÃO: Enfermagem

TITULAÇÃO: Especialista em Enfermagem obstétrica e ginecológica; Enfermeira Assistencial na Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) no HC-UFU.

E-MAIL: janycleia31@gmail.com

NOME: Virginia Grasielle Silva dos Santos

GRADUAÇÃO: Enfermagem - Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia

TITULAÇÃO: Enfermeira Obstétrica formada pelo Hospital Sofia Feldman. Mestranda do MPEA - UFF/ COREN MG. Enfermeira Obstétrica- Saúde da Mulher HC-UFU EBSERH. Universidade Federal de Uberlândia.

E-MAIL: viriniagrasieles@gmail.com

NOME: Maria Cristina de Moura-Ferreira

GRADUAÇÃO: Enfermagem e Obstetrícia

TÍTULO: Doutorado em enfermagem; Mestrado em enfermagem; Especialização em Ativação de Processos de Mudança na Formação Superior de Profissionais de Saúde; Especialização em Sexualidade Humana Contexto da Assistência à Saúde; Especialização em Enfermagem do Trabalho; Especialização em Administração Hospitalar e Habilitação em Licenciatura em Enfermagem. Docente Associado IV do Curso de Graduação em Enfermagem Bacharelado/ Licenciatura da Universidade Federal de Uberlândia – UFU.

E-MAIL: mcmferreira@yahoo.com.br



NOME: Jerssycca Paula dos Santos Nascimento

GRADUAÇÃO: Enfermagem

TÍTULO: Enfermeira - Saúde da Mulher - Obstetrícia na Empresa Brasileira de Serviço Hospitalares – EBSEH. Hospital de Clínicas de Uberlândia HC-UFU

E-MAIL: jerssycca@hotmail.com

NOME: Mariana Ferreira de Sousa Moreira Paiva

GRADUAÇÃO: Enfermagem

TÍTULO: Especialização em Enfermagem do Trabalho - UNIASSELVI (2007) e Especialização em Saúde Pública e da Família - INSTITUTO PASSO 1 (2013). Enfermeira assistencial pela EBSEH no HC-UFTM atuando no Setor de Ortopedia e Enfermeira Assistencial pela EBSEH no HC-UFU no Setor de Pronto Socorro de Ginecologia e Obstetrícia, atuando na função de Liderança até o presente momento.

E-MAIL: mariana.paiva@ebserh.gov.br

NOME: Alcina Patrícia de Oliveira

GRADUAÇÃO: Enfermagem

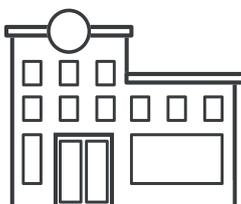
TÍTULO: Graduação em Enfermagem pela Escola Superior de Saúde de Arcoverde. Especialista em Enfermagem Obstétrica. Enfermeira assistencial do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes- HU/PAA - EBSEH.

E-MAIL: alcina.patricia@ebserh.gov.br

NOME: Laisa Moreira Santos

GRADUAÇÃO: Enfermagem

TÍTULO: Enfermeira - Saúde da Mulher - Obstetrícia na Empresa Brasileira de Serviço



Hospitalares – EBSEH. Hospital de Clínicas de Uberlândia HC-UFU

E-MAIL: laismoreira.lms@gmail.com

NOME: Milena Freire de Santana

GRADUAÇÃO: Enfermagem

TITULAÇÃO: Pós-graduação em Enfermagem do Trabalho; Pós-graduação em Obstetrícia; Pós-graduação em Urgência e Emergência; Especialização em Enfermagem na Saúde Pública com ênfase em Vigilância em Saúde; Enfermeira de saúde da mulher - obstetrícia na Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH do HC-UFU/ EBSEH.

E-MAIL: milena_freire_89@hotmail.com

NOME: Diana Nunes da Silva

GRADUAÇÃO: Enfermagem

TÍTULO: Enfermeira Especialista Em Saúde Pública; Enfermeira na Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH.

E-MAIL: diananunes_d@hotmail.com

NOME: Luanna Costa Pachêco de Souza

GRADUAÇÃO: Enfermagem

TÍTULO: Enfermeira na Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH-HU-UNIVASF.
Residência de Enfermagem em Urgência e Emergência – UNIVASF.

E-MAIL: luanna.souza@ebserh.gov.br

NOME: Annatércia Áurea da Cruz Ferreira Evaristo

GRADUAÇÃO: Enfermagem

TÍTULO: Enfermeira na Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH-HU-UNIVASF.



Especialista em Saúde Pública.

E-MAIL: annatercia.ferreira@ebserh.gov.br

NOME: Doralice Cândida Barbosa da Silva

GRADUAÇÃO: Enfermagem

TITULAÇÃO: Especialista em Urgência e Emergência pelo programa de Residência do Hospital Universitário de Petrolina. Especialista em Gestão e Saúde Pública. Especialista em Instrumentação Cirúrgica, centro Cirúrgico e Central de Material e Esterilização. Servidora Pública Federal da EBSEH. Enfermeira na Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH. E-MAIL: doracandidacruz@gmail.com

NOME: Renato Batista da Silva

GRADUAÇÃO: Enfermagem

TITULAÇÃO: Especialização em Cardiologia e Hemodinâmica. Enfermeiro na Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSEH)

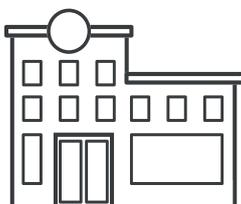
E-MAIL: renatosbr@hotmail.com

NOME: Adriana Meira Tiburtino Nepomuceno

GRADUAÇÃO: Enfermagem

TITULAÇÃO: Enfermeira na Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH no Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW). Especialização em Residência de Enfermagem em Infectologia pela Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas; Mestranda em Gerontologia pela UFPB.

E-MAIL: drimtl@hotmail.com



NOME: Renata Soares do Nascimento

GRADUAÇÃO: Enfermagem

TITULAÇÃO: Enfermeira na Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH. Especialização em preceptoria em saúde (UFRN).

E-MAIL: renata.soares@live.com

NOME: Cristina Maria Oliveira Martins Formiga

GRADUAÇÃO: Enfermagem

TITULAÇÃO: Graduação em Enfermagem. Especialização em enfermagem do trabalho. Enfermeira assistencial na Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH.

E-MAIL: tininhaformiga@hotmail.com

NOME: Izabel Cristina Queiroz Malizia

GRADUAÇÃO: Enfermagem

TITULAÇÃO: Enfermeira assistencial na Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH. HDT UFT.

E-MAIL: izabel.malizia@ebserh.gov.br

NOME: Klícia Andrade Alves

GRADUAÇÃO: Enfermeira

TITULAÇÃO: Enfermeira assistencial do Hospital Universitário Monsenhor João Batista de Carvalho Daltro - HUL/UFS – EBSEH. Especialização em Enfermagem Ginecológica e Obstétrica; Especialização em Gestão em Saúde Comunitária e da Família; Especialização em Enfermagem do Trabalho.

E-MAIL: klicia_andrade@hotmail.com



NOME: Ana Pedrina Freitas Mascarenhas

GRADUAÇÃO: Enfermagem

TÍTULO: Enfermeira especialista em Obstetrícia. Enfermeira na Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares-EBSERH.

E-MAIL: anapedrinajp@hotmail.com

NOME: Ellise Grazielle Mendonça Dantas

GRADUAÇÃO: Enfermagem

TÍTULO: Enfermeira do Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Júnior (HU- FURG-EBSERH). Especialista em neonatologia.

E-MAIL: ellise.dantas@ebserh.gov.br

NOME: Romildo Félix Dos Santos Junior

GRADUAÇÃO: Enfermeiro

TÍTULO: Especialista em: “Enfermagem e as patologias”; “Enfermagem e Doenças transmissíveis”; “Enfermagem e saúde”. Enfermeiro Assistencial na Empresa Brasileira de Serviços hospitalares (EBSERH).

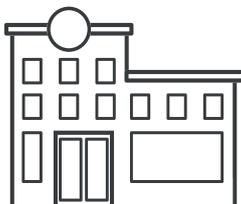
E-MAIL: romildo.santos@ebserh.gov.br

NOME: Larissa Gabriela de Souza Gomes

GRADUAÇÃO: Enfermagem

TÍTULO: Graduada em enfermagem UFPE-CAV. Enfermeira assistencial na Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares– EBSEH/ HC-UFU. Pós-graduada em enfermagem em saúde da mulher, ginecologia e obstetrícia. Pós-graduada em saúde coletiva, com ênfase em saúde da família.

E-MAIL: lariigabii17@gmail.com



NOME: Milene dos Santos Nascimento de Souza

GRADUAÇÃO: Enfermagem

TITULAÇÃO: Enfermeira especialista em enfermagem obstétrica, na Unidade de Saúde da Mulher do HC- UFU Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH).

E-MAIL: milenenascimento.enfa@hotmail.com

NOME: Márcia Alencar de Medeiros Pereira

GRADUAÇÃO: Enfermeira

TITULAÇÃO: Enfermeira EBSERH - Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC)

Especialização: Especialista em Oncologia e Saúde da Família

E-MAIL: marcia_ampalencar@hotmail.com

NOME: Ana Quitéria Fernandes Ferreira

GRADUAÇÃO: Enfermagem

TÍTULAÇÃO: Enfermeira. Graduada em Enfermagem (Estácio-RN), Especialização em Saúde da Família (Estácio-RN), Especialização em Auditoria em Saúde (UFRN) e Enfermagem em UTI (Don Alberto).

E-MAIL: aninhaquiteria86@hotmail.com

NOME: Ana Kalyne Ferreira Pinheiro

GRADUAÇÃO: Enfermagem

TITULAÇÃO: Graduada em enfermagem, Faculdade Santa Emília de Rodat.

E-MAIL: kalyne_ana@hotmail.com



NOME: Sérgio Ferreira Tannús

GRADUAÇÃO: Graduado em Enfermagem. Mestre em Saúde Ambiental e Saúde do trabalhador PPGAT pelo programa de pós-graduação da Universidade Federal de Uberlândia.

TITULAÇÃO: Mestrado

E-MAIL: sergiodez@hotmail.com

NOME: Neide Moreira de Souza

GRADUAÇÃO: Enfermagem

TÍTULO: Pós-graduação em UTI, com Ênfase em Urgência e Emergência (Instituto Passo 1, Uberlândia, MG/Brasil). Doutoranda em Saúde Pública (UCES/CABA/AR)

E-MAIL: neide.souzamoreira@hotmail.com

NOME: Marília Costa da Sila Melo

GRADUAÇÃO: Enfermagem

TÍTULO: Enfermeira pela EBSEH. Especialista em urgência e emergência e Unidade de Terapia Intensiva.

E-MAIL: mariliamelodan@gmail.com

NOME: Elizabeth Cristina Gomes Tomaz de Oliveira

GRADUAÇÃO: Enfermeira na Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares -EBSEH UFPB/HULW.

TÍTULO: Pós-graduada em Programa de Saúde da Família. Pós-graduada em Enfermagem Pediátrica e Neonatal. Pós-graduada em Enfermagem em UTI Pediátrica e Neonatal.

E-MAIL: elizabethomaz@gmail.com



NOME: Guedijany Henrique Pereira

GRADUAÇÃO: Enfermagem

TÍTULO: Mestre em saúde pública. Enfermeira assistencial pela EBSEH no Hospital Lauro Wanderley - HULW.

E-MAIL: guedijany@gmail.com

NOME: Maria Lúcia Fernandes de Carvalho Marques

GRADUAÇÃO: Enfermeira

TÍTULO: Especialista em Enfermagem Obstétrica- Enfermeira Saúde da Mulher HULW/ EBSEH.

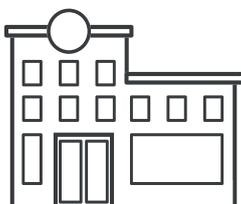
E-MAIL: lucinhafc@hotmail.com

NOME: Anaila de Araújo Oliveira

GRADUAÇÃO: Enfermeira

TÍTULO: Pós-Graduada em Enfermagem Obstétrica e Saúde da Família. Enfermeira assistencial pela EBSEH – HCUFU.

E-MAIL: anaila.oliveira@ebserh.gov.br



Prefácio



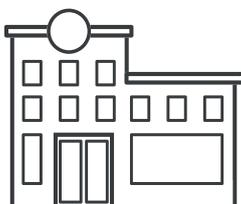
A publicação desse livro junto a Editora Acadêmica Periodicojs se encaixa no perfil de produção científica produzida pela editora que busca valorizar diversos pesquisadores por meio da publicação completa de suas pesquisas. A obra está sendo publicada na seção Tese e Dissertação da América Latina.

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

Essa obra organizada é fundamental, porque pauta a discussão de forma interdisciplinar e empírica sobre o tema da saúde coletiva, permitindo um aprofundamento e debate fundamentado sobre melhorias a serem feitas para a qualidade de vida da comunidade.

Filipe Lins dos Santos

Editor Sênior da Editora Acadêmica Periodicojs



Sumário



Capítulo 1

LESÕES TUMORAIS NA MAMA E O CUIDADO EM SAÚDE DA MULHER

18

Capítulo 2

GESTÃO DO CUIDADO PARA PESSOAS COM DOENÇAS CRÔNICA

30

Capítulo 3

QUALIDADE DE VIDA EM PESSOAS COM FERIDAS COMPLEXAS

40

Capítulo 4

INDICADORES DE SAÚDE DA CRIANÇA: CUIDADO E EPIDEMIOLOGIA

51

Capítulo 5

ACOLHIMENTO E CUIDADO COM A SAÚDE DA MULHER NO PUÉRPERIO

59

16



Capítulo 6

CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NOS SERVIÇOS DE ALTA COMPLEXIDADE

73

Capítulo 7

POTENCIALIDADES DA ATENÇÃO BÁSICA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

83

Capítulo 8

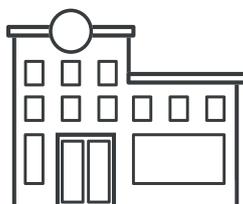
PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE COLETIVA

90

Capítulo 9

EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO ESTRATÉGIA DE ENSINO E CUIDADO PARA
ADOLESCENTES

101



Capítulo 1

LESÕES TUMORAIS NA MAMA E O CUIDADO EM SAÚDE DA MULHER



LESÕES TUMORAIS NA MAMA E O CUIDADO EM SAÚDE DA MULHER

TUMOR LESIONS IN THE BREAST AND WOMEN'S HEALTH CARE

Francisca Janisceleia Silva dos Santos¹

Virginia Grasielle Silva dos Santos²

Jerssycca Paula dos Santos Nascimento³

Mariana Ferreira de Sousa Moreira Paiva⁴

Alcina Patrícia de Oliveira⁵

Francielle Cristina Pereira Silveira⁶

Laisa Moreira Santos⁷

Maria Alexandra Fontinelle Pereira⁸

Ediane da Silva⁹

1 Especialista em Enfermagem obstétrica e ginecológica; Enfermeira Assistencial na Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) no HC-UFU.

2 Enfermeira Obstétrica formada pelo Hospital Sofia Feldman. Mestranda do MPEA - UFF/ COREN MG. Enfermeira Obstétrica- Saúde da Mulher HC-UFU EBSEH. Universidade Federal de Uberlândia.

3 Enfermeira - Saúde da Mulher - Obstetrícia na Empresa Brasileira de Serviço Hospitalares – EBSEH. Hospital de Clínicas de Uberlândia HC-UFU

4 Especialização em Enfermagem do Trabalho - UNIASSELVI (2007) e Especialização em Saúde Pública e da Família - INSTITUTO PASSO 1 (2013). Enfermeira assistencial pela EBSEH no HC-UFTM atuando no Setor de Ortopedia e Enfermeira Assistencial pela EBSEH no HC-UFU no Setor de Pronto Socorro de Ginecologia e Obstetrícia, atuando na função de Liderança até o presente momento.

5 Graduação em Enfermagem pela Escola Superior de Saúde de Arcoverde. Especialista em Enfermagem Obstétrica. Enfermeira assistencial do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes- HU/PAA - EBSEH.

6 Pós-graduação em Enfermagem Oncologia. Enfermeira assistencial na EBSEH.

7 Enfermeira - Saúde da Mulher - Obstetrícia na Empresa Brasileira de Serviço Hospitalares – EBSEH. Hospital de Clínicas de Uberlândia HC-UFU

8 Enfermeira na Empresa Brasileira de Serviço Hospitalares – EBSEH. Hospital de Clínicas de Uberlândia HC-UFU.

9 Mestrado Profissional em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador, Especialização em Enfer-



Milena Freire de Santana¹⁰

Diana Nunes da Silva¹¹

Resumo: As lesões tumorais na mama referem-se a qualquer anormalidade no tecido mamário que pode indicar a presença de um tumor, que pode ser benigno ou maligno. A detecção precoce é crucial para o tratamento bem-sucedido. Mamografias regulares, autoexames e consultas médicas são essenciais para monitorar a saúde mamária e identificar precocemente quaisquer alterações suspeitas. Mulheres com histórico familiar de câncer de mama ou outros fatores de risco podem precisar de cuidados adicionais e rastreamento mais frequente. O diagnóstico e o tratamento devem ser conduzidos por profissionais de saúde especializados em oncologia mamária.

Palavras chaves: Tumor; Câncer de Mama; Lesão.

Abstract: Tumor lesions in the breast refer to any abnormality in the breast tissue that may indicate the presence of a tumor, which may be benign or malignant. Early detection is crucial for successful treatment. Regular mammograms, self-exams and doctor visits are essential for monitoring breast health and identifying any suspicious changes early. Women with a family history of breast cancer or other risk factors may need additional care and more frequent screening. Diagnosis and treatment must be carried out by healthcare professionals specialized in breast oncology.

Keywords: Tumor; Breast cancer; Lesion.

magem Gerencial Especialização em Pós-graduação em Direito Público em Direito Sanitário. Faculdade Integrada

10 Pós-graduação em Enfermagem do Trabalho; Pós-graduação em Obstetrícia; Pós-graduação em Urgência e Emergência; Especialização em Enfermagem na Saúde Pública com ênfase em Vigilância em Saúde; Enfermeira de saúde da mulher - obstetrícia na Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH do HC-UFU/ EBSEH.

11 Enfermeira Especialista Em Saúde Pública; Enfermeira na Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH.



INTRODUÇÃO

As feridas ou lesões tumorais ocorrem quando há uma infiltração de células malignas do próprio tumor nas estruturas da pele. A oncogênese desencadeia a proliferação descontrolada dessas células levando a ruptura da integridade da pele e ocasionando as lesões exofíticas. (INCA, 2009). Essas lesões crescem de maneira anormal e desordenada, desencadeando em seu leito uma massa tumoral necrótica a qual irá sofrer contaminação por micro-organismos aeróbicos e anaeróbicos. Após a metabolização desses micro-organismos, ácidos voláteis e gases são produzidos como produto, caracterizando o odor fétido das lesões tumorais.

A ferida tumoral perpassa por estadiamento e o conhecimento deste é mandatório para que o enfermeiro dispense ao cliente uma assistência segura e de qualidade. O estadiamento dessas lesões inicia-se com pele íntegra, porém com nódulo visível e delimitado, chegando a fase mais avançada onde a ferida invade estruturas adjacentes profundas, ocasionalmente apresentando grande exsudação, dor e odor fétido.

Para que o cuidado da lesão ocorra, far-se-á necessário uma avaliação dela, devendo observar algumas características, tais como: localização, tamanho, configuração, extensão, área envolvida, coloração, odor, sinais flogísticos, descamação, prurido, sangramento e dor. Essa avaliação criteriosa subsidiará a escolha da cobertura a ser utilizada.

Os fatores de risco relacionados à vida reprodutiva da mulher (menarca precoce, nuliparidade, idade da primeira gestação a termo acima dos 30 anos, anticoncepcionais orais, menopausa tardia e terapia de reposição hormonal) estão diretamente relacionados ao desenvolvimento do câncer de mama. Além desses, a idade segue sendo um dos mais importantes fatores de risco (SARTORI; BASSO, 2019). Sendo assim, a prevenção primária está diretamente ligada ao controle dos destes fatores de risco e ao diagnóstico precoce através do rastreamento em pacientes com sinais e sintomas da doença (COSTA, 2021).



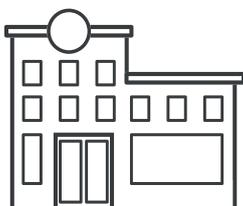
Entre os tipos de câncer, o de mama apresenta classificações que diferenciam seus aspectos celulares e a proliferação. Deste modo, o tumor benigno é descrito como uma neoplasia de proliferação lenta e células diferenciadas, enquanto o maligno é metastático, de proliferação abrupta e apresenta células indiferenciadas (COSTA et al., 2021).

Nesse cenário, é fundamental o planejamento de estratégias de controle do câncer de mama por meio da detecção precoce. Pois a probabilidade de cura é maior quando um tumor invasivo é detectado precocemente e o tratamento é iniciado. Por essa razão, várias ações vêm sendo implementadas para diagnosticar o câncer nos estágios iniciais. Entretanto, o câncer de mama é considerado uma doença de comportamento dinâmico, em constante transformação, devido sua individualização orgânica e da extrema heterogeneidade tumoral associada à presença de fatores de risco conhecidos e não conhecidos (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2019).

Devido seus efeitos psicológicos, os quais afetam a percepção da sexualidade e a própria imagem pessoal, o câncer de mama tem sido considerado o mais temido entre as mulheres. Em consequência disso, é observado um forte impacto psicossocial, com prejuízo na qualidade de vida, expondo a mulher a uma situação de vulnerabilidade gerada pela doença (COSTA et al., 2021).

O câncer de mama deve ser abordado por uma equipe multidisciplinar visando o tratamento integral da paciente. As modalidades terapêuticas disponíveis atualmente são a cirúrgica e a radioterápica para o tratamento locorregional, e a hormonioterapia e a quimioterapia para o tratamento sistêmico (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2015).

A enfermagem presta o cuidado de forma integral ao paciente, levando em consideração seus aspectos biopsicossociais, ou seja, deve acolher o paciente/família; identificar as necessidades educacionais vigentes e trabalhar a educação em saúde; tratar a lesão estabelecendo a prescrição e as coberturas utilizadas na prevenção e cuidado com as lesões e de acordo com protocolos institucionais; realizar sua troca e avaliação frequente; avaliar nível de dor através da utilização de escalas apropriadas; coordenar e supervisionar a equipe de enfermagem a qual é responsável tanto na prevenção quanto no cuidados com essas lesões; registrar as avaliações e assistência prestada; dentre outros



cuidados. (INCA, 2009; COFEN,2016).

A uniformização das condutas frente às pacientes portadoras de lesões tumorais nas mamas torna-se crucial para sistematizar o cuidado de enfermagem, qualificando a assistência e proporcionando ao enfermeiro um embasamento científico categórico para a adoção de um cuidado com maior segurança técnica-científica.

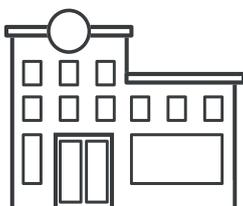
DESENVOLVIMENTO

O câncer (CA) de mama é o quarto mais comum no Brasil, representando 15% do total dos casos de câncer no país estimados para o biênio 2018/2019 (INCA, 2018). Esse tipo de CA acomete majoritariamente mulheres, sendo o tipo mais comum nessa população, excetuando-se os tumores de pele não melanoma. Ainda, é o principal causador de morte por CA na população feminina (INCA, 2018). No Brasil, em 2019, estima-se que houve cerca de 59.700 mil novos casos de câncer de mama, com aproximadamente 51 casos para cada 100 mil mulheres (INCA, 2018).

Define-se neoplasia como o crescimento celular em que ocorre alteração permanente e hereditária nas células de maneira errônea. A proliferação celular anormal excessiva, intencional e não autônoma, que continua indefinidamente devido os efeitos da neoplasia em crescimento gera o tumor (RODASKI & PIEKARS 2009).

O câncer de mama assim como outros tipos de neoplasias, podem ser detectados nas fases iniciais, segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA, 2021). Os casos que têm diagnóstico precoce, aumentam as possibilidades de tratamentos menos invasivos e com taxas de sucesso aceitáveis. Para contribuir com essa detecção inicial, o Ministério da Saúde, recomenda a realização da mamografia de rastreamento, exame utilizado quando não há sinais e sintomas suspeitos, para as mulheres entre 50 e 69 anos, faixa etária configurada como grupo de risco e com maior porcentagem de casos, devendo ser realizada nesse a cada dois anos (INCA, 2021).

Quando a mulher apresenta os primeiros sinais e sintomas é necessário fazer uma investiga-



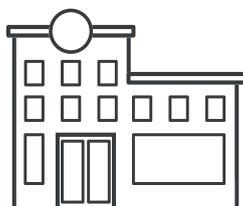
ção mais apurada, através de exames de imagem, com a ultrassonografia, ressonância magnética entre outros. Porém só pode ser confirmado o diagnóstico através da biópsia, que consiste na retirada de um fragmento do nódulo ou lesão suspeita por meio de punções e ou pequenas cirurgias. Esse material retirado da mama é analisado pelo patologista para a definição diagnóstica (INCA, 2021).

Para as mulheres acometidas por essas feridas provocadas pelo câncer de mama, o controle desses sintomas é de grande importância, sobretudo porque a paciente apresenta, além da angústia física e psicológica relacionadas ao diagnóstico, ela também mergulha no isolamento social, sente a imagem corporal prejudicada, tem a sensação de enojamento de si e acanhamento causados pela presença dessas lesões. Portanto, se faz necessário de forma premente o cuidado da equipe de enfermagem ajustado nos achados clínicos (GOZZO et al., 2014).

A QV tem sido uma grande preocupação dos profissionais da saúde, para além do tempo de sobrevivência livre da doença. Nesse contexto, os avanços das técnicas de cirurgia oncoplastica permitem a reconstrução imediata da mama após a realização da mastectomia, melhorando a integridade física e psicológica das pacientes sem comprometer a segurança oncológica (INOCENTI et al., 2016).

A reconstrução mamária imediata com expansores ou implantes de silicone tem se tornado a opção preferencial para médicos e pacientes, pela sua simplicidade, menor tempo cirúrgico total, cicatriz mínima e resultados estéticos imediatos (ATIYEH; ABBAS; COSTAGLIOLA, 2012). Considerando a diversidade de alterações que implicam em mudanças físicas, emocionais e sociais, refletindo no cotidiano do sobrevivente, é essencial atuar no controle e mitigação dos efeitos adversos, tendo como recursos, por exemplo, um plano de cuidados individualizado para a sobrevivência (ATIYEH; ABBAS; COSTAGLIOLA, 2012).

As feridas tumorais se formam por infiltração de células malignas de tumores nas estruturas da pele. Ocorre uma quebra da integridade tegumentar, induzindo à formação de ferida evolutivamente exótica. Isso acontece em consequência da proliferação celular desordenada, provocada pelo processo de oncogênese (INCA 2009). A lesão oncológica é decorrente de tecidos desvitalizados e de infecção ocasionada por microrganismos anaeróbios no leito da ferida. Este é o responsável pelo



sofrimento do doente, em decorrência de constrangimento e isolamento social que acomete o paciente (RODRIGUES et al., 2021).

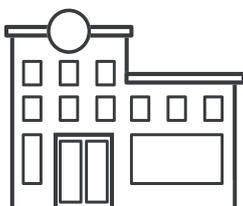
O tratamento de câncer de mama, é oferecido pelo Sistema Único de Saúde (SUS), este oferece todas as modalidades de cirurgia, como mastectomia, cirurgia conservadora, reconstrução da mama e também, radioterapia, quimioterapia, tratamento com anticorpos e hormonioterapia (OMS, 2012). A Lei nº 12.732/2012, institui que o paciente com neoplasia maligna tem direito de iniciar seu tratamento no SUS, no prazo de até 60 dias a partir da confirmação do diagnóstico em laudo patológico ou em menor prazo, conforme seja necessário. O câncer de mama pode ser detectado na fase inicial, em boa parte dos casos, alargando assim as chances de tratamento e cura (OMS, 2012).

Desta forma, a equipe multiprofissional deve comprometer-se a acolher o paciente com feridas neoplásicas, decorrentes do câncer de mama. Nessa circunstância, o enfermeiro é responsável em avaliar o paciente e a lesão, bem como fazer os curativos apropriados, acompanhando-o até o final do tratamento. Portanto, é essencial que o profissional enfermeiro tenha habilidade e conhecimento dos produtos, substâncias, coberturas e medicamentos mais indicados para controle de sinais e sintomas, e a realidade econômica do paciente e de seus familiares e assim, melhor assisti-lo (BRITO, 2018).

É evidente, que a presença de feridas tumorais impactam na autoestima do paciente, podendo desencadear sentimento negativos como a, solidão, desanimo, raiva e conseqüentemente, isolamento social. Assim, é importante que família participe do cuidado do paciente e que estes, recebam apoio psicológico, e emocional de toda equipe multiprofissional (RODRIGUES et al., 2021).

Nesta feita, o diagnóstico precoce do câncer de mama desempenha um papel fundamental na melhoria do prognóstico e na eficácia do tratamento, sendo uma medida crucial para reduzir a morbidade e a mortalidade associadas a essa doença no Brasil, pois permite a identificação da doença em estágios iniciais, quando as opções de tratamento são mais eficazes (INCA, 2004).

O diagnóstico precoce não se limita apenas à disponibilidade de exames, mas também à conscientização da população sobre a importância da detecção precoce e do autocuidado. Campanhas educativas podem promover a procura por serviços de saúde e a realização de exames preventivos,



aliado a aumento da oferta de mamografias regulares em mulheres da faixa etária considerada de risco (INCA, 2004).

Todavia, os avanços são notáveis, refletindo o comprometimento da comunidade médica e científica em melhorar as opções terapêuticas. Estes, abrangem diversas áreas, desde o diagnóstico precoce até terapias inovadoras, oferecendo uma abordagem mais personalizada e eficaz para pacientes com câncer de mama, podemos citar inovações em relação a tecnologia de mamografia tridimensional que permite uma detecção mais precisa de lesões mamárias, assim como a identificação de biomarcadores específicos no sangue ou tecido mamário; a terapia genética; a imunoterapia, dentre outros, cujo objetivo é auxiliar na detecção precoce e possibilitar um tratamento mais eficaz (MINISTÉRIO DE SAÚDE, 2014)

Apesar dos esforços em relação com diagnóstico e tratamento, o cuidado prestado a essas mulheres deve ser levado a sério, pois a assistência é um aspecto crucial no cuidado de saúde, já que não se trata apenas da gestão da doença, mas também do bem-estar emocional e psicológico do paciente.

CONCLUSÃO

Conclui-se, que apesar da conscientização da população por meio de abordagens como a do Outubro Rosa, e dos investimentos em pesquisa e divulgação científica, permanecem altas a incidência e a mortalidade decorrente de câncer de mama em mulheres brasileiras, sendo as Regiões Sul e Sudeste as que apresentam as maiores taxas de mortalidade do país (NARDINO et al., 2023).

Tem-se evidenciado que quanto mais precoce é feita a descoberta das neoplasias de mama, mais elevadas se tornam as chances de cura. Quando os indivíduos recebem diagnóstico de câncer, é notável a ocorrência da sensibilização psicológica, tornando necessário identificar as repercussões e proporcionar o cuidado integral ao paciente oncológico e seus familiares (SANTOS et



al., 2022).

REFERÊNCIAS

ATIYEH, B.S; BBAS, J; COSTAGLIOLA, M. Barreira cutânea para reconstrução mamária com prótese. Rev Bras Cir Plást. 2012;27(4):630-5. doi:10.1590/S1983-51752012000400028

BRASIL. Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Câncer (INCA) Tratamento e controle de feridas tumorais e úlceras por pressão no câncer avançado série cuidados paliativos - Rio de Janeiro - RJ 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA). Controle do câncer de mama: documento de consenso [texto na Internet]. Brasília; 2004..

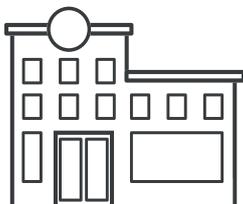
BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas em Oncologia/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde – Brasília : Ministério da Saúde, 2014. XXX p. : il.

BRASIL. Ministério da Saúde. Tratamento e controle de feridas tumorais e úlceras por pressão no câncer avançado. Rio de Janeiro, 2009. 11 p.

BRITO, D.T.F. et al. Feridas neoplásicas em pacientes com câncer de mama, 2018.

CAMPOS, Maria Genilde das Chagas Araújo, et al. Feridas complexas e estomias: aspectos preventivos e manejo clínico. João Pessoa: ed. Ideia, 2016. 398 p.

COSTA L. S. et al. Fatores de risco relacionados ao câncer de mama e a importância da detecção precoce para a saúde da mulher. Revista Eletrônica Acervo Científico, 31, e8174, 2021.



GOZZO, T.O. et al. Ocorrência e manejo de feridas neoplásicas em mulheres com câncer de mama avançado. Esc Anna Nery [Internet]. 2014 [citado 2021 Ago 18];18(2):270-76.

INCA, I. N. de C. J. A. G. da S. Estimativa 2018: Incidência de câncer no Brasil. (Coordenação-Geral de Prevenção e Vigilância, Ed.). Rio de Janeiro: Ministério da Saúde e Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), 2018.

INCA. Instituto Nacional do Câncer (BR) [Internet]. [citado 2021 Ago 12]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-mama>.

INCA. Instituto Nacional do Câncer (BR). Abordagens Básicas para o Controle do Câncer [Internet]. 6. rev. atual. Rio de Janeiro: INCA; 2021.

INOCENTI A et al. Repercussão dos efeitos da cirurgia reconstrutora na vida de mulheres com neoplasias da mama. Texto Contexto Enferm. 2016;25(2):e4520014.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). A situação do câncer de mama no Brasil: síntese de dados dos sistemas de informação. Rio de Janeiro: INCA, 2019, pag 13.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2015.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). Estimativa 2023: incidência do Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2022.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Estimativa 2023: incidência do Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2019.

NARDINO, F.; SANTOS, A. T. C. dos; LIMA, F. L. T. de. Análise das Campanhas de Conscientização



sobre o Câncer por meio do Google Trends: Revisão Integrativa da Literatura. Revista Brasileira de Cancerologia, [S. l.], v. 69, n. 4, p. e-014275, 2023. DOI: 10.32635/2176-9745.RBC.2023v69n4.4275.

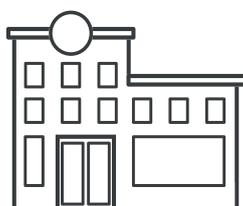
RODASKI S. & PIEKARS C.H. Biologia do câncer, p.24-49. In: Daleck C.R., De Nardi A.B. & Rodaski S. (Eds), Oncologia em Cães e Gatos. Roca, São Paulo, 2009.

RODRIGUES, C.R et al. Percepções e manejo do enfermeiro no cuidado ao paciente com ferida oncológica: revisão integrativa. 2021.

SANTOS, I. C. dos; NUNES, G. A.; ANJOS, A. C. Y. dos; SCALIA, L. A. M.; CUNHA, N. F. Religiosidade e Esperança no Enfrentamento do Câncer de Mama: Mulheres em Quimioterapia. Revista Brasileira de Cancerologia, [S. l.], v. 68, n. 3, p. e-172491, 2022. DOI: 10.32635/2176-9745.RBC.2022v68n3.2491.

SARTORI, Ana Clara N. ; BASSO, Caroline S. Câncer de mama: uma breve revisão de literatura, Revista Perspectiva, Erechim. v. 43, n.161, p. 07-13, março/2019,

SOARES, CJ dos S. et al. Relevância das medidas preventivas para o diagnóstico precoce do câncer de mama. Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento , [S. l.] , v. 7, pág. e28311730003, 2022. DOI: 10.33448/rsd-v11i7.30003.



Capítulo 2

GESTÃO DO CUIDADO PARA PESSOAS COM DOENÇAS CRÔNICA



GESTÃO DO CUIDADO PARA PESSOAS COM DOENÇAS CRÔNICA

CARE MANAGEMENT FOR PEOPLE WITH CHRONIC ILLNESSES

Luanna Costa Pachêco de Souza¹

Annatércia Áurea da Cruz Ferreira Evaristo²

Doralice Cândida Barbosa da Silva³

Renato Batista da Silva⁴

Adriana Meira Tiburtino Nepomuceno⁵

Renata Soares do Nascimento⁶

Alessandra Ferreira Mendes Jiticoski⁷

Raquel Castro Santana⁸

Gleine Lopes Naves⁹

Izabel Cristina Queiroz Malizia¹⁰

1 Enfermeira na Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH-HU-UNIVASF. Residência de Enfermagem em Urgência e Emergência – UNIVASF.

2 Enfermeira na Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH-HU-UNIVASF. Especialista em Saúde Pública.

3 Especialista em Urgência e Emergência pelo programa de Residência do Hospital Universitário de Petrolina. Especialista em Gestão e Saúde Pública. Especialista em Instrumentação Cirúrgica, centro Cirúrgico e Central de Material e Esterilização. Enfermeira na Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH

4 Especialização em Cardiologia e Hemodinâmica. Enfermeiro na Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSEH)

5 Enfermeira na Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH no Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW). Especialização em Residência de Enfermagem em Infectologia pela Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas; Mestranda em Gerontologia pela UFPB.

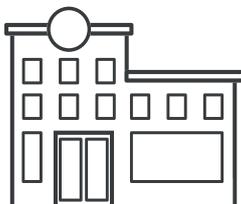
6 Enfermeira na Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH. Especialização em preceptoría em saúde (UFRN).

7 Doutorado em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Uberlândia.

8 Especialização: Urgência e Emergência; Hematologia e Hemoterapia. Mestranda do Mestrado Profissional da Universidade Federal Fluminense Instituição vinculado: Hemocentro de Juiz de Fora.

9 Pós-graduada em Saúde da Família e Comunidade pela UFU.

10 Enfermeira assistencial na Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH. HDT UFT.



Resumo: A gestão do cuidado para pessoas com doenças crônicas envolve uma abordagem coordenada e abrangente para otimizar a qualidade de vida e controlar as condições de saúde ao longo do tempo. Assim, a gestão do cuidado para pessoas com doenças crônicas visa proporcionar uma abordagem holística, centrada no paciente, para otimizar a saúde e o bem-estar a longo prazo. O foco na prevenção, autogestão e colaboração entre profissionais de saúde são fundamentais para alcançar resultados positivos.

Palavras chaves: Doença Crônica; Gestão; Cuidado.

Abstract: Care management for people with chronic illnesses involves a coordinated and comprehensive approach to optimizing quality of life and controlling health conditions over time. Thus, care management for people with chronic illnesses aims to provide a holistic, patient-centered approach to optimizing long-term health and well-being. A focus on prevention, self-management and collaboration between healthcare professionals are fundamental to achieving positive results.

Keywords: Chronic Disease; Management; Careful.

INTRODUÇÃO

De início insidioso, de transmissão não infecciosa e com capacidade de resultar em incapacidades funcionais, as doenças crônicas não transmissíveis (DNCT) se caracterizam como um conjunto de patologias e riscos multifatoriais, sobretudo de desenvolvimento paulatino e longo. Com o objetivo

¹¹ Graduação em Enfermagem. Especialização em enfermagem do trabalho. Enfermeira assistencial na Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH.



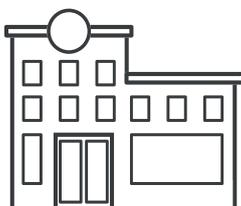
de disponibilizar recursos tecnológicos em saúde, a gestão do cuidado foca na demanda de cada usuário e sua situação atual (CAVALCANTE et al., 2023).

Dentro das políticas de saúde contidas nos diversos programas do Sistema Único de Saúde (SUS), a Atenção Básica de Saúde (UBS) ou Atenção Primária de Saúde (APS) é a atenção responsável pela resolução de grande parte das demandas da sociedade de uma região adscrita sob a responsabilidades de cada equipe de saúde da família (eSF). Composta por enfermeiro de família e comunidade, médico de família e técnico em enfermagem, essa equipe realiza a gestão dos cuidados em saúde de forma individualizada dos usuários do SUS.

Essas equipes realizam diversos procedimentos próximo da comunidade, do indivíduo ou da família, seja na gestão de marcação de exames e consultas, seja na realização de procedimentos médicos simples no domicílio dos usuários ou mesmo priorização dos recursos tecnológicos contidas na rede. Portanto, cada equipe faz a gestão em saúde de sua população, encaminhando e solucionando as demandas dentro da Rede de Atenção em Saúde (RAS). Comprovando efetividade e redução nos custos com cuidados em saúde evidenciado na APS, a visita domiciliar é uma ferramenta de gestão em saúde que permite aos profissionais mitigar a cultura centrada da doença, principalmente doenças crônicas ou crônicas-degenerativas, voltando a gestão do cuidado para o indivíduo.

Nessas visitas, é possível observar não só o usuário do SUS, mas sim todo o seu contexto familiar e ambiental, isso favorece o entendimento de como esse usuário vive e quais os possíveis fatores que influenciam no processo saúde-doença, ou seja, considerar o indivíduo na sua integralidade (PINHEIRO et al., 2019). A nível mundial, algumas técnicas da medicina tradicional chinesa vêm ganhando espaço no tratamento do indivíduo, e na sua integralidade vem sendo adotadas, são chamadas de práticas integrativas e complementares em saúde, considerando o corpo e o espírito. Essas práticas podem ser empregadas em todas as fases: promoção da saúde, prevenção de agravos e reabilitação, pois possuem baixo custo e com menores riscos a exposições desnecessárias (PAGLIARINI et al., 2021).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), as doenças crônicas são um problema de



grande magnitude, responsáveis por 63% das mortes no mundo e no Brasil correspondem a 72% das causas de mortes. Diante da relevância das condições crônicas como “necessidades em saúde” levou à publicação da Portaria nº 252, de 19 de fevereiro de 2013, que institui a Rede de Atenção às Pessoas com doenças crônicas no âmbito do SUS (BRASIL, 2013; BRASIL, 2014; BRASIL, 2010).

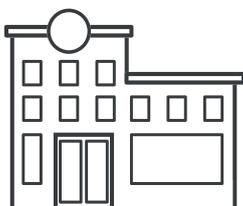
O objetivo é promover a organização do cuidado, sua qualificação, ampliando as estratégias de cuidado e também para promoção da saúde e prevenção do desenvolvimento das doenças crônicas e suas complicações. O Ministério da Saúde lançou, em 2021, o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021-2030 (BRASIL, 2021). Neste capítulo, iremos abordar sobre a gestão do cuidado para pessoas com doenças crônicas diante do Sistema Único de Saúde.

DESENVOLVIMENTO

As doenças crônicas são um conjunto de patologias de diversas causas e fatores, que contribuem para um declínio da qualidade de vida de muitas pessoas. Por ser um problema de saúde pública, as doenças crônicas recebem investimentos dos governos, mas investimentos na prevenção da causa primária ainda devem ser fomentados e criados para evitar tais doenças (CAVALCANTI et al., 2023).

Os idosos são os mais acometidos e com maior incapacidade física e mental decorrente das doenças crônicas, mas cada dia mais crianças e adolescentes também têm sido atingidos por doenças crônicas dos mais variados tipos. As alimentações industrializadas e com agrotóxicos contribuem para este aumento que tem sido cada dia mais precoce (SILVA et al., 2020; CAVALCANTI et al., 2023).

A gestão do cuidado é definida “como o provimento ou a disponibilização das tecnologias de saúde, de acordo com as necessidades singulares de cada pessoa, em diferentes momentos de sua vida, visando seu bem-estar, segurança e autonomia para seguir com uma vida produtiva e feliz” (CECÍLIO, 2015). Os desafios de diminuição das doenças crônicas são muitos em um país tão grande



como o Brasil, com fortes diferenças sociais nas diferentes regiões brasileiras (CAVALCANTI et al., 2023).

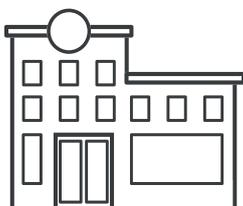
As práticas de promoção da saúde devem ganhar espaço na gestão do cuidado, pois são essenciais para a prevenção e diminuição de doenças crônicas e se olhar o coletivo em um trabalho multidisciplinar é imprescindível (SILVA et al., 2020). Atualmente, as doenças crônicas constituem a principal causa de morbimortalidade na população mundial, atingindo principalmente os idosos e pessoas de baixa renda e escolaridade (FIGUEIREDO et al., 2021).

As doenças crônicas são consideradas como as principais causas de morbidade e mortalidade no Brasil, geralmente possuem um desenvolvimento demorado que duram grandes períodos, apresentando efeitos prolongados e imprevisíveis. As pesquisas demonstram que as condições mais complexas, como por exemplo a depressão e diabetes, apresentarão um aumento bastante significativo no futuro (MORAES; MARINO; SANTOS, 2010).

Há algum tempo, as doenças crônicas estavam relacionadas aos países ricos e de população idosa. Atualmente é sabido que os jovens e pessoas de meia idade desses países também são afetados por condições crônicas. As consequências disso envolvem a área econômica pois causam impactos terríveis nos salários, participação da força de trabalho e produtividade, assim como o aumento da aposentadoria antes da data prevista. Os custos com os cuidados dispensados as pessoas com doenças crônicas crescem no mundo todo, aumentando os orçamentos públicos e privados (VERAS, 2011).

O sedentarismo está bastante relacionado à incidência e gravidade de boa parte das doenças crônicas, fazendo com que o exercício físico seja uma das ferramentas terapêuticas de grande importância na promoção de saúde e, conseqüentemente, atribuindo ao educador físico o papel mais importante para sua disseminação (GUALANO, TINUCCI, 2011).

Borges et al (2023) em seus estudos constataram que o custo com internações hospitalares de idosos acometidos por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), tais como, hipertensão arterial, insuficiência cardíaca e diabetes mellitus sensíveis à atenção primária durante o período de 2015 a 2019 em hospital de médio porte foi de aproximadamente 3 milhões de reais, sendo a hipertensão



e o total de exames realizados os principais responsáveis pelos gastos financeiros e tempo de permanência dos hospitalizados. Verificaram que em cinco anos, os custos com as internações hospitalares por condições sensíveis à atenção primária em idosos são relevantes, dando ênfase nos investimentos neste nível de atenção.

A gestão do cuidado para pessoas com doenças crônicas é uma abordagem abrangente que visa melhorar a qualidade de vida e o bem-estar desses pacientes, proporcionando cuidados coordenados e personalizados. Há alguns princípios considerados como pontos-chave que estão relacionados à gestão do cuidado para doenças crônicas:

Deve-se levar em consideração as necessidades, preferências e metas individuais do paciente, sendo essa abordagem centrada no paciente crucial para o êxito no tratamento. Sendo relevante também a capacitação do próprio paciente para gerenciar sua condição de saúde incluindo educação sobre a doença, promoção de estilos de vida saudáveis, gerenciamento de medicações e desenvolvimento de habilidades para lidar com desafios emocionais.

O cuidado que a doença necessita envolve uma equipe de profissionais de saúde de diferentes especialidades ou multidisciplinar, colaborando para oferecer uma abordagem holística ao cuidado. Essa equipe fornecendo a monitorização regular e contínua dos sintomas e indicadores de saúde é fundamental para avaliar a eficácia do tratamento, ajustar planos de cuidados conforme necessário e prevenir complicações.

Esses princípios ajudam a criar uma abordagem abrangente que não apenas trata a condição médica, mas também aborda os aspectos emocionais, sociais e comportamentais associados às doenças crônicas.

Além dos aspectos mencionados anteriormente sobre a gestão do cuidado para pessoas com doenças crônicas, existem vários outros fatores que desempenham um papel significativo no entendimento e tratamento dessas condições. Aqui estão alguns aspectos adicionais relacionados às doenças crônicas:

Os determinantes da saúde são fatores sociais, econômicos e ambientais que desempenham



um papel crucial nas doenças crônicas. Tendo questões como acesso a cuidados de saúde, educação, renda, moradia e ambiente social uma grande influência na prevalência e no impacto dessas condições. O acesso oportuno a cuidados de saúde é crucial para o manejo eficaz de doenças crônicas. Barreiras financeiras, geográficas ou culturais podem impactar a capacidade das pessoas de receberem os cuidados de que necessitam.

CONCLUSÃO

Foi possível concluir, que garantir a equidade no acesso aos cuidados é fundamental para lidar com disparidades de saúde relacionadas a doenças crônicas, especialmente em grupos socioeconômicos desfavorecidos. Investir em estratégias de prevenção primária, como vacinação e promoção da saúde, visam evitar o desenvolvimento de doenças crônicas, já a prevenção secundária envolve a detecção e o tratamento precoces para evitar complicações.

Hábitos de vida, como dieta, atividade física, tabagismo e consumo de álcool, desempenham um papel significativo no desenvolvimento e na progressão de doenças crônicas. Intervenções focadas em mudanças de estilo de vida podem ser essenciais na gestão dessas condições. Já os fatores genéticos podem aumentar a susceptibilidade a certas doenças crônicas, dessa forma, a compreensão da história familiar e a identificação de fatores genéticos podem ajudar na prevenção e no manejo dessas condições.

Muitas pessoas com doenças crônicas também têm outras condições médicas simultâneas, conhecidas como comorbidades. Sendo assim, a gestão do cuidado deve levar em consideração essas condições adicionais. Ademais muitas vezes, doenças crônicas estão associadas a desafios de saúde mental. A gestão eficaz deve incluir avaliação e suporte para questões como depressão, ansiedade e estresse, que podem influenciar o curso da condição crônica.

A educação pública e a conscientização são fundamentais para aumentar o entendimento sobre doenças crônicas, promovendo a prevenção, o diagnóstico precoce e o autocuidado. Sendo assim,



a abordagem holística desses diversos aspectos é essencial para uma gestão eficaz das doenças crônicas, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida e o controle dessas condições a longo prazo.

REFERÊNCIAS

BORGES, MM; CUSTÓDIO, LA; CAVALCANTE, DFB; PEREIRA, AC; CARREGARO RL. Custo direto de internações hospitalares por doenças crônicas não transmissíveis sensíveis à atenção primária em idosos. *Ciênc. saúde coletiva* 28 (01), Jan 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 483, DE 1º DE ABRIL DE 2014 Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021-2030, 2021.

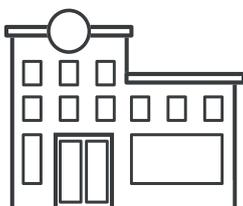
BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 252, de 19 de fevereiro de 2013. Institui a Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas, na íntegra, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, Seção 1, 31 dez. 2010.

CAVALCANTE, WT et al. Gestão do cuidado em pessoas com doenças crônicas. *Brazilian Journal of Development*, Curitiba, v.9, n.5, p.16345-16354, maio, 2023.

CECÍLIO LC. Curso de aperfeiçoamento em Saúde Mental. Módulo 4: o cuidado em saúde [Internet]. São Paulo: UNASUS; 2015.

FIGUEIREDO, AEB. et al. Doenças crônicas não transmissíveis e suas implicações na vida de idosos dependentes. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 26, p. 77-88, 2021.



GUALANO, B; TINUCCI, T. Sedentarismo, exercício físico e doenças crônicas. Rev. bras. educ. fis. esporte 25 (spe), Dez 2011.

MORAES, E.M; MARINO, M.C.A; SANTOS, R.R. Principais síndromes geriátricas. Rev Med Minas Gerais 2010; 20(1): 54-6.

PAGLIARINI et al. Assistência de enfermagem na doença crônica não transmissível e uso de práticas integrativas e complementares. Revista Baiana de Saúde Pública. Março, 2021.

PINHEIRO et al. Ferramenta para avaliação e gestão da visita domiciliar na atenção primária à saúde: um relato de experiência. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. 2019.

SILVA, BGA. et al. Gestão do cuidado à criança/adolescente com doença crônica: (des) articulação da rede e fragmentação das ações. Revista de Enfermagem da UFSM, [S. 1.], v. 10, p. e76, 2020.

VERAS, RP. Estratégias para o enfrentamento das doenças crônicas: um modelo em que todos ganham. Rev. bras. geriatr. gerontol. 14 (4), 2011.



Capítulo 3

QUALIDADE DE VIDA EM PESSOAS COM FERIDAS COMPLEXAS



QUALIDADE DE VIDA EM PESSOAS COM FERIDAS COMPLEXAS

QUALITY OF LIFE IN PEOPLE WITH COMPLEX WOUNDS

Maria Cristina de Moura-Ferreira¹

Klícia Andrade Alves²

Adriana Ribeiro Oliveira³

Maristela Rodrigues de Jesus⁴

Isabel Cristina Reis e Silva⁵

Romildo Félix Dos Santos Junior⁶

Amanda Gomes Viana⁷

1 Doutorado em enfermagem; Mestrado em enfermagem; Especialização em Ativação de Processos de Mudança na Formação Superior de Profissionais de Saúde; Especialização em Sexualidade Humana Contexto da Assistência à Saúde; Especialização em Enfermagem do Trabalho; Especialização em Administração Hospitalar e Habilitação em Licenciatura em Enfermagem. Docente Associado IV do Curso de Graduação em Enfermagem Bacharelado/ Licenciatura da Universidade Federal de Uberlândia – UFU.

2 Enfermeira assistencial do Hospital Universitário Monsenhor João Batista de Carvalho Daltro - HUL/UFS – EBSEH. Especialização em Enfermagem Ginecológica e Obstétrica; Especialização em Gestão em Saúde Comunitária e da Família; Especialização em Enfermagem do Trabalho.

3 Enfermeira Intensivista da HUPES/EBSEH. Mestre em Medicina em Saúde pela UFBA. Especialista em Terapia Intensiva. Pós-graduada em Urgência, Emergência e UTI. Atua na HUPES/UFBA.

4 Especialização em Preceptoria em Saúde/ES/UFRN/2021, Centro Cirúrgico e CME/CBPEX/FAPEX/2019, Urgência e Emergência / Uninter / 2013, Saúde da Família na Atenção Primária Uninter/2012. Enfermeira Assistencial na Unidade de Clínica Cirúrgica do HULW/ Empresa Brasileira de Serviços hospitalares (EBSEH).

5 Enfermeira Assistencial no Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia da Empresa brasileira de Serviços Hospitalares (EBSEH). Especialista em Enfermagem do Trabalho e em Mediação de Processos Educacionais na Modalidade Digital.

6 Especialista em: “Enfermagem e as patologias”; “Enfermagem e Doenças transmissíveis”; “Enfermagem e saúde”. Enfermeiro Assistencial na Empresa Brasileira de Serviços hospitalares (EBSEH).

7 Especialista em Enfermagem do Trabalho. Enfermeira na Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares-EBSEH.



Ana Pedrina Freitas Mascarenhas⁸

Ericka Vilar Bôtto Targino⁹

Resumo: A qualidade de vida em pessoas com feridas complexas refere-se ao impacto físico, psicológico e social dessas lesões crônicas na vida diária dos indivíduos. Abordar a qualidade de vida em pessoas com feridas complexas requer uma abordagem holística que vá além do tratamento físico, integrando cuidados emocionais, sociais e financeiros para promover uma vida plena e satisfatória. Assim, estratégias de cuidado de longo prazo e um plano de gestão contínuo são essenciais para lidar com as feridas complexas de forma abrangente. A disponibilidade de cuidados especializados e o acesso oportuno a tratamentos são determinantes críticos para melhorar a qualidade de vida.

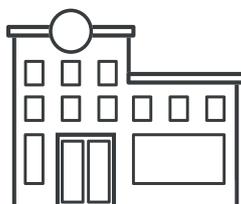
Palavras chaves: Qualidade de vida; Feridas Complexas; Cuidado.

Abstract: Quality of life in people with complex wounds refers to the physical, psychological and social impact of these chronic injuries on individuals' daily lives. Addressing quality of life in people with complex wounds requires a holistic approach that goes beyond physical treatment, integrating emotional, social and financial care to promote a full and satisfying life. Thus, long-term care strategies and an ongoing management plan are essential to comprehensively address complex wounds. The availability of specialized care and timely access to treatments are critical determinants of improving quality of life.

Keywords: Quality of life; Complex Wounds; Careful.

8 Enfermeira especialista em Obstetrícia. Enfermeira na Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares-EBSERH.

9 Enfermeira na Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares-EBSERH (Hospital Lauro Wanderley -HULW)



INTRODUÇÃO

A elevada prevalência das feridas crônicas no contexto atual e o seu impacto tanto a nível individual como econômico, dado os elevados custos associados ao seu tratamento, tornam esta temática um assunto relevante em saúde pública e conseqüentemente remete para a reflexão crítica sobre a qualidade de saúde e de vida dos portadores de lesões de processo de cicatrização lento ou complexas (PEDRO; SARAIVA, 2012).

A cicatrização de feridas é, assim, um processo fisiológico, através da qual o corpo substitui e recupera o tecido danificado, restabelecendo a integridade da pele com a maior brevidade de tempo possível. As feridas agudas seguem progressivamente e de forma atempada as fases de cicatrização: hemóstase, inflamação, proliferação e regeneração ou maturação. Já as feridas crônicas, pela sua natureza complexa, permanecem estagnadas numa das fases, geralmente inflamatória. As úlceras neuropáticas, úlceras por pressão, úlceras venosa e arterial, são as feridas complexas mais conhecidas (CUTTING, 2010).

A condição sanitária e imunitária do portador de uma lesão complexa influencia a cicatrização da lesão, assim como a higienização do leito da ferida, o acesso facilitado a assistência à saúde do portador e a atuação assertiva de qualidade dos multiprofissionais. Além disso, vários fatores que aumentam o risco de infecção numa ferida, como por exemplo a idade, doenças sistêmicas como o diabetes mellitus, o déficit nutricional, desidratação, baixa resposta imunitária, baixa perfusão tecidual de oxigênio, dentre outros.

Assim, ferida complexa é uma definição para identificar aquelas feridas crônicas e algumas agudas já bem conhecidas e que desafiam equipes médicas e de enfermagem. São difíceis de serem resolvidas usando tratamentos convencionais e simples curativos. O grande impacto socioeconômico contribui para onerar os cofres públicos com tratamento ambulatorial prolongado, pagamento de benefícios por longo período de tempo e muitas vezes aposentadoria precoce. Além disso, gera um enorme impacto na qualidade de vida da pessoa acometida (FERREIRA, 2006).

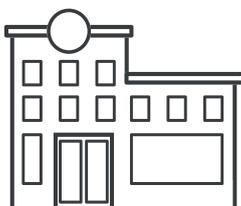


A ferida crônica é uma ruptura na estrutura tegumentar com alterações anatômicas e fisiológicas associadas ao processo de cura prolongado, que pode acometer indivíduos de todas as idades e causar impactos negativos na vida cotidiana da pessoa devido ao seu potencial em provocar alterações na integridade da pele, prurido, dor, exsudato e odor. Além disso, ocasiona mudanças diretas no estilo de vida, na carreira profissional e na imagem corporal, além do já supracitado problema para o sistema de saúde (CUTTING, 2010).

A ferida crônica é dolorosa e acaba influenciando nas atividades diárias, no trabalho e lazer, contribuindo para baixa capacidade funcional, sono insatisfatório, instabilidade emocional, sofrimento, desesperança e depressão. Alterações na relação com seus familiares, no convívio social e aumento do isolamento social são sentimentos que o estado de cronicidade potencializa e leva a pessoa a sentir vergonha de mostrar seu corpo ferido a outras pessoas do seu convívio social (ARAUJO, 2020).

Segundo pesquisas, o viver com uma ferida crônica significa experimentar enfrentamento emocional constante, que começa com preocupações iniciais, aparecimento dos sintomas, principalmente a dor de característica marcante, procura por informações e assistência à saúde, mudança na relação interpessoal, que inclui o convívio familiar e social, instabilidade financeira e manifestações de tristeza, choro, incapacidade, angústia, medo, raiva, culpa, incômodo, vergonha, insegurança, sentimento de inutilidade para a vida, estresse, sofrimento, aumento da ansiedade, depressão, tentativa de suicídio e luto antecipado. A dor crônica e a carga dos significados da esfera emocional isolam a pessoa do mundo externo e a aprisionam dentro do seu próprio corpo ferido (ARAUJO, 2020).

É fato que, a urgência em atrair atenção da comunidade de profissionais de saúde para estas feridas, a fim de que devam ser tratadas por equipe multidisciplinar. Na maioria dos casos o tratamento cirúrgico deve ser indicado, uma vez que a perda de pele e tecido subcutâneo é extensa, necessitando de reconstrução com enxertos e retalhos. O tratamento de feridas tem sido uma temática com crescente interesse pelas envolvidas que comporta, tanto ao nível físico como psicossocial, pelos custos associados ao tratamento e pelo stress causado na pessoa, na família e no sistema de saúde. A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera esta temática como uma epidemia pela elevada



prevalência (JORGE, 2021).

É notória a necessidade do desenvolvimento de novos estudos e tecnologias, como uso da terapia por pressão negativa, especialmente para o gerenciamento e controle da dor, redução do tempo de cicatrização da ferida e diminuição do isolamento social. Sugere-se a construção de protocolos de atuação assistencial com base no cuidado multiprofissional que contemplem estratégias de enfrentamento do ferido, a identificação de uma rede de apoio, oferta de suporte emocional e embasamento espiritual e religioso.

DESENVOLVIMENTO

A pele é o maior órgão do corpo humano e a sua saúde é essencial para homeostase do organismo. Esta pode sofrer alterações que podem levar a sua incapacidade funcional, e quando sofrer uma ruptura de sua integridade, seja parcial ou completa, pode ser definida como ferida ou lesão, e ainda classificada como aguda ou crônica/ complexa, de acordo com o tempo da sua resposta cicatricial (SOUSA et al., 2020).

Segundo Labib; Winters (2022), as Feridas Complexas são definidas como lesões teciduais de longa duração que não podem ser tratadas com métodos convencionais de curativo ou fechamento devido a fatores teciduais locais ou fatores sistêmicos. Elas apresentam características como: persistência por mais de três meses, vascularização comprometida ou necrose, presença de infecção, e comorbidades associadas prejudicam o potencial de cicatrização.

Quando estamos diante de pessoas com feridas complexas é pertinente prestar um cuidado integral, não apenas cuidar da “ferida”, diversos estudos evidenciam que a qualidade de vida de pessoas vivendo com feridas complexas estão comprometidas. Já que as feridas complexas acarretam múltiplos encargos para as pessoas, familiares, cuidadores e sistema de saúde. Estas geram sofrimento, dor, desconforto, infecções graves, diversas comorbidades, isolamento social, depressão, comprometimento da saúde mental de forma geral, prejuízos na mobilidade, aumento de custos, déficit



no autocuidado e amputação do membro afetado, essas condições ocasionam impactos negativos na Qualidade de Vida, e em última instância, podem levar até mesmo à morte (ALMEIDA et al., 2018; OLIVEIRA et al., 2019).

É preciso ter uma visão holística do bem-estar, vida social e sintomas físicos que possam interferir na qualidade de vida das pessoas portadoras e/ou vivendo com feridas complexas, além do que a identificação da funcionalidade familiar pode auxiliar o profissional a vislumbrar uma ação intersetorial e multiprofissional para garantir o cuidado integral, holístico e centrado na pessoa com ferida. Observa-se a baixa escolaridade e renda são presentes nos pacientes com feridas complexas, o que interfere, muitas vezes, tanto na compreensão quanto na assimilação de cuidados à saúde, especialmente o cuidado com lesões, principalmente entre pacientes idosos com doenças crônicas, que precisam lidar com medicamentos, dietas e curativos (RIBEIRO, LAMBERT, 2022).

A família é considerada o grupo social encarregado por garantir o suporte para a qualidade de vida, por ser muitas das vezes sua principal fonte de suporte emocional, instrumental, financeiro e informativo para as pessoas com Feridas Complexas, para tanto é necessário entender se a família está preparada para atender, satisfatoriamente, as demandas de cuidados das pessoas com feridas complexas (SOUSA et al., 2021).

A qualidade de vida é numa temática que vem sendo discutida nos últimos anos e se torna ainda mais importante quando ligada às feridas complexas. As pessoas com feridas complexas são de grande relevância abordar o tema pois interferem grandemente na qualidade de vida das mesmas. Feridas crônicas são definidas como rupturas na pele com período de duração superior a seis semanas, que não seguem o processo cicatricial normal e que podem persistir apesar da implementação de cuidados adequados. (MARKOVA; MOSTOW, 2012)

Sobre este tema os profissionais de enfermagem são intrinsecamente ligados e possuem responsabilidade uma vez que estão as vinte quatro horas assistindo/cuidando dos pacientes, além de terem consentimento legal de manipularem seus corpos, já que estão 24 horas sob sua responsabilidade e cuidado. No Brasil, apesar de encontrarmos poucas publicações e pesquisas a respeito, as feridas

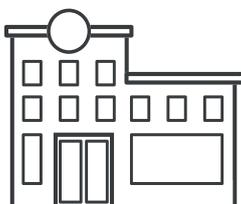


complexas, consideradas também crônicas, são um sério problema de Saúde pública, uma vez que altera a qualidade de vida das pessoas, além de diminuir a autoestima, alterar a imagem corporal, além de trazer sérios prejuízos ao aspecto psicológico e emocional, levando à alteração na saúde mental.

Bedin et al. (2014), consideram que o aparecimento de lesões pode deixar as pessoas com feridas complexas mais suscetíveis ao desemprego e também ao afastamento social, ocasionando sentimentos como ansiedade, vergonha, pensamentos depressivos, raiva, interferindo também na autoimagem, autoestima e autocuidado. O cuidado às pessoas com feridas complexas, crônicas, requer atenção especial por parte dos profissionais da saúde, destaca-se aqui o papel do enfermeiro estomatoterapeuta, que possui conhecimentos, habilidades e competências gerenciais para o cuidado com qualquer tipo de lesão, sendo essencial a sua inserção nos serviços de saúde para assumir as funções destinadas a essa área e proporcionar melhores resultados nos âmbitos individual e coletivo desta população e, conseqüentemente, na Qualidade de Vida (QV).(SVING et.al, 2014; GALVÃO et. al, 2017)

No estudo de Oliveira et. al. (2019), obtiveram que entre as condições clínicas associadas a pior QV, destacou-se tempo de duração, tipo de ferida, profundidade, aspecto de exsudato, odor e dor. Ressaltaram ainda a importância de providenciar estratégias diferenciadas para reduzir o impacto causado pelos fatores clínicos nas feridas complexas, uma vez que se trata de aspectos que podem ser atenuados ou evitados pelos profissionais de saúde mediante a avaliação da lesão e a escolha do tratamento adequado. Neste sentido, entende-se que as feridas complexas são de extrema importância para o cuidado e assistência de enfermagem, mas também de um atendimento multidisciplinar uma vez que acarreta danos da imagem corporal, autoestima, aspectos emocionais e psicológicos, além de sociais e financeiros, uma vez que a pessoa com ferida complexa muitas vezes fica afastada do trabalho por longo período.

Para que o paciente com lesão crônica apresente uma melhor qualidade de vida, o mesmo necessita ter uma atenção desdobrada e integral, não somente de diante de tratar a lesão, mas também tratar o psicoemocional do paciente, gerando a otimização do tratamento. A equipe de enfermagem, em especial a figura do Enfermeiro, representa um grande papel a respeito de condutas terapêuticas



que circunda o parecer do diagnóstico, sistema cicatricial e na premeditação de agravos correlacionados com a patologia de base. O mesmo deve realizar orientações sobre prevenção de novas lesões, orientando o paciente e ajudando-o a se adaptar a uma nova rotina, introduzindo as mais novas técnicas de cuidado de enfermagem, visando uma melhor e mais rápida cicatrização (JOAQUIM, 2017).

Considera-se assim que são necessários protocolos, estratégias, pesquisas mais aprofundadas para melhorar a QV das pessoas com feridas complexas de forma a minimizar as sequelas e abalos causados pelas mesmas em todas as áreas da vida, em especial a da saúde mental e qualidade de vida.

CONCLUSÃO

Conclui-se que a avaliação da QV é considerada uma medida de desfecho em saúde, pois atende ao pressuposto de individualizar a atenção e de considerar a subjetividade da pessoa atendida, tornando-se nítida a necessidade de realização de estudos que abranjam essa temática e as alternativas terapêuticas existentes na atualidade.

A presença de feridas crônicas compromete negativamente a qualidade de vida (QV) dos pacientes e que o domínio bem-estar interferiu diretamente para pior QV, gerando impactos físicos, sociais e emocionais. Assim, a implantação de medidas que auxiliem a preservar a capacidade funcional e que proporcionem a realização das atividades diárias e do autocuidado implica na possibilidade de uma vida autônoma e socialmente ativa. Por fim, entende-se que a educação contínua sobre o manejo das feridas, tanto para pacientes quanto para cuidadores, é crucial. A conscientização na comunidade contribui para a compreensão e aceitação das necessidades das pessoas com feridas complexas.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, W. A. et al. Factors associated with quality of life of people with chronic complex wounds / Fatores associados à qualidade de vida de pessoas com feridas complexas crônicas. Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online, vol. 10, no 1, p. 9–16, 9 jan. 2018.



ARAÚJO, W.A. et al. Significados de viver com ferida crônica: estudo de metassíntese. ESTIMA, Braz. J. Enterostomal Ther., São Paulo, v18, e2420, 2020.

BEDIN, L. F. et al. Estratégias de promoção da autoestima, autonomia e autocuidado das pessoas com feridas crônicas. Revista Gaúcha de Enfermagem, v. 35, n. 3, p. 61-67, set. 2014. Disponível em: Acesso em: 30 de novembro de 2023.

CUTTING, K. F. Addressing the challenge of wound cleansing in the modern era. British Journal of Nursing, Vol. 19, No11, 2010.

FERREIRA, M. C., TUMA JÚNIOR, P., CARVALHO, V. F., & KAMAMOTO, F. Complex wounds. Clinics, 61(6), 571–578, 2006. <https://doi.org/10.1590/S1807-59322006000600014>

GALVÃO NS, SERIQUE MA, SANTOS VL, NOGUEIRA PC. Knowledge of the nursing team on pressure ulcer prevention. Rev Bras Enferm. 2017;70(2):294–300.

JOAQUIM, F. L.; et al. Impact of venous ulcers on patients' quality of life: an integrative review. Rev Bras Enfermagem [Internet]. 2018;71(4):2021-9. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/reben/v71n4/pt_0034-7167-reben-71-04-2021.pdf DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0516>. Acesso em: 20 de novembro de 2023.

JORGE H. et al. Novos paradigmas no tratamento das feridas complexas. Angiologia e Cirurgia Vascular, 02, Volume 17, 2021.

LABIB, A. M.; WINTERS, R. Complex Wound Management. Topics in Emergency Medicine, vol. 11, no 1, p. 23–26, 1 jul. 2022.

MARKOVA A, MOSTOW EN. US skin disease assessment: ulcer and wound care. Dermatol Clin [Internet]. 2012 [cited 2018 Dec 31];30(1):107-11, ix. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.det.2011.08.005>

OLIVEIRA, A. C.; et. al. Qualidade de vida de pessoas com feridas crônicas. Acta Paul Enferm. 2019;32(2):194-201.



OLIVEIRA, A. C.; ROCHA, D. D. M.; BEZERRA, S. M. G.; ANDRADE, E. M. L. R.; SANTOS, A. M. R. dos; NOGUEIRA, L. T. Qualidade de vida de pessoas com feridas crônicas. *Acta Paulista de Enfermagem*, vol. 32, no 2, p. 194–201, 10 jun. 2019.

OLIVEIRA, M. F.; et. al. Feridas em membros inferiores em diabéticos e não diabéticos: estudo de sobrevivência. *Rev Gaúcha Enferm.* 2019;40:e20180016. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180016>. Acesso em: 14 de novembro 2023.

PEDRO, I., SARAIVA, S. Nursing Intervention for Biofilm management en Complex Wounds. *Journal of Aging & Innovation*, 1 (6): 78-88, 2012.

RIBEIRO, A. R.; LAMBERT, L. S. Qualidade de vida e funcionalidade familiar de pessoas com feridas complexas. Departamento de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal do Amapá, Macapá, 2022.

SOUSA, M. S. C; SILVA, A. G. A. S.; MENESES, A. B.; ANDRADE, F. L. M.; GONZAGA, M. H. H. P. O. A. Feridas e Curativos. 1ª edição. Editora Sanar, Salvador, 2020.

SOUSA, W. É. A.; SARDINHA, A. H. L.; VERZARO, P. M.; BALATA, I. L. B.; SANTOS, S. R.; GUTERRES, D. M. B. Funcionalidade familiar de idosos com diabetes mellitus. *Revista Online de Pesquisa (Universidade Federal do Estado Rio Janeiro)*, p. 612–618, 2021.

SVING E.; HIGMAN M; MAMHIDIR AG; GUNNINGBERG L. Getting evidence-based pressure ulcer prevention into practice: a multifaceted unittailored intervention in a hospital setting. *Int Wound J.* 2014;13(5):645–54.



Capítulo 4

INDICADORES DE SAÚDE DA CRIANÇA: CUIDADO E EPIDEMIOLOGIA



INDICADORES DE SAÚDE DA CRIANÇA: CUIDADO E EPIDEMIOLOGIA

CHILDREN'S HEALTH INDICATORS: CARE AND EPIDEMIOLOGY

Ellise Grazielle Mendonça Dantas¹

Klícia Andrade Alves²

Romildo Félix Dos Santos Junior³

Fernanda Duarte dos Santos Martins⁴

Diana de Abreu Costa Braga⁵

Resumo: Os indicadores de saúde da criança são medidas quantitativas que ajudam a avaliar o estado de saúde e o bem-estar das crianças em uma determinada população. Tanto o cuidado como a epidemiologia desempenham papéis cruciais na compreensão e na promoção da saúde infantil. A análise conjunta desses indicadores de cuidado e epidemiologia é crucial para desenvolver estratégias eficazes de saúde infantil, melhorando tanto a prevenção quanto a resposta a condições de saúde específicas. O monitoramento contínuo desses indicadores ajuda a avaliar o progresso e identificar áreas que precisam de intervenção para melhorar a saúde das crianças.

Palavras chaves: Saúde da Criança; Cuidado; Epidemiologia; Indicador.

1 Enfermeira do Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Júnior (HU- FURG- EBSEH). Especialista em neonatologia.

2 Enfermeira assistencial do Hospital Universitário Monsenhor João Batista de Carvalho Daltro - HUL/UFS – EBSEH. Especialização em Enfermagem Ginecológica e Obstétrica. Especialização em Gestão em Saúde Comunitária e da Família. Especialização em Enfermagem do Trabalho.

3 Especialista em: “Enfermagem e as patologias”; “Enfermagem e Doenças transmissíveis”; “Enfermagem e saúde”. Enfermeiro Assistencial na Empresa Brasileira de Serviços hospitalares (EBSEH).

4 Especialista em enfermagem neonatal e pediátrica com ênfase em UTI, administração hospitalar, auditoria em saúde, saúde do trabalhador, estética, saúde do adolescente. Enfermeiro Assistencial na Empresa Brasileira de Serviços hospitalares EBSEH/UFU.

5 Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Uberlândia.



Abstract: Child health indicators are quantitative measures that help assess the health status and well-being of children in a given population. Both care and epidemiology play crucial roles in understanding and promoting child health. Joint analysis of these care and epidemiology indicators is crucial to developing effective child health strategies, improving both prevention and response to specific health conditions. Continuous monitoring of these indicators helps assess progress and identify areas that need intervention to improve children's health.

Keywords: Child Health; Careful; Epidemiology; Indicator.

INTRODUÇÃO

Dentre os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) estabelecidos pela Organização das Nações Unidas (ONU), destaca-se a necessidade de reduzir a mortalidade de crianças menores de cinco anos para menos de 25 por 1.000 nascidos vivos, diminuir a mortalidade neonatal para menos de 12 mortes por 1.000 nascidos vivos, e eliminar as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de cinco anos no período de 2016 a 2030. Notavelmente, o Brasil alcançou antecipadamente a meta estabelecida pelos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) da ONU, que buscava uma redução de dois terços na mortalidade de menores de cinco anos até o ano de 2015 (KALE, 2019).

Os indicadores de saúde da criança são resultantes da assistência recebida, é sabido, que a qualidade da assistência do parto indica um importante fator nas taxas de mortalidade infantil, pois os problemas decorrentes deste, quando realizado de forma inadequada, pode ter repercussão sobre o recém-nascido durante os primeiros dias de vida, ou seja, quanto melhor a assistência menor será o índice da morbimortalidade materno-infantil. Dessa forma, é necessária uma atenção humanizada que envolva um conjunto de conhecimentos, práticas e atitudes que visem à promoção do parto, do nascimento saudável e a prevenção da morbimortalidade materna e perinatal. Esta deve ser iniciada



no pré-natal, estendendo-se até o puerpério, buscando garantir que os profissionais de saúde realizem procedimentos benéficos para a mulher e o bebê, evitando intervenções desnecessárias e preservando a saúde de ambos (ARAÚJO et al., 2019).

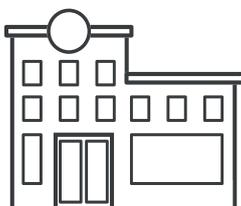
A avaliação da prestação de cuidados à saúde infantil não apenas aprimora o processo de trabalho na área da saúde, mas também destaca as áreas que demandam maior investimento. No Brasil, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB), alinhado com os princípios da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), tem enfatizado a avaliação da qualidade da assistência sob a perspectiva dos usuários, sendo considerada uma das principais contribuições do programa (GUBERT, 2021).

Ainda segundo Gubert, 2021, algumas áreas no Brasil com um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) reduzido e com uma cobertura limitada pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) confrontam desafios substanciais na prestação de cuidados de qualidade para crianças, famílias e comunidades. Assim, tais métricas revelam-se sensíveis a transformações associadas aos contextos de vida das famílias.

Estudos mostram que a mortalidade infantil é influenciada tanto por fatores agregados, como o nível de desenvolvimento econômico do país, o sistema de saúde em vigência, taxa de fecundidade e a taxa de urbanização, como por fatores individuais como o nível de escolaridade materna, posição socioeconômica da família, acesso a saneamento básico e água potável, entre outros fatores (TEJADA, et al., 2019).

DESENVOLVIMENTO

Os indicadores de saúde da criança são capazes de avaliar a saúde infantil, identificando áreas de preocupação para esse grupo vulnerável. De acordo com Schmidt et al. (2020), o conhecimento sobre indicadores pode proporcionar uma melhor gestão no desenvolvimento de ações específicas capazes de melhorar a assistência voltada à saúde pública nesse grupo. Um dos indicadores de qualidade



mais importantes relacionados à saúde infantil é o da mortalidade, que além de influenciar no desenvolvimento geral da criança, retrata diferenças socioeconômicas regionais (SCHMIDT, et al., 2020).

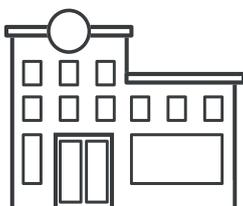
Dentre as metas propostas pelos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), estão a que se relacionam à mortalidade infantil, e na tentativa de alcançá-las é vital o fortalecimento do SUS, sobretudo pela importância de suas ações de saúde (Marinho, et al., 2020). Existem vários indicadores de saúde da criança, e eles podem ser divididos em diferentes categorias, incluindo indicadores de cuidado e epidemiologia. Segundo Marinho et al. (2017), entender essa situação possui especial importância quando observado a piora de alguns indicadores a partir de 2016, além do aparecimento de doenças tidas como erradicadas.

As principais causas de morte na infância devem ser investigadas com intuito de melhor definir ações preventivas que sejam eficazes. As políticas públicas relacionadas à saúde infantil devem ser utilizadas como ferramenta para auxiliar na redução da mortalidade infantil, através do desenvolvimento de medidas preventivas (FRANÇA, et al., 2017).

Embora tenha se observado um declínio nas taxas de mortalidade na infância, os números ainda são preocupantes e dentre as situações que merecem atenção estão a deficiência na assistência à mãe e ao recém-nascido, além de disparidades entre grupos sociais e regionais. Existe uma lacuna sobre quais ações teriam impacto na redução da mortalidade (MARINHO, et al., 2020).

Com o objetivo de atuar diretamente nos principais fatores que contribuem para a mortalidade infantil, foi criado pelo Ministério da Saúde a Política Nacional de Atenção à Saúde da Criança (PNAISC). Essa política foi criada em 2015 e tinha como foco promover e proteger a saúde da criança, bem como do aleitamento materno no Brasil (SCHMIDT, et al., 2020).

Assim, a humanização é um dos pilares do SUS, mas também no cuidado pediátrico, sendo ligada à uma política que visa construir processos de trabalho satisfatórios entre gestores, trabalhadores e usuários. Conceitualmente, humanização significa humanizar, tornar humano, dar condição humana a alguma ação ou atitude, humanar. Pode ser explicado como praticar benevolência, afabilidade, ser tratável, estando inerente a isso, o respeito e a compaixão para com o outro (FERREIRA, 2009).

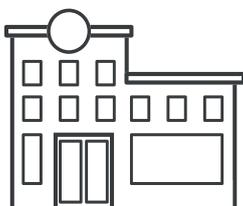


A abordagem de outro termo nas tratativas humanas é “empatia” sendo apontada em três vertentes por Daniel Goleman, em seu livro Foco (2014): 1) Empatia cognitiva: relacionada a entender as emoções do outro, porém mantendo as nossas próprias estáveis. 2) Empatia emocional: sentir as emoções junto à outra pessoa, unindo-se a ela. Ocorre através de circuitos cerebrais espontâneos, nos quais pode-se refletir qualquer sensação que a pessoa esteja sentindo. 3) Preocupação empática: que, para além do sentimento, busca solucionar os problemas, ajudar as pessoas com intenso comprometimento (GOLEMAN, 2014, p. 99). Os profissionais de saúde que atuam no cuidado em saúde da criança, precisam estar imersos na percepção e experimentação da humanização e empatia em seus contextos profissionais.

CONCLUSÃO

A avaliação dos indicadores em saúde da criança é de extrema importância por diversas razões. Esses indicadores fornecem dados objetivos e mensuráveis que auxiliam na compreensão do estado de saúde e bem-estar das crianças em uma determinada população. Os indicadores permitem monitorar o progresso ao longo do tempo, identificando melhorias ou pioras nas condições de saúde da criança. Isso é essencial para avaliar a eficácia das políticas de saúde e programas de intervenção. Ao analisar indicadores, é possível identificar áreas específicas que requerem atenção e intervenção. Por exemplo, a prevalência de certas doenças ou deficiências nutricionais pode indicar necessidades específicas de saúde. Indicadores permitem avaliar a efetividade de programas de saúde direcionados a crianças, como campanhas de vacinação, programas de nutrição infantil e intervenções para prevenir acidentes.

Dados precisos provenientes dos indicadores ajudam na formulação de políticas de saúde pública direcionadas, baseadas em evidências. Isso contribui para a alocação eficiente de recursos e o desenvolvimento de estratégias eficazes. Ao monitorar indicadores, é possível identificar surtos de doenças e implementar medidas preventivas e de controle de forma rápida e eficaz. Isso é crucial



para a saúde pública e a segurança das crianças. Em resumo, a avaliação regular dos indicadores em saúde da criança é fundamental para orientar as ações de saúde, melhorar a eficácia das intervenções e promover o bem-estar infantil de maneira abrangente.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, I. C. F. G.; FERREIRA, T. L. S.; ARAÚJO, D. V.; MELO, K. D. F.; ANDRADE, F. B.; Qualidade do parto e impacto nos indicadores da saúde da criança. *Revista Ciência Plural*, 2019.

FERREIRA, A. B. de H. *Novo Dicionário Aurélio da língua portuguesa*. Editora Positivo. Curitiba: 2009.

FRANÇA, E. B. et al.. Principais causas da mortalidade na infância no Brasil, em 1990 e 2015: estimativas do estudo de Carga Global de Doença. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 20, p. 46–60, maio 2017.

GALVÃO, T.M. Sofrimento mental e o Sistema único de Saúde. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v.32, n.1, e2023005, 2023.

GOLEMAN, Daniel. *FOCO: a atenção e seu papel fundamental para o sucesso*. 1ªEd. Rio de Janeiro: Objetiva, 2014. Pg. 99-115

GUBERT, F. DO A. et al.. Qualidade da Atenção Primária à Saúde infantil em estados da região Nordeste. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2021.

JARRUCE, L.T. ; MUCCI, S. Síndrome de burnout em profissionais da saúde: revisão integrativa. *Revista Bioética*, Brasília, v.29, n.1, p. 163-163, jan./mar. 2021.

KALE, P. L. et al.. Ameaça à vida ao nascer: uma análise das causas de morte e estimativa de sobrevivência de menores de cinco anos em coortes de nascidos vivos. *Cadernos de Saúde Pública*, 2019.

MARINHO, C. DA S. R. et al.. Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: impacto de ações assistenciais e mudanças socioeconômicas e sanitárias na mortalidade de crianças. *Cadernos de Saúde*



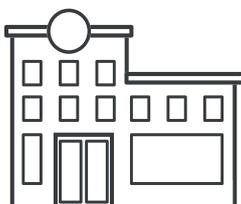
Pública, v. 36, n. 10, p. e00191219, 2020.

OLIVEIRA, B.L.; LUCENA, L.F.; SPEZANI R.S. Percepções das mães enfermeiras e técnicas de enfermagem frente ao processo morte/morrer em Onco-hematologia pediátrica. Revista de Enfermagem UFPE on line, Recife, v. 7, n. 8, p.5165-75, ago., 2013.

SCHMIDT, S. DE Q. et al. Análise da saúde da criança no estado de Santa Catarina. Brasil: de 1982 a 2018. Escola Anna Nery, v. 24, n. 4, p. e20190308, 2020.

TEIXEIRA, D.G.S., et.al. Os profissionais de saúde e cuidados paliativos em pediatria: revisão bibliográfica. Research, Society and Development, v. 12, n. 6, e13912642111, 2023.

TEJADA, C. A. O.; TRIACA, L. M.; LIERMANN, N. H.; EWERLING, F.; COSTA, J. C.; Crises econômicas, mortalidade de crianças e o papel protetor do gasto público em saúde. Ciência & Saúde Coletiva, 2019.



Capítulo 5

ACOLHIMENTO E CUIDADO COM A SAÚDE DA MULHER NO PUÉRPERIO



ACOLHIMENTO E CUIDADO COM A SAÚDE DA MULHER NO PUÉRPERIO

WELCOME AND CARE FOR WOMEN'S HEALTH IN THE PUERPERIUM

Virginia Grasielle Silva dos Santos¹

Mariana Ferreira de Sousa Moreira Paiva²

Tamires Santos de Oliveira³

Alcina Patrícia de Oliveira⁴

Maria Lúcia Fernandes de Carvalho Marques⁵

Daniel Campelo Rodrigues⁶

Larissa Gabriela de Souza Gomes⁷

Milene dos Santos Nascimento de Souza⁸

Renata Martins Barbosa⁹

1 Enfermeira Obstétrica formada pelo Hospital Sofia Feldman. Mestranda do MPEA - UFF/ COREN MG. Enfermeira Obstétrica- Saúde da Mulher HC-UFU EBSEH. Universidade Federal de Uberlândia. Uberlândia-MG

2 Especialização em Enfermagem do Trabalho. Especialização em Saúde Pública e da Família. Enfermeira assistencial pela EBSEH no HC-UFTM atuando no Setor de Ortopedia e Enfermeira Assistencial pela EBSEH no HC-UFU no Setor de Pronto Socorro de Ginecologia e Obstetrícia, atuando na função de Liderança.

3 Especialista em enfermagem Obstétrica, Especialista em saúde da mulher e Especialista em UTI neonatal e pediátrica. Enfermeira Assistencial EBSEH/UFU.

4 Enfermeira assistencial do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes- HU/PAA – EBSEH.

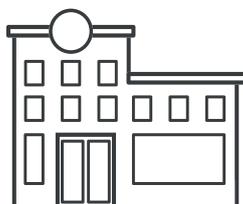
5 Especialista em Enfermagem Obstétrica- Enfermeira Saúde da Mulher HULW/EBSEH

6 Especialista em pós-graduação lato sensu. Enfermeiro no Hospital das Clínicas de Uberlândia, EBSEH/HC-UFU.

7 Graduada em enfermagem UFPE-CAV. Enfermeira assistencial na Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares– EBSEH/ HC-UFU. Pós-graduada em enfermagem em saúde da mulher, ginecologia e obstetrícia. Pós-graduada em saúde coletiva, com ênfase em saúde da família.

8 Enfermeira especialista em enfermagem obstétrica, na Unidade de Saúde da Mulher do HC-UFU Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSEH)

9 Especialista em Saúde da Família e comunidade Enfermeira Assistencial HC-UFU pela Em-



Resumo: O acolhimento e cuidado com a saúde da mulher no puerpério, que é o período que compreende as seis semanas após o parto, são fundamentais para promover o bem-estar físico e emocional da mãe. A garantia de um acompanhamento pré-natal adequado contribui para a detecção precoce de possíveis complicações durante a gestação, preparando a mulher para o parto e pós-parto. O acolhimento e cuidado no puerpério devem ser holísticos, considerando tanto os aspectos físicos quanto os emocionais da mulher. Um ambiente que promova respeito, empatia e suporte é crucial para garantir uma transição suave para a maternidade e o cuidado eficaz com a saúde da mulher após o parto.

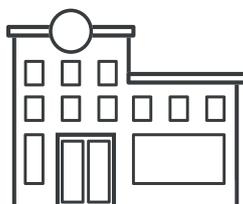
Palavras chaves: Acolhimento; Puerpério; Saúde da Mulher; Cuidado.

Abstract: Reception and care for women's health in the postpartum period, which is the period that encompasses the six weeks after birth, are fundamental to promoting the mother's physical and emotional well-being. Ensuring adequate prenatal care contributes to the early detection of possible complications during pregnancy, preparing women for childbirth and the postpartum period. Reception and care in the postpartum period must be holistic, considering both the physical and emotional aspects of the woman. An environment that promotes respect, empathy and support is crucial to ensuring a smooth transition to motherhood and effective care for women's health after childbirth.

Keywords: Reception; Postpartum; Women's Health; Careful.

presa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH).

10 Especialista em Enfermagem obstétrica/saúde da família/UTI e Centro Cirúrgico, no Hospital de Clínicas de Uberlândia pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH).



INTRODUÇÃO

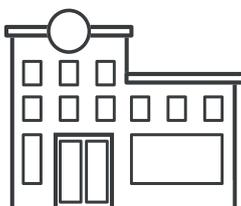
O puerpério é caracterizado como uma fase de transição na vida da mulher, que a torna vulnerável diante da presença de inúmeros desafios físicos e biopsicossociais, como alterações corporais, hormonais, preocupações e inseguranças. Neste momento, uma rede de apoio bem estruturada pode ser decisiva para lidar melhor com as dificuldades deste período, auxiliando na redução de transtornos mentais nestas mulheres e na melhora do estado de saúde (STRAPASSON; NEDEL, 2010; MALDONADO, 2000).

Sendo uma fase do ciclo gravídico puerperal, ele é marcado por modificações intensas nas dimensões biológica, psicológica e sociocultural. É um período em que ocorre a formação do vínculo materno-infantil e a reestruturação da rede de intercomunicação da família. Ele se inicia após a dequitação da placenta, momento em que ocorre a desvinculação da mãe com o bebê e o organismo materno retorna para a condição pré-gravídica (CONITEC, 2016).

Nesse período, há necessidade de uma assistência individualizada e uma rede de apoio que atenda às necessidades da mulher, do recém-nascido (RN) e da família de maneira integral, com respeito ao seu meio sociocultural, para que possa promover a saúde e bem-estar infantil (BRASIL, 2017).

Rede de apoio ou apoio social pode ser definido como um suporte do ambiente social, representando um importante aspecto de troca entre o mundo social e o indivíduo, envolvendo dimensões de conforto, assistência e informações recebidas por contatos sociais formais ou informais, fundamentais ao longo da vida da mulher, principalmente em períodos de transições e mudanças, como o nascimento de um filho (REBOLLEDO; VICENTE, 2018). Assim, este grupo de mulheres necessita de atenção especial das instituições e dos profissionais de saúde, requerendo atenção e comprometimento no cuidado dispensado ao binômio e a família (REZENDE; MONTENGRO, 2018).

Além disso, esperam-se ações voltadas ao recém-nascido (RN) e à mãe, de modo que haja avaliação seriada quanto à presença e gravidade de alterações físicas e emocionais, bem como do es-

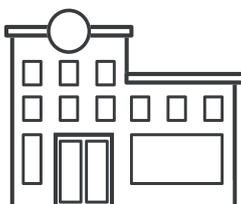


tabelecimento e manutenção do vínculo e cuidado ao novo integrante do núcleo familiar (ANDRADE et al., 2015). As dificuldades iniciais vivenciadas pelas puérperas estão relacionadas com as alterações físicas e fisiológicas associadas à gravidez e ao parto, o que pode interferir na qualidade de vida (QV) destas (LIMA; FERNANDES, 2010).

Um número grande de fatores influenciam o desenvolvimento de um puerpério saudável, tais como: o apoio familiar, as orientações de um profissional de saúde, os cuidados com o corpo e a mente. Todavia, não podemos descartar a possibilidade de conflitos internos devido a aquisição de novas tarefas que o papel de mãe exige, como mudanças nos hábitos, na rotina e nas horas de sono e isto reflete na saúde e no bem-estar da mãe e do bebê. Quando ocorre a desarmonia em um desses aspectos, pode-se ocorrer o desencadeamento de patologias da mente ou do corpo (DE ANDRADE, 2022; OLIVEIRA et al., 2022).

Os profissionais de enfermagem devem priorizar as necessidades físicas e psicológicas da puérpera, para assim, poder compreender e sanar todas as dúvidas que surgirem, com empatia e carinho, com a finalidade de proporcionar, de fato, um atendimento humanizado e eficiente. É importante que o enfermeiro planeje e oriente sobre as modificações esperadas, como também realize exame físico diariamente, acompanhando e observando as manifestações evolutivas. As orientações devem abranger o autocuidado dessa puérpera e os cuidados com o recém-nascido (Barbosa et al., 2022).

Assim, a consulta puerperal é considerada como um mecanismo de continuidade assistencial objetivando implementar a educação em saúde direcionada para a mulher que vive novas experiências nessa fase, identificar fatores que podem agravar a situação clínica, acompanhar as modificações fisiológicas, analisar o binômio mãe/filho e também os aspectos familiares. Sendo que estes aspectos sejam compreendidos mediante cuidados sistematizados, incluindo de forma acolhedora com uma escuta qualificada e avaliação global (DE SANTANA, 2022; SILVA et al., 2023).



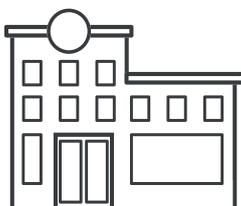
DESENVOLVIMENTO

Os conceitos a respeito do puerpério são descritos na literatura sob perspectivas que envolvem diferentes aspectos. Do ponto de vista biológico, compreende um período de transformações locais e sistêmicas no corpo da mulher ocorridas desde a concepção até o retorno à situação pré-gestacional. É um processo de involução fisiológica que inicia-se a partir de 1-2 horas após a dequitação, e tem um fim imprevisto em virtude do período de lactância, o qual promove influência na determinação da normalidade dos ciclos menstruais. Está dividido em três estágios: imediato, que vai até o 10º dia, tardio, compreendido entre o 11º e 42º dia, e após esse período, considera-se como remoto (BRASIL, 2001). Variáveis relevantes como a quantidade e duração de experiências gestacionais também influenciam na extensão do processo (FREITAS, et al., 2017).

Durante o puerpério, também ocorrem alterações emocionais, psicológicas e sociais, que se caracterizam por um estado de vulnerabilidade psíquica na relação do binômio, onde a mulher, instintivamente, se adapta à condição de mãe para atender às necessidades do recém-nascido, iniciando a construção de uma identidade materna. Nessa perspectiva, diante de seu novo papel, ela busca redes de apoio para se realocar na sociedade (SILVA; KREBS, 2021).

Embora o puerpério seja um período de riscos para a mulher, o cuidado é negligenciado, uma vez que muitas relatam que existe um maior enfoque à saúde da criança, gerando nelas um sentimento de desatenção às suas necessidades. Além disso, as orientações oferecidas por muitos profissionais são insatisfatórias e desprovidas de conteúdo apropriado para atender as demandas da mulher no puerpério, restringindo-se a cuidados com a mama, resguardo e sangramento vaginal (CORREA, et al., 2017).

Entende-se como puerpério o período cuja definição é variável e imprecisa e que compreende à involução e recuperação do corpo feminino após o parto, a partir da dequitação da placenta até o retorno do organismo às condições pré-gravídicas. Em média, a involução puerperal orgânica completa-se em torno de 42 dias, deste modo, o puerpério pode ser classificado em imediato (do 1º



ao 10º dia), tardio (do 10º ao 45º dia) e remoto (a partir do 45º dia) (REZENDE FILHO, MONTENEGRO, 2014). É uma fase marcada por intensas mudanças não só no aspecto biológico, mas também nos âmbitos psicológicos e sociais (SILVA, et al., 2020).

Desta forma, além das alterações hormonais e corporais bastante comuns no puerpério, existem ainda a reestruturação familiar, a instabilidade emocional mostrada pelo medo, ansiedade e insegurança nos cuidados com o RN, a fadiga pela privação de sono, dentre outros quesitos que caracterizam a complexidade do cuidado no puerpério. É um período peculiar que requer assistência individualizada e integral para atender as demandas da mulher, do recém-nascido (RN) e da família como um todo, de modo a promover a saúde e bem-estar de ambos e respeitadas as suas especificidades (SILVA, et al., 2020).

Na esfera da atenção básica, recomenda-se que desde o pré-natal a mulher seja incentivada a retornar ao serviço de saúde em torno de 7 a 10 dias após o parto, principalmente considerando que esta é a fase de maior morbimortalidade materna e neonatal. Na assistência primária, os cuidados da equipe multiprofissional incluem: a avaliação do estado de saúde do binômio; a orientação quanto à amamentação e aos cuidados com o RN; a identificação e o manejo de possíveis riscos ou intercorrências; o aconselhamento quanto ao planejamento reprodutivo; e a avaliação da interação da mãe com o seu bebê (BRASIL, 2005).

Para além disso, a assistência à saúde da mulher na fase puerperal, requer um cuidado pautado no acolhimento, na escuta qualificada, na abordagem holística e no respeito aos seus direitos sexuais e reprodutivos. Isto requer uma reformulação da assistência prestada a partir da capacitação e sensibilização de toda a equipe multiprofissional, a fim de garantir a evolução e melhoria na assistência, com um cuidado singular, baseado no atendimento das amplas necessidades da puérpera e na educação em saúde.

A garantia de um cuidado completo e de qualidade à mulher na gestação e puerpério demanda atenção e ajuda de toda uma equipe multiprofissional, com apoio e utilização de instrumentos de gestão que inicia-se com o registro de informações no atendimento pré-natal, assistência ao parto e



puerpério, permitindo o monitoramento e avaliação das ações de cuidado, gerando feedbacks para as equipes e usuárias. Essas informações são o alimento dos indicadores necessários para gerir a condição de saúde das mulheres, o que ajudará a reduzir desfechos desfavoráveis no último estágio do ciclo gravídico-puerperal (BRASIL, 2019).

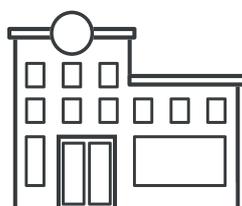
O período puerperal é o momento do ciclo gravídico-puerperal que corresponde à regressão física gravídica e à passagem para o exercício da maternidade. Ele inicia logo após a dequitação da placenta e termina por volta de seis semanas após o parto, período marcado por diversas mudanças corporais e adaptações emocionais, que podem resultar em desafios que comprometem a relação mãe-filho (CASTIGLIONI et al., 2020).

A atenção à mulher e ao recém-nascido (RN) no pós-parto imediato e nas primeiras semanas após o parto é fundamental para a saúde materna e neonatal. Recomenda-se uma visita domiciliar na primeira semana após a alta do bebê. Caso o RN tenha sido classificado como de risco, essa visita deverá acontecer nos primeiros 3 dias após a alta. O retorno da mulher e do recém-nascido ao serviço de saúde, de 7 a 10 dias após o parto, deve ser incentivado desde o pré-natal, na maternidade e pelos agentes comunitários de saúde na visita domiciliar.

A consulta de enfermagem tem como objetivo ser humanizada, se colocar no lugar do paciente reconhecendo sua vontade própria e sua sensibilidade, tomando como base o conhecimento científico. Assim identificando problemas, fazendo planejamentos e intervenções para obter resultados.

A equipe de enfermagem apesar de muitas vezes se encontrarem na unidade, são omissas em relação ao cuidado dispensado às puérperas. Um abandono que impede que dúvidas, obstáculos e inseguranças sejam retirados. Deveriam ser agentes facilitadores desse processo, mas dessa forma promovem uma sensação de abandono durante sua hospitalização, não só na fase puerperal, mas também quando são admitidas no centro obstétrico. Essa insatisfação é maior no turno da noite, em que é reduzido o quantitativo de profissionais.

E quando essas puérperas encontram uma equipe despreparada, sem dar assistência puer-



peral adequada, falando de forma grosseira, demonstrando o estresse gerado pelo serviço, gerando uma memorial negativa em um momento tão singular. A enfermagem deve ter atitudes harmoniosas, lidando com as situações de forma tranquila e de bom humor, além da técnica. Precisam também estar atenta a assistência de qualidade e não só focada na burocracia do que na atenção propriamente dita.

É necessário destacar a importância para que os profissionais enfermeiros atendam tanto suas necessidades físicas como as psicossociais, uma vez que a mulher nesse período vivencia muitas dúvidas frente aos cuidados no pós-parto, com o RN, aleitamento materno e planejamento familiar, sendo uma estratégia de promoção da saúde indispensável a esse importante período da vida da mulher.

É importante destacar que o puerpério não é uma experiência uniforme e variada de mulher para mulher. Além disso, fatores como o tipo de parto, o suporte social disponível e as condições de saúde influenciam a forma como cada mulher vivencia esse período (MALDONADO, 2010).

Durante o puerpério, é crucial que a mulher receba apoio emocional e prático, tanto da família quanto dos profissionais de saúde. O acompanhamento médico regular é fundamental para monitorar a recuperação física da mulher e para identificar possíveis complicações. Além disso, a atenção à saúde mental é essencial, e as mulheres devem ser encorajadas a compartilhar seus sentimentos e buscar ajuda se necessário (MOREIRA et al., 2022).

Em resumo, o puerpério é uma fase de transformações significativas que acompanha o nascimento de um filho. Compreender e respeitar esse período é fundamental para garantir o bem-estar físico e emocional da mulher, contribuindo para uma transição suave para a maternidade.

CONCLUSÃO

Concluiu-se que o puerpério é marcado por incerteza, medo e falta de experiência no que diz respeito aos cuidados para com o binômio. Também, as mudanças ocorridas durante o período gravídico puerperal ultrapassam os aspectos físicos e emocionais, afetando o cotidiano da família bem

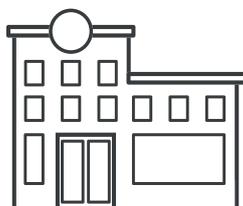


como o social (COSTA e BRITTO, 2016). O amparo à puérpera deve envolver além do recém-nascido, toda a família dessa mulher, sobretudo regulado no reconhecimento das características físicas, psicológicas e dos aspectos econômicos, sociais e culturais, por sua vez entendidos como fatores decisivos no processo saúde-doença (CUNHA et al., 2017).

Além disso, a integralidade dos cuidados da família com a puérpera se faz necessário para reduzir as dificuldades que vão surgindo ao longo do percurso. A vivência dessa mulher com problemas puerperais é apontada pelos desconfortos causados pelos sinais e sintomas e pela impossibilidade de cuidar de si mesma, do recém-nascido e dos filhos que ficaram em casa (LIMA et al., 2018). Segundo Dodou et al. (2017) é comprovada a carência de ações educativas direcionadas para o autocuidado da puérpera no pós-parto imediato e tardio, onde todo o foco das atenções, cuidados e orientações é voltado para à saúde do recém-nascido. Nesse sentido, se faz necessário realizar reflexões e mudanças, em especial, aos profissionais de saúde, uma vez que a educação em saúde é a principal forma de prevenir os agravos e promover a saúde.

O envolvimento da enfermagem na equipe multiprofissional relacionada à puérpera e ao recém-nascido é permeada de atividades inter-relacionadas com ações comuns e privativas do enfermeiro de cunho assistencial e gerencial. As ações propostas são amplas, envolvendo o cuidado individual e coletivo, visita domiciliar puerperal, educação em saúde, atenção à demanda espontânea, educação permanente, avaliação das atividades dos agentes comunitários de saúde, dentre outras (AMARAL E ABRAHÃO, 2017).

De acordo com Souza et al (2017), a abordagem da enfermagem e da equipe multidisciplinar é de extrema relevância, pois amplia a assistência à mulher grávida, superando os limites restritos da assistência médica e as informações compartilhadas são importantes para subsidiar e gerenciar as modificações relacionadas à gravidez, bem como promover os cuidados para com o recém-nascido e fortalecer o vínculo entre o casal. Além disso, os novos conhecimentos adquiridos pelo casal são importantes no ciclo gravídico puerperal, uma vez que permite ao casal compartilhar e se ajudar de forma mútua, onde cada um vai estar atento às necessidades emocionais do outro.



REFERÊNCIAS

AMARAL I.T., ABRAHÃO A.L. Nursing consultation in Family Health Strategy, increasing the recognition of the distinct forms of action: an integrative review. *Rev Pesq Cuid Fundam Online*. 2017;9(4):899-906. Doi: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i4.899-906>

BARBOSA, Ana Luíza Nascimento et al. Revisão integrativa sobre a assistência de Enfermagem frente aos transtornos psicológicos no puerpério. 2022.

BRASIL, Manual técnico Pré- Natal e Puerperio, – Editora MS – OS 2005/0151– Editora MS – OS 2005/0151.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida. Brasília; 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Nota técnica para organização da rede de atenção à saúde com foco na atenção primária à saúde e na atenção ambulatorial especializada – Saúde da mulher na gestação, parto e puerpério. / Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein: Ministério da SAÚDE, 2019. 56 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 163 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher/ Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 199 p.

CASTIGLIONI, C. M. et al. Práticas de cuidado no puerpério desenvolvidas por enfermeiras em Estratégias de Saúde da Família. *Rev. Enferm. UFSM – REUFSM*, 10(50), 1-19, 2020.

CONITEC. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal: Relatório. Brasília.: CONITEC; 2016.



CORREA, M.S.M.; FELICIANO, K.V.O.; PEDROSA, E.N.; SOUZA, A.I. Acolhimento no cuidado à saúde da mulher no puerpério. *Cadernos de Saúde Pública*, 2017, 33(3), e00136215.

COSTA, P.F.da; BRITO, R.S. de. Orientações ofertadas às puérperas no alojamento conjunto: revisão integrativa da literatura. *Rev. de Saúde Pública do Paraná*, v.17, n.2, p. 237-245, 2016.

CUNHA, A.M.S. da; GOMES, N.M.C.; SANTOS, G.C.O.; RODRIGUES, S.T.C.; SILVA, J.M. de O. Aplicação da teoria humanística de enfermagem na assistência de enfermagem a uma puérpera. *GEP NEWS*, v.1, n.4, p. 26-32, 2017.

DA SILVA, Rayane Luciano et al. Complicações e assistências de enfermagem no período do puerpério. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, v. 9, n. 8, p. 1330-1339, 2023.

DE ANDRADE SANTOS, Isadora Xavier et al. Assistência do profissional de enfermagem ao puerpério na atenção básica. *Research, Society and Development*, v. 11, n. 5, p. e2911527996-e2911527996, 2022.

DE ARAÚJO, L.D.S. *Querer/poder amamentar: uma questão de representação?* [dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 1991.

DE OLIVEIRA, Ana de Jesus Gomes et al. Cuidados de enfermagem no puerpério. *Research, Society and Development*, v. 11, n. 2, p. e29811225816-e29811225816, 2022.

DE SANTANA ANDRADE, Verónica. *Assistência de enfermagem voltada a saúde da mulher frente às condições complicáveis do puerpério: uma revisão integrativa*. 2022.

DODOU, H. D.; OLIVEIRA, T. D. A. de; ORIÁ, M. O. B.; RODRIGUES, D. P.; PINHEIRO, P. N. da C.; LUNA, I. T. A prática educativa realizada pela enfermagem no puerpério: representações sociais de puérperas. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v.70, n.6, p. 1250- 1258, 2017.

FREITAS, F.; PASSOS, E. P.; MAGALHÃES, J. A.; RAMOS, J. G. L.; COSTA, S. H. M. *Rotinas em obstetrias*. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.



JUNQUEIRA, M.P.V.D. et al. Assistência dos profissionais de saúde no parto e no puerpério: dando voz às mulheres adolescentes. Rev. Eletr. Enferm. [Internet]. 2022 [acesso em: dezembro 2023]; 24:59448. Disponível em: <https://doi.org/10.5216/ree.v24.59448>.

LIMA, A.C; FERNANDES, R.A.Q. Quality of life in the mediate puerperium: a quantitative study. O Braz J Nurs, 2010; 9(1).

LIMA, S. P.; SANTOS, E. K. A. dos; ERDMANN, A. L.; SOUZA, A. I. J. de. Desvelando o significado da experiência vivida para o ser-mulher na amamentação com complicações puerperais. Texto contexto - enfermagem, vol.27, n.1, p. 1-8, 2018.

MALDONADO, M. T. Psicologia da gravidez: gestando pessoas para uma sociedade melhor. São Paulo: Ideias & Letras, 2017.

MALDONADO, M. T.; DICKSTEIN, J. Nós estamos grávidos. São Paulo: Integrare Editora, 2010.

MALDONADO, M.T. Psicologia da gravidez: parto e puerpério. 16 ed. São Paulo: Saraiva; 2000. p. 30-45.

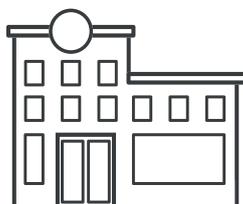
MOREIRA, Patrícia Carvalho et al. As Demandas Psicológicas no Puerpério: Uma Revisão de Literatura/The Psychological Demands in the Puerperium: A Literature Review. Revista FSA (Centro Universitário Santo Agostinho), v. 19, n. 10, p. 363-386, 2022.

REBOLLEDO, D.A; VICENTE, B.V.P. Fatiga postparto: revisión de la literatura. Rev Chil Obstet Ginecol. 2018;83(2):161-9.

REZENDE FILHO J., MONTENEGRO C.A.B. Puerpério. In: Rezende Obstetrícia Fundamental. 13 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2014.

REZENDE, J; MONTENEGRO C.A.B. Obstetrícia Fundamental. 14 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018. 1975 p.

RODRIGUES, D.P. et al. O domicílio como espaço educativo para o autocuidado de puérperas: binômio mãe-filho. Texto contexto – enfermagem. 2006;15(2):277-86. doi: 10.1590/S0104-07072006000200012



SILVA, L.P.; et al. Assistência puerperal e a construção de um fluxograma para consulta de enfermagem. Rev. Bras. Saúde Mater. Infant., Recife, 20 (1): 115-127 jan-mar., 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1806-93042020000100007>.

SILVA, M, R.; KREBS, V. A. Uma análise sobre a saúde da mulher no período puerperal. Brazilian Journal Of Health Rewiew. Curitiba, v. 4, n. 1, p. 611-620. Jan./Fev., 2021.

SOARES, A.V.N, SILVA, I.A. Representações de puérperas sobre o sistema alojamento conjunto: do abandono ao acolhimento. Rev. Esc. Enferm USP. 2003;37(2):72-80. doi: 10.1590/S0080-62342003000200009.

SOUZA, V. P. S; NUNES, R. S; SILVA, D. M. L; VIANA, E. S. R. Percepção das participantes de um curso para gestantes sobre a abordagem multidisciplinar em saúde. Rev. Pesquisa em Fisioterapia, v.7, n.1, p.79-86, 2017.

STRAPASSON, M.R; NEDEL, M.N.B. Puerpério imediato: desvendando o significado da maternidade. Rev Gaúcha Enferm. 2010;31(3):521-8.

ZAGONEL, I.P.S. Consulta de enfermagem: um modelo de metodologia para o cuidado. In: Westphalen MEA, Carraro TE. Metodologias Para a Assistência de Enfermagem: teorização, modelos e subsídios para a prática. Goiânia: AB; 2001



Capítulo 6

CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NOS SERVIÇOS DE ALTA COMPLEXIDADE



CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NOS SERVIÇOS DE ALTA COMPLEXIDADE

PATIENT SAFETY CULTURE IN HIGH COMPLEXITY SERVICES

Luanna Costa Pachêco de Souza¹

Annatércia Áurea da Cruz Ferreira Evaristo²

Doralice Cândida Barbosa da Silva³

Sílvia Niedja de Sousa Farias Lemos⁴

Márcia Alencar de Medeiros Pereira⁵

Adriana Ribeiro Oliveira⁶

Ana Quitéria Fernandes Ferreira⁷

Ana Kalyne Ferreira Pinheiro⁸

Renata Soares do Nascimento⁹

1 Enfermeira na Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH-HU UNIVASF. Residência de Enfermagem em Urgência e Emergência – UNIVASF.

2 Enfermeira na Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH-HU UNIVASF. Especialista em Saúde Pública.

3 Especialista em Urgência e Emergência pelo programa de Residência do Hospital Universitário de Petrolina. Especialista em Gestão e Saúde Pública. Especialista em Instrumentação Cirúrgica, centro Cirúrgico e Central de Material e Esterilização. Enfermeira na Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH

4 Especialista em Saúde da Família, Terapia Intensiva, Gestão Pública.

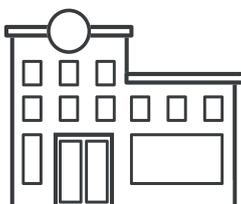
5 Enfermeira EBSEH - Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC) Especialização: Especialista em Oncologia e Saúde da Família

6 Enfermeira Intensivista da HUPES/EBSEH. Mestre em Medicina em Saúde pela UFBA. Especialista em Terapia Intensiva. Pós-graduada em Urgência, Emergência e UTI. Atua na HUPES/UFBA.

7 Enfermeira. Graduada em Enfermagem (Estácio-RN), Especialização em Saúde da Família (Estácio-RN), Especialização em Auditoria em Saúde (UFRN) e Enfermagem em UTI (Don Alberto).

8 Graduada em enfermagem, Faculdade Santa Emília de Rodat

9 Especialização em preceptoria em saúde (UFRN). Vínculo empregatício: Enfermeira da EBSEH.



Marcelo Barros de Valmoré Fernandes¹⁰

Fabiana Costa Callegari Macedo¹¹

Cecília Lucas Lopes¹²

Resumo: A cultura de segurança do paciente em serviços de alta complexidade é um conjunto de valores, atitudes, práticas e normas que promovem a segurança e a qualidade no atendimento de saúde. Esse conceito é crucial para prevenir erros, reduzir riscos e garantir cuidados eficazes. A cultura de segurança do paciente em serviços de alta complexidade visa criar um ambiente que prioriza a segurança, promove a comunicação eficaz e aprende com experiências passadas para aprimorar constantemente a qualidade do cuidado. Isso resulta em melhores resultados para os pacientes, profissionais de saúde e toda a instituição.

Palavras chaves: Cultura de Segurança; Alta complexidade; Segurança do paciente.

Abstract: The patient safety culture in highly complex services is a set of values, attitudes, practices and standards that promote safety and quality in healthcare. This concept is crucial to prevent errors, reduce risks and ensure effective care. The patient safety culture in highly complex services aims to create an environment that prioritizes safety, promotes effective communication and learns from past experiences to constantly improve the quality of care.

10 Especialista em Centro Cirúrgico EEUSP SP, Gerenciamento de Unidades e Serviços de Enfermagem SANTA MARCELINA SP, Gestão de Saúde e Controle de Infecção INESP SP. Mestrando em Direção Estratégica Especializado em Organizações de Saúde, FUNIBER SC

11 Enfermeira pela Universidade Federal de Uberlândia. Pós-graduação em Gestão Hospitalar no SUS pela UFU. Mestranda em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador pela UFU.

12 Especialização em Enfermagem em Urgência e Emergência (Trauma e Terapia Intensiva) pela SOEBRAS - Associação Educativa do Brasil (2008-2010), aperfeiçoamento do Programa de Qualificação da Assistência Perinatal pela Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais (2014-2015), e, especialização em Enfermagem em UTI Pediátrica e Neonatal pela Faculdade Unyleya (2019-2020). Atualmente é Enfermeira do Hospital Santo Antônio da Fundação Taiobeiras e Orientadora Educacional da Editora e Distribuidora Educacional S/A. Mestrado profissional em andamento em Enfermagem Assistencial. Universidade Federal Fluminense, UFF, Brasil.



This results in better outcomes for patients, healthcare professionals and the entire institution.

Keywords: Safety Culture; High complexity; Patient safety.

INTRODUÇÃO

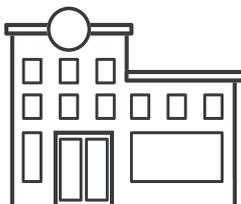
Segurança do paciente (SP) contempla um dos pilares da qualidade da assistência nos serviços de saúde, associando-se à ausência de danos decorrentes do cuidado e alcance dos resultados desejados. No entanto, o advento tecnológico e complexidade no cuidado presentes nas instituições de saúde se constituem num eixo de preocupação dentro da SP, visto que se associam ao elevado índice de eventos adversos (EA) relacionados aos cuidados (HAAS et al., 2022).

Nos últimos anos, a segurança do paciente ganhou visibilidade no Brasil. Assim, os profissionais têm habitualmente se capacitado e o erro, apesar da cultura punitiva ainda vigente, vem sendo identificado, notificado e discutido com maior frequência. (MS, 2018; WHO, 2016).

Os incidentes relacionados à segurança do paciente são definidos como circunstâncias que podem ou não resultar em dano e, quando esse ocorre, caracteriza-se como evento adverso. A segurança do paciente está relacionada à redução dos riscos de danos desnecessários associados aos cuidados de saúde a um mínimo aceitável (SANCHES, et al., 2020)

A implementação e manutenção de estratégias para SP perpassam por ações isoladas, as quais requerem envolvimento institucional e organizacional para boas práticas em saúde. Destaca-se a Cultura de Segurança do Paciente (CSP) como um importante componente organizacional e multidimensional que reflete o comprometimento dos profissionais de uma instituição com a promoção de atitudes seguras e, conseqüentemente, a redução dos incidentes em saúde (SCHUH et al, 2019; MADALOZZO et al, 2022).

A cultura de segurança constitui-se de uma estratégia importante na gestão dos serviços que favorece a implantação de práticas seguras e a mitigação dos eventos adversos. Deste modo, a ava-



liação da cultura de segurança é exigida por organizações internacionais e nacionais de acreditação hospitalar, a fim de identificar e gerir as questões relacionadas à segurança do paciente, para monitorar mudanças e resultados relacionados à temática (MACEDO, et al, 2016; TOMAZONI et al, 2015).

A avaliação da cultura de segurança de um sistema organizacional possibilita mensurar condições que requerem atenção por meio da identificação de fatores que elevam o risco de EA, além de criar oportunidades de estratégias de melhoria para SP nas instituições de saúde. Uma vez que a complexidade é intrínseca às unidades de pronto atendimento e terapia intensiva devido ao uso de tecnologia dura e ao perfil de pacientes graves, pode haver predisposição à ocorrência de EA (PIETRO, et al, 2020).

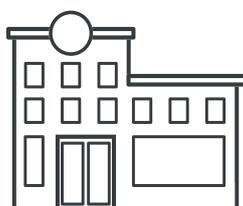
Em síntese, a cultura de segurança do paciente é importante para a extração de informações relacionadas às instituições de saúde, realizando um diagnóstico situacional, e com isso disponibilizar meios para estabelecer ações de melhoria e fortalecimento.

DESENVOLVIMENTO

O entendimento global de segurança do paciente, em toda sua extensão, por parte dos profissionais de enfermagem, não é totalmente contemplado. Isso pode ser resultado de que no meio profissional da equipe de enfermagem a temática segurança do paciente ainda não é satisfatoriamente estudada, conforme vem sendo imaginada na última década (MELO; BARBOSA, 2013).

Um estudo sobre a cultura de segurança do paciente em terapia intensiva mostrou uma necessidade maior de capacitação pelos profissionais, situação que pode ser mais um nó crítico para as organizações de saúde, pois além do de ter que garantir a atualização dos profissionais também têm que se preocupar com ensino de princípios básicos da prática profissional (MELO; BARBOSA, 2013).

Para disseminar a cultura de segurança do paciente em um hospital é primordial o envolvimento das equipes de gestão. Planejando, implementando e avaliando diversas ações de melhoria, e fazer com que essas ações que objetivem a segurança do paciente, transcendam os profissionais da



equipe de enfermagem tornando-se uma cultura da instituição (COSTA et al., 2018).

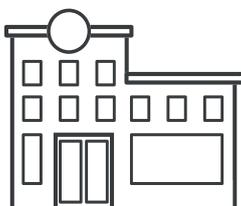
A palavra cultura e seus diversos conceitos deriva do desenvolvimento histórico das mudanças da humanidade no decorrer do tempo. E originada do termo em latim cultura, possuindo e originando diversos significados, sendo sinônimos de verbos como honrar, venerar, cultivar, proteger. Também é um termo denominado para uma ação e processos no sentido de “Cuidado com algo”. Possuindo uma terminologia para atitudes ou ações em grupos sociais que talvez possam ser atribuídos ao mesmo objetivo (CANEDO, 2009).

Na assistência à saúde, a cultura é inserida em diversos meios como citado anteriormente, através de ações de grupos sociais que objetivam cuidar de algo ou alguém. Nas instituições de saúde públicas ou privadas, independentemente do nível de complexidade, desde o ano de 2013, vem-se promovendo a instituição e aplicabilidade da mudança de conceitos culturais relacionadas a prestação de cuidados de saúde aos pacientes.

Em 2013, foi instituído no Brasil a Portaria nº 529 de 1º de abril, com objetivo de desenvolver um Programa de Segurança do Paciente nos estabelecimentos de saúde. Dentre um dos conceitos a serem aplicados, a cultura de segurança do paciente. Inicialmente definida a partir das ações que devem ser executadas com base na caracterização operacionais, envolvendo as ações de segurança do paciente tanto para os profissionais de saúde quanto para a gestão, onde assumem o cuidado de todos os sujeitos envolvidos na assistência à saúde.

Assim como, estabelece o incentivo e encorajamento da cultura da notificação de danos e eventos adversos, estabelecer oportunidades de aprendizado a partir dos achados notificados e aprendizado organizacional, otimizar recursos e estrutura apropriados para ações necessárias, não sendo o priorizadas questões financeiras acima do bem estar do paciente, envolvendo a responsabilização continua da segurança em toda instituição (BRASIL, 2015).

Um estudo realizado em 2020 sobre a percepção de uma categoria profissional quanto a cultura de segurança estabelecida em uma instituição de alta complexidade, foi possível concluir como uma das principais fragilidades está relacionada à execução ou possíveis ações punitivas pelos erros



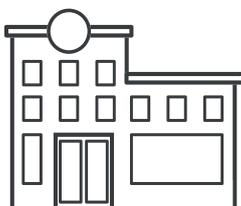
ocorridos, adequação dos profissionais para mudanças e déficit na comunicação com diálogo enfraquecido, dentre outras dimensões analisadas. (SANCHI, et. al 2020).

Em um outro estudo, publicado em 2021, com base no instrumento utilizado, foi possível identificar algumas fragilidades nas dimensões que medem e expõem aspectos sobre a cultura de segurança do paciente. As dimensões mais fragilizadas estão relacionadas a “mudança de turnos e transição entre as unidades”, a “abertura da comunicação”, “o trabalho em equipe entre as unidades hospitalares”, a “adequação de pessoal”, e a “resposta punitiva ao erro” (MAGALHÃES et. al., 2021).

São observadas na literatura algumas alternativas para as mudanças necessárias para o estabelecimento de uma cultura de segurança do paciente mais fortalecida. São mudanças associadas ao incentivo a notificação, reconhecimento dos erros e falhas assistenciais, entender que o erro faz parte do processo e que pode ser determinado como uma oportunidade de melhoria e aprendizado organizacional, assistir o paciente visando priorizando suas necessidades, modificar o ambiente punitivo, ajustar modelos assistenciais reduzindo a priorização da cobrança da efetividade máxima do profissional. Lembrando e entendendo que a cultura justa promove a diferenciação do profissional cuidadoso que comete erros, dos que são comumente imprudentes e promovem erros constantemente (BRASIL, 2014).

CONCLUSÃO

Por fim, a segurança do paciente é fundamental para a prestação de cuidados de saúde em todos os contextos. No entanto, eventos adversos evitáveis, erros e riscos associados aos cuidados de saúde continuam sendo grandes desafios para a segurança do paciente em todo o mundo, principalmente em países emergentes (OMS, 2023). As evidências disponíveis pela OMS (2021) apontam que cerca de 134 milhões de eventos adversos ocorrem em hospitais de baixa e países de renda média, contribuindo com cerca de 2,6 milhões de mortes todos os anos, com estimativas de custo social do dano ao paciente avaliado em US\$ 1 trilhão para 2 trilhões por ano.



O Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) foi criado pelo Ministério da Saúde em 2013, com o objetivo de contribuir para a qualificação do cuidado em saúde, tendo como uma das competências propor e validar protocolos, guias e manuais voltados à segurança do paciente em diferentes áreas, incluindo procedimentos cirúrgicos e de anestesiologia e processos de identificação de pacientes, além da proposição e validação de projetos de capacitação em Segurança do Paciente (BRASIL, 2013).

A publicação da Resolução RDC 36 de julho de 2013 (BRASIL, 2013b) que tem por objetivo instituir ações para promoção da segurança do paciente e a melhoria nos serviços de saúde incrementa a portaria 529 citada acima, pois ainda reúne um conjunto de elementos que enriquecem as definições para as boas práticas do funcionamento dos serviços de saúde. Dentre elas discute-se sobre a cultura de segurança nas instituições, definições de incidente, dano e evento adverso, criação do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) e estabelece estratégias e ações de gestão voltadas a segurança do paciente. (BRASIL, 2013a).

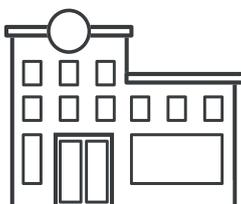
A cultura de segurança de uma organização pode ser definida como o produto de valores individuais e de grupo, atitudes, percepções, competências e padrões de comportamento que determinam compromisso, estilo, proficiência, saúde de uma organização e gestão de segurança (SAMMER, 2010).

Organizações com uma cultura positiva de segurança são caracterizadas por comunicações fundadas em confiança mútua, percepções comuns da importância da segurança e convicção na eficácia de medidas preventivas. (HEALTH AND SAFETY, 1993).

REFERÊNCIAS

BRASIL. Documento de Referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Relatório



de Eventos Adversos período de março de 2014 a janeiro de 2018, 2018.

BRASIL. Portaria Nº 529, DE 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Ministério da Saúde. Brasília. 2013. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html. Acesso em 04 de dezembro de 2023.

BRASIL. PORTARIA Nº 529, DE 1º DE ABRIL DE 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html

CANEDO, D. “Cultura é o quê?” - reflexões sobre o conceito de cultura e a atuação dos poderes públicos. V ENECULT - Encontro de Estudos Multidisciplinares em Cultura 27 a 29 de maio de 2009 Faculdade de Comunicação/UFBA, Salvador-Bahia-Brasil. Disponível em: <https://www.cult.ufba.br/enecult2009/19353.pdf>. Acesso em: 04 de dezembro de 2023.

COSTA D.B da. et al. Cultura de segurança do paciente: avaliação pelos profissionais de enfermagem. Texto contexto – enferm. 2018;27(3):e2670016.

HAAS, L. E., GAEDKE, M. Â., & SANTOS, J. A. M.. (2022). Cultura De Segurança Do Paciente Em Serviços De Alta Complexidade No Contexto Da Pandemia Covid-19. Cogitare Enfermagem, 27, e83942.

MACEDO, T.R. et al. The culture of patient safety from the perspective of the pediatric emergency nursing team. Rev Esc Enferm USP. 2016;50(5):756-62.

MADALOZZO M.M. et al Culture of patient safety in an accredited high complexity hospital. Res. Soc. Dev. 2021; 10(6).

MAGALHÃES, E.V, et. al. Cultura de segurança do paciente entre profissionais de Enfermagem em um hospital filantrópico de Minas Gerais. Revista Cuidarte. 2021;12(3): e1990.

MELLO, J.F DE; BARBOSA, F.F.S. Cultura de segurança do paciente em terapia intensiva: recomendações da enfermagem. Texto contexto - enferm 2013Oct;22(4):1124–33.

OMS. Global Patient Safety Action Plan 2021–2030: Towards eliminating avoidable harm in health care. 2021.



OMS. Organização Mundial da Saúde. Plano de ação global para segurança do paciente 2021-2030. 2023.

PRIETO, M.M.N; FONSECA, R.E.P DA; ZEM-MASCARENHAS, S.H. Assessment of patient safety culture in Brazilian hospitals through HSOPSC: a scoping review. Rev. bras. Enferm, 2021, 74(6):e20201315.

SAMMER, C.E. et al. What is patient safety culture? A review of the literature. J Nurs Scholarsh. 2010 Jun;42(2):156-65.

SANCHI, D.Z, et. al. Cultura de segurança do paciente: percepção de profissionais de enfermagem em instituições de alta complexidade. Revista Brasileira de Enfermagem. 73(5). 2020.

SANCHIS, D. Z., HADDAD, M. DO C. F. L., GIROTTO, E., & SILVA, A. M. R. Patient safety culture: perception of nursing professionals in high complexity institutions. Revista Brasileira De Enfermagem, 73(5), e20190174, 2020. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0174>.

SCHUH, L.X; POSSUELO, L.G; KRUG, S.B,F. Cultura de segurança do paciente em urgência e emergência. Revista Interdisciplinar de Promoção da Saúde, 2019; 2 (2). Disponível em: <https://doi.org/10.17058/rips.v2i2.13775> » <https://doi.org/10.17058/rips.v2i2.13775>

TOMAZONI, A. Evaluation of the patient safety culture in neonatal intensive care. Texto Contexto Enferm. 2015;24(1):161-9. doi: 10.1590/0104-07072015000490014 » <https://doi.org/10.1590/0104-07072015000490014>

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). The conceptual framework for the international classification for patient safety v1.1: final technical report and technical annexes; 2009.



Capítulo 7

POTENCIALIDADES DA ATENÇÃO BÁSICA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE



POTENCIALIDADES DA ATENÇÃO BÁSICA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

POTENTIALITIES OF PRIMARY CARE IN THE SINGLE HEALTH SYSTEM

Anna Clara de Medeiros Brilhante¹

Ana Karina de Almeida Soares²

Miriã Bernardino da Silva do Nascimento³

Uberlândia Islândia Barbosa Dantas de Meneses⁴

Iris Abadia Prado⁵

Resumo: A atenção básica, também conhecida como atenção primária à saúde, é uma parte fundamental dos sistemas de saúde em todo o mundo. Suas potencialidades são diversas e abrangem uma série de áreas. A atenção básica busca garantir o acesso universal aos serviços de saúde. Isso significa que todos, independentemente de sua condição socioeconômica, têm direito a cuidados básicos de saúde. Ela é crucial para a prevenção de doenças, e se concentra em medidas preventivas, como vacinação, aconselhamento sobre hábitos saudáveis, detecção precoce de doenças e promoção da saúde. Além da prevenção, a atenção básica promove a saúde de maneira geral. Isso envolve educar as

1 Farmacêutica Especialista em Saúde da Família, Práticas Integrativas e Complementares em Saúde, Gestão Pública e Hospitalar, Neurociência e Física da Consciência e Farmácia Clínica direcionada à Prescrição Farmacêutica.

2 Especialista em saúde mental e em gestão do cuidado com o foco no apoio matricial pela UFPB.

3 Acadêmica de Farmácia

4 Graduada em Enfermagem. Doutoranda em Enfermagem pelo Programa Associado de Pós-graduação em Enfermagem UPE/UEPB. Mestre em Cuidado em Enfermagem e Saúde pelo Programa de Pós- Graduação em Enfermagem da UFPB. Especialista em Saúde Coletiva com concentração em Gestão Pública pelo Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da Universidade Federal da Bahia.

5 Enfermeira vinculada a Instituição IMEPAC.



pessoas sobre a importância de estilos de vida saudáveis, boa nutrição, exercícios regulares e outros fatores que contribuem para o bem-estar.

Palavras chaves: Atenção Básica; Sistema Único de Saúde; Cuidado.

Abstract: Basic care, also known as primary health care, is a fundamental part of health systems around the world. Its potential is diverse and covers a series of areas. Primary care seeks to guarantee universal access to health services. This means that everyone, regardless of their socioeconomic status, has the right to basic health care. It is crucial for disease prevention, and focuses on preventative measures such as vaccination, advice on healthy habits, early detection of disease and health promotion. In addition to prevention, basic care promotes health in general. This involves educating people about the importance of healthy lifestyles, good nutrition, regular exercise and other factors that contribute to well-being.

Keywords: Primary Care; Health Unic System; Careful.

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) é denominada como Atenção Básica (AB) no Brasil e denomina-se como uma relevante estratégia para efetivação dos sistemas de saúde com a garantia de melhorias nas condições de saúde da população (CUNHA, GIOVANELLA; 2011). Em 2002, Starfield qualificou a APS por meio de quatro características essenciais (acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação da atenção) e três derivados (orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural).

O acesso à atenção primária constitui uma ferramenta extremamente relevante para a diminuição dos índices de morbimortalidade, sobretudo quando se promove um primeiro contato do sujeito com o serviço de forma adequada (STARFIELD, 2002). O acolhimento tem papel essencial na



assistência à saúde, pois visa o atendimento ético, humanizado e cidadão, como forma de receber e atender usuários no âmbito dos serviços de saúde, favorecendo a interação entre equipe e população (TEIXEIRA, 2003).

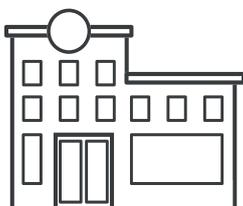
O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) possui em seus instrumentos de avaliação questões que buscam verificar a satisfação dos usuários quanto aos serviços de saúde no que se refere ao seu acesso e utilização (BRASIL, 2014). Ainda que a Estratégia de Saúde da Família seja ambiente favorável para efetivação de vínculo entre usuários e profissionais da unidade, esse atributo não é de fácil aplicação, na medida em que envolve questões como a oferta apropriada de serviços de APS, mecanismos de fixação do profissional na unidade de saúde e a presença de profissionais sensíveis e atentos às necessidades de saúde da população por meio de uma atenção integral (CUNHA, GIOVANELLA, 2011e KESSLER, 2019).

A plena institucionalização de práticas de monitoramento e avaliação das ações na rede básica é dispositivo fundamental para qualificar a gestão e a organização dos serviços, orientando iniciativas e estratégias para o alcance de objetivos e metas (FACCHINI; TOMASI e DILÉLIO, 2018).

DESENVOLVIMENTO

Muitos se tem discutido, acerca das potencialidades da atenção básica no SUS, que tem por objetivo garantir uma melhor atenção básica, atenção e cuidado ao paciente, redução das desigualdades, maior precisão no diagnóstico, menor mortalidade de doenças cardiovasculares, entre outros fatores que são de suma importância (SOUSA et al., 2019).

É preciso inicialmente frisar que a importância do SUS para a população, que é essencial, e possui diversos programas de cuidado com o paciente, desde o cuidado com o pré-natal até com o programa de hipertensão do idoso, apoio psicológico, urgência e Emergências, cuidado com pessoas com deficiências, inclusão social e saúde e bem estar nas unidades de clínicas da família, visando assim garantir a qualidade e o cuidado com o paciente, reduzindo assim as desigualdades, pois o SUS



possui todo apoio e suporte para o cuidado pessoal (SÁ et al., 2021).

Além disso possui um cuidado e precisão no diagnóstico, onde o paciente faz o acompanhamento nas unidades básicas de saúde, exames, imagens, e é encaminhado para uma unidade de tratamento específico para o diagnóstico determinado, no qual é orientado e auxiliado no que precisa fazer, no preparo do seu exame e possui um agente de saúde que o monitora, visando assim garantir o diagnóstico e um melhor acompanhamento do seu tratamento (SOUSA et al., 2019).

Outro aspecto importante é a diminuição da taxa de mortalidade cometida por doenças cardiovasculares, e por ser acompanhado e observado, o paciente faz um controle da Pressão Arterial e tem um programa de Atenção farmacêutica, que o orienta na parte do medicamento e com palestras e grupos de apoio. Ainda se tem a área de exercícios distribuídas pelo município e esses pacientes têm apoio de um profissional que incentiva a prática educativa e a rotina saudável, possui também programa de hipertensão para um melhor controle, reduzindo os riscos de mortalidade desses pacientes e ainda ofertando uma melhor qualidade de vida (FIGUEIREDO et al., 2022).

Sobre as potencialidades da atenção básica no SUS, vemos que é de excelência e têm apoio e equipes multidisciplinares que auxiliam, cuidam, monitoram e observam o paciente de perto em seus tratamentos, todos os fatores mencionados acima são de suma relevância para uma melhor atenção básica dos pacientes, assim garantimos uma melhor qualidade de vida e expectativa para todos, pois o SUS é para todos (FIGUEIREDO et al., 2022).

CONCLUSÃO

A atenção básica visa oferecer cuidados abrangentes e integrados. Os profissionais de saúde na atenção primária estão em posição privilegiada para coordenar os cuidados, encaminhando os pacientes para especialistas quando necessário. Ao atuar como o primeiro ponto de contato entre os indivíduos e o sistema de saúde, a atenção básica é crucial na identificação precoce de doenças. Isso permite um tratamento mais eficaz e menos dispendioso.



Ao garantir que todos tenham acesso a serviços básicos de saúde, a atenção primária contribui para a redução das desigualdades em saúde, ajudando a mitigar disparidades socioeconômicas na saúde da população. Investir na atenção básica pode resultar em economia de recursos a longo prazo. A prevenção de doenças e a gestão eficiente dos cuidados de saúde primários podem reduzir a necessidade de intervenções mais caras em níveis superiores do sistema de saúde.

Por fim, a atenção básica também pode capacitar as comunidades, envolvendo os indivíduos no gerenciamento de sua própria saúde e na promoção de ambientes saudáveis. Em resumo, a atenção básica desempenha um papel crucial na construção de sistemas de saúde eficazes e sustentáveis, abordando as necessidades de saúde da população de forma abrangente e equitativa.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. Saúde mais perto de você: acesso e qualidade Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ- AB). Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2014.

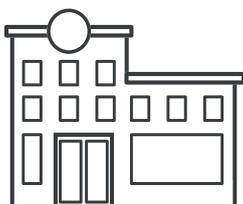
CUNHA, E. M. DA; GIOVANELLA, L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. *Ciencia & saude coletiva*, v. 16, n. supl 1, p. 1029-1042, 2011.

DE FIGUEREDO, Rogério Carvalho et al. Avaliação da atenção primária em saúde no Brasil: principais características, limitações e potencialidades entre PMAQ e PCATool. *Research, Society and Development*, v. 11, n. 1, p. e29311124395-e29311124395, 2022.

DE SÁ, Suellen Cristinne Macedo et al. Desafios e potencialidade da atuação da equipe multiprofissional na atenção primária em saúde. *Saúde Coletiva (Barueri)*, v. 11, n. 61, p. 4918-4929, 2021.

FACCHINI, L. A.; TOMASI, E.; DILÉLIO, A. S. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. *Saúde em Debate*, v. 42, n. esp. 1, p. 208–223, 2018.

KESSLER, Marciane et al. Ações educativas e de promoção da saúde em equipes do Programa Na-

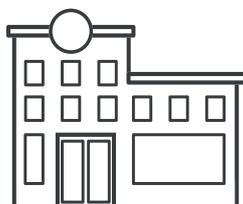


cional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, Rio Grande do Sul, Brasil. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 27, 2018.

SOUSA, Maria Fátima de et al. Potencialidades da Atenção Básica à Saúde na consolidação dos sistemas universais. *Saúde em Debate*, v. 43, p. 82-93, 2020.

STARFIELD, B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Unesco, 2002.

TEIXEIRA, C. A. Mudança do modelo de atenção à saúde no SUS. *Saúde da Família*, p. 19-29, 2006.



Capítulo 

**PRÁTICAS INTEGRATIVAS E
COMPLEMENTARES EM SAÚDE COLETIVA**



PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE

COLETIVA

INTEGRATIVE AND COMPLEMENTARY PRACTICES IN COLLECTIVE HEALTH

Anna Clara de Medeiros Brilhante¹

Jéssica Leny Gomes Ferreira²

Anaila de Araújo Oliveira³

Ana Karina de Almeida Soares⁴

Debora Cristina Santos⁵

Sérgio Ferreira Tannús⁶

Neide Moreira de Souza⁷

Resumo: As Práticas Integrativas e Complementares (PICs) em saúde coletiva referem-se a abordagens terapêuticas que se integram à medicina convencional para promover a saúde, prevenir doenças

1 Especialista em Saúde da Família, Práticas Integrativas e Complementares em Saúde, Gestão Pública e Hospitalar, Neurociência e Física da Consciência e Farmácia Clínica direcionada à Prescrição Farmacêutica.

2 Especialista em Prótese Dentária; Aperfeiçoamento em Ortodontia.

3 Pós-Graduada em Enfermagem Obstétrica e Saúde da Família. Enfermeira assistencial pela EBSEH – HCUFU.

4 Especialista em saúde mental e em gestão do cuidado com o foco no apoio matricial pela UFPB

5 Especialização em Docência nos Ensinos Médio, Técnico e Superior. Mestranda do Programa de Pós-graduação em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador da Universidade Federal de Uberlândia- PPGAT/UFU

6 Graduado em Enfermagem. Mestre em Saúde Ambiental e Saúde do trabalhador PPGAT pelo programa de pós-graduação da Universidade Federal de Uberlândia.

7 Pós-graduação em UTI, com Ênfase em Urgência e Emergência (Instituto Passo 1, Uberlândia, MG/Brasil). Doutoranda em Saúde Pública (UCES/CABA/AR)



e contribuir para o tratamento de diversos problemas de saúde. Essas práticas têm sido cada vez mais reconhecidas e adotadas em sistemas de saúde em todo o mundo. Alguns exemplos de PICs incluem acupuntura, homeopatia, fitoterapia, yoga, meditação, entre outras. As PICs geralmente adotam uma abordagem holística, considerando não apenas os sintomas físicos, mas também aspectos emocionais, mentais e sociais da saúde. Essa abordagem é alinhada com os princípios da saúde coletiva, que buscam compreender e intervir nos determinantes sociais da saúde.

Palavras chaves: Práticas Integrativas e Complementares; Saúde Coletiva; Cuidado; Atenção Básica.

Abstract: Integrative and Complementary Practices (PICs) in public health refer to therapeutic approaches that integrate with conventional medicine to promote health, prevent diseases and contribute to the treatment of various health problems. These practices have been increasingly recognized and adopted in healthcare systems around the world. Some examples of PICs include acupuncture, homeopathy, herbal medicine, yoga, meditation, among others. PICs often take a holistic approach, considering not only physical symptoms but also emotional, mental and social aspects of health. This approach is aligned with the principles of collective health, which seek to understand and intervene in the social determinants of health.

Keywords: Integrative and Complementary Practices; Public Health; Careful; Basic Care.

INTRODUÇÃO

A construção da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS iniciou-se a partir do atendimento das diretrizes e recomendações de várias Conferências Nacionais de Saúde e às recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS). Nesse sentido, em 03 de maio de 2006, o Ministério da Saúde aprovou e publicou a portaria nº 971 instituindo a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde (AMADO et al., 2018).



As Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) caracterizam-se como um grupo de racionalidades médicas e recursos terapêuticos de cuidado que buscam a promoção, a prevenção, a recuperação e o tratamento da saúde, contribuindo para a atenção ao indivíduo de maneira integral. Essas práticas ampliam as abordagens de cuidado e as possibilidades terapêuticas para os usuários, garantindo maiores integralidade e resolutividade da atenção à saúde (BRASIL, 2018).

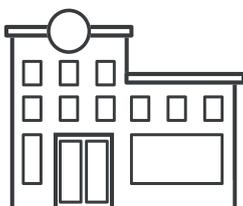
Atualmente a PNPIC estabelece 29 práticas, sendo elas: apiterapia; aromaterapia; arteterapia; ayurveda; biodança; bioenergética; constelação familiar; cromoterapia; dança circular; geoterapia; hipnoterapia; homeopatia; imposição de mãos; medicina antroposófica/ antroposofia aplicada à saúde; medicina tradicional chinesa- acunputura; meditação; musicoterapia; naturopatia; osteopatia; ozonioterapia; plantas medicinais- fitoterapia; quiropraxia; reflexoterapia; reiki; shantala; terapia comunitária integrativa; terapia de florais; termalismo social/ crenoterapia e ioga (BRASIL, 2006).

Com a Implementação das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS), no Sistema Único de Saúde (SUS), o Brasil desponta em cuidados com a Saúde, contribuindo para a prevenção de doenças, promoção e manutenção da saúde (5). As PICS podem ser ofertadas em todos os âmbitos da atenção à saúde; contudo, a PNPIC estimula que essas práticas sejam implantadas prioritariamente na Atenção Básica (CALVI; RABI; VIANA, 2021).

As Práticas Integrativas e Complementares, por privilegiarem a atividade terapêutica e basearem em teorias voltadas para os aspectos ambientais e comportamentais do processo saúde-doença, caracterizam-se como estratégias potencialmente interessantes para o enfrentamento dos novos desafios na atenção à saúde.

Assim as PICS podem ser consideradas como uma forma de promover a saúde. Antes delas e de outras ofertas de cuidado que reconhecem e valorizam os determinantes e condicionantes da saúde, o recurso público da saúde era utilizado prioritariamente em determinadas formas de cuidado, diminuindo a possibilidade do cidadão em participar da escolha da abordagem do cuidado (HABIMORAD et al., 2020).

Porém, apesar da reconhecida importância que as PICS têm representado para a melhoria



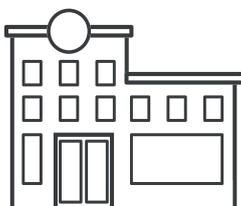
do cuidado em saúde, diversos são os desafios para sua implantação e implementação na Rede de Atenção à Saúde (RAS), inclusive considerando as especificidades regionais e locais. De modo geral, sua implantação no SUS tem tido pouco apoio, considerando o baixo incentivo financeiro, poucos investimentos em formação e baixa avaliação e monitoramento, sobretudo quanto à inserção da Medicina Tradicional e Complementar na atenção primária à saúde (NERI et al., 2023; TESSER; SOUSA; NASCIMENTO, 2018).

DESENVOLVIMENTO

O caminho de construção de um novo modelo assistencial de saúde, por meio do movimento Atenção Primária em Saúde do Futuro, tem feito sua fundamentação na ampliação da assistência médica por meio do Programa Mais Médicos. Esse modelo, pactua oportunizar para a população mais abastada, cada vez mais assistência, garantindo o acesso à saúde a partir dos preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS).

No tocante à Integralidade, princípio do SUS que defende e garante considerar o ser humano de forma global, olhando para suas necessidades e características, percebemos que as Práticas Integrativas e Complementares de Saúde (PICS), ocupam um papel importantíssimo para que esse princípio organizacional seja realidade no nosso sistema de saúde.

As PICS foram elaboradas como proposta de um novo modelo de cuidado no país, de forma concreta a partir de 2006, com a publicação da primeira edição da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS, a PNPIC. Segundo o Ministério da Saúde (MS), as PICS são baseadas no modelo de atenção humanizada e centrada na integralidade do indivíduo, que buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos, promoção e recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade (PNPIC, 2015). Hoje, são padronizadas 29 Práticas, com racionalidades médicas distintas, porém, todas com



o mesmo princípio, ir além do modelo de cuidado médico ocidental, essencialmente medicamentoso e centrado na doença.

Considerando que estamos há menos de três anos para a PNPIC complete vinte anos de publicação, devemos refletir como está a situação da implantação das PICS no nosso território. Dentre os mais variados Estados, podemos lembrar que com a publicação do Manual de Implantação de Serviços de Práticas Integrativas e Complementares no SUS, que data de 2018, é possível perceber que a construção desse instrumento revela a dificuldade da implantação ainda se faz presente por diversos fatores. Os mais impactantes e sensíveis deles é a fonte de financiamento e a capacitação profissional.

Segundo a Política Nacional, é de responsabilidade de Estados e Municípios a capacitação profissional e demais subsídios para sejam implantados os serviços de PICS no SUS de forma regular. Para isso, alguns Estados fizeram a elaboração de suas próprias políticas, considerando a aceitação de determinadas PICS por meio da população local, as peculiaridades de cada Região de Saúde e estabelecendo a padronização da responsabilidade das fontes de financiamento.

Esses foram alguns dos estados que criaram suas Políticas Estaduais a partir da Política Nacional: Goiás e Minas Gerais em 2009, São Paulo em 2010, Rio Grande do Norte em 2011, Rio Grande do Sul em 2013, Mato Grosso em 2015, Paraná em 2018, Santa Catarina e Bahia em 2019 (OBSERVA-PICS, 2019). Essa movimentação estadual busca criar um fluxo de implementação das PICS em cada estado por meio de padronizações junto aos Conselhos Estaduais de Saúde.

Mesmo após publicação das Políticas Estaduais, alguns Estados sofreram diminuição do número de estabelecimentos de saúde que ofertam PICS no SUS, o Rio Grande do Norte é um deles. O RN possuía 475 em 2017, em 2018 passou a ser 418 e por fim, 2019 eram 464. Podemos considerar atribuir uma possível relação de causa e efeito multifatorial, que resulta na diminuição desse número. Possuímos oito Regiões de Saúde de abarcam 167 Municípios, de forma autônoma cada Região tem elaborado Planos de Atuação com participação de pesquisadores vinculados à Programas de Pós-graduação, atuante no Núcleo de Ensino e Pesquisa (NEP), ofertando capacitações em Meditação e Reiki para os Municípios da II Região de Saúde. Já os municípios da IV Região, tem convidado as Institui-



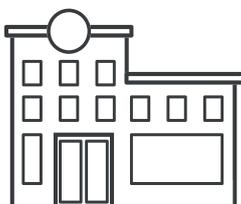
ções de Ensino Superior (IES), com Projetos de Extensão que oferecem PICS, por exemplo o Núcleo de Práticas Integrativas e Complementares (NUPICS) da Universidade Estadual do Rio Grande do Norte (UERN), para realizar ações com seus servidores de diversos setores.

Também precisamos destacar a atuação profissional com PICS, bem como a produção científica, dos alunos de Programas de Residências Multiprofissionais nas Regiões de Saúde que com sua carga horária extensa e suas vivências amplas, fazem a ponte entre o que há de mais novo dos conhecimentos em saúde com a prática vivenciada diariamente, ficando para eles as ações com PICS, uma vez que sua graduação recente já lhe permitiu entrar em contato com os conhecimentos e vivências das Práticas.

Em dados obtidos no Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), no mês de Outubro de 2023, foram realizados no Rio Grande do Norte 1.053 procedimentos com Práticas Integrativas em Saúde, sendo eles: 181 Sessões de Acupuntura, 217 Eletroestimulação, 484 Auriculoterapias, 144 atendimentos com Massoterapia, 1 tratamento Termal/ Crenoterapia, 16 sessões de Aromaterapia, 1 atendimento com Cromoterapia, 6 sessões de Geoterapia, 1 sessão de Imposição de mãos, 1 Hipnoterapia e 1 tratamento Fitoterápico.

Se compararmos com os dados dos atendimentos realizados, no mesmo período nos estados que publicaram suas Políticas Estaduais tardiamente, Paraná em 2018 e Bahia em 2019, teremos os seguintes dados dos respectivos estados: 3.714 e 1.834. É buscada a comparação com Estados distintos, mas principalmente com as políticas mais recentes, para que possamos traçar um paralelo não tão óbvio entre tempo decorrido de publicação da Política Estadual e fortalecimento da oferta das PICS no SUS. Essa relação entre tempo decorrido e fortalecimento das PICS depende diretamente da articulação e movimentação das Conselhos Estaduais de Saúde, bem como a Referência Técnica Estadual responsável pelo setor de PICS.

Corroborando com esse paralelo, diversos relatam encontram problemáticas semelhantes ao pesquisar sobre o processo de implantação das PICS no SUS, trazendo o real cenário atual repleto de fragilidades, segundo os quais, o desconhecimento da Política Nacional, do processo de implantação



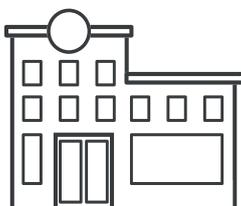
por parte de profissionais e gestores do SUS, a falta de capacitação e recursos específicos para esse fim, é um dos maiores entraves para a oferta de PICS no SUS (PLÁCIDO et al, 2019; ROCHA, 2023; VIEIRA E FILHO, 2022; HABIMORAD et al, 2020).

Dentre as mais diversas estratégias adotadas pelos Estados, o Décimo Quarto Boletim Evidências do ObservaPICS, ressalta a exitosa experiência dos estados Bahia e Minas Gerais que respectivamente, com organização parcerias junto às IES para facilitar a formação profissional dos Servidores do SUS em PICS e de Planos Anuais de Atuação setorizados de forma regionalizada, dirigidos por uma Unidade Regional de Saúde, que atua como referência técnica por meio do acompanhamento, monitoramento e apoio à implementação das Práticas.

Continuamente, sabendo que as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) enquanto abordagem terapêutica de cuidado integral dos usuários (as) constitui-se como uma importante estratégia terapêutica de cuidado em saúde mental e tendo como principal objetivo além prevenir agravos à saúde de maneira integral a promoção e recuperação da mesma devido as estratégias como, tem como benefícios a escuta acolhedora, a construção de vínculos e a conexão entre ser humano, o meio ambiente e a coletividade.

As práticas foram efetivadas e preconizadas pela Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde (PNPIC) são gratuitas e fazem parte do acervo de cuidados ofertado pelo SUS sendo aplicadas na atenção básica e nos Centros de práticas integrativas complementares financiadas e mantidas pelo Ministério da Saúde.

Assim, os vinte e nove procedimentos presentes nas Práticas Integrativas e Complementares (PICS) constituem-se como uma maneira de cuidado do SER Humano, dentro das unidades e serviços de saúde, caracterizando- se como potentes estratégias e diminuindo os agravos através uma visão ampliada do processo saúde e doença, promovendo um cuidado integral de uma maneira holística e especialmente estimulando autocuidado.



CONCLUSÃO

Faz-se necessário observar que as práticas integrativas são complementares ou seja as mesmas não substituem o cuidado em saúde tradicional, porém possibilitam cuidado do indivíduo como um todo, levando em conta seus aspectos físicos, emocionais, mentais e sociais. Dessa maneira as práticas integrativas são um complemento e são indicadas e realizadas por profissionais especializados que trabalham conforme a necessidade exigida por cada situação.

As práticas integrativas, por meio de uma abordagem interdisciplinar e humanizada são estratégias direcionadas tendo como ponto de partida um cuidado humanizado constituindo-se como recursos terapêuticos que ampliam a percepção da população, no sentido de despertar o interesse da mesma para o desenvolvimento da sua autonomia e do autocuidado.

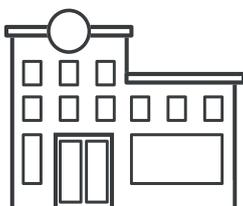
Não podemos esquecer que além de todos os benefícios proporcionados pelas PICS, as mesmas também podem ser usadas para aliviar sintomas e tratar pessoas que já estão com enfermidade instaladas, dentre dessas, podemos destacar os sofrimentos psíquicos (sofrimentos mentais) causados pelas questões internas e também sociais da contemporaneidade.

REFERÊNCIAS

AMADO, D. M. et al. Política nacional de práticas integrativas e complementares no Sistema Único de Saúde 10 anos: avanços e perspectivas. J Manag Prim Health Care [Internet]. 22º de agosto de 2018 [citado 5º de dezembro de 2023];8(2):290-308.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual de implantação de serviços de práticas integrativas e complementares no SUS. Brasília, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS /Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. - Brasília: Ministério da Saúde, 2006.



BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Relatório de Monitoramento Nacional das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde nos Sistemas de Informação. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018.

CALVI, R. L; RABI, L. T; VIANNA, W. O. Práticas integrativas e complementares em saúde (PICS) e a implementação no Sistema Único de Saúde (SUS) – uma breve revisão. Brazilian Journal of Health Review. Curitiba. V. 4, n. 6, p. 29144-29155. 2021.

HABIMORAD, P. H. L. et al. Potencialidades e fragilidades de implantação da política nacional de práticas integrativas e complementares. Revista Ciência e Saúde Coletiva. Internet. 2020.

HABIMORAD, P. H. L. et al., Potencialidades e fragilidades de implantação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. Ciência & Saúde Coletiva, 25(2), 395–405. 2020.

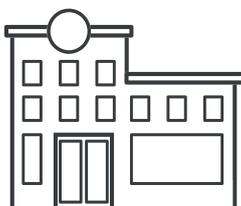
LUZ, Madel Terezinha; BARROS, Nelson Filice de. Racionalidades Médicas e Práticas integrativas em saúde: estudos teóricos e empíricos. Rio de Janeiro: Cepesc / Ims / Uerj / Abrasco, 2012. 360 p.

NERI, S. C. C. et al. Diagnóstico situacional das práticas integrativas e complementares em saúde na Bahia: um estudo transversal. Revista Baiana de Saúde Pública. Bahia. v. 47, n. 1, p. 9-24, 2023.

PLÁCIDO, André Lima et al. Percepção dos gestores das unidades básicas de saúde sobre as práticas integrativas e complementares. Revista de psicologia, v. 13, n. 43, p. 865-872, 2019.

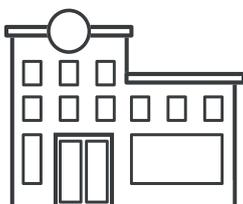
ROCHA, Isabela Rodrigues et al. Práticas Integrativas e Complementares em Saúde: a construção (in) completa da política em um município de grande porte no Brasil. Saúde em Debate, v. 47, p. 110-125, 2023.

SOUZA, I. M. C. Et al. Boletim Evidências ObservaPICS, Recife, n. 14, mai - ago, 2023. rev. atual.



TESSER, C. D; SOUSA, I. M. C; NASCIMENTO, M. C. Práticas integrativas e complementares na atenção primária à saúde brasileira. Revista Saúde em Debate. Rio de Janeiro. V. 42, n. 1, p. 174-188, 2018.

VIEIRA, L. de O.; & Martins Filho, I. E. Secretários de saúde e aspectos relacionados à gestão das Práticas Integrativas e Complementares. Saúde E Sociedade, 31(4), e210698pt. 2022.



Capítulo 9

EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO ESTRATÉGIA DE ENSINO E CUIDADO PARA ADOLESCENTES



EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO ESTRATÉGIA DE ENSINO E CUIDADO PARA ADOLESCENTES

HEALTH EDUCATION AS A TEACHING AND CARE STRATEGY FOR ADOLESCENTS

Marilia Costa da Sila Melo¹

Vânia Marília Lima Guida²

Osiane de Souza³

Elizabeth Cristina Gomes Tomaz de Oliveira⁴

Anaila de Araújo Oliveira⁵

Guedijany Henrique Pereira⁶

Resumo: A educação em saúde desempenha um papel crucial na promoção de estilos de vida saudáveis e na prevenção de problemas de saúde em todas as faixas etárias, incluindo adolescentes. A literatura recomenda que seja adotada uma abordagem holística que leve em consideração não apenas a saúde física, mas também a saúde mental, emocional e social dos adolescentes, e ainda, que integre temas como autocuidado, habilidades sociais, tomada de decisões e gestão do estresse nas atividades

1 Enfermeira pela EBSEH. Especialista em urgência e emergência e Unidade de Terapia Intensiva.

2 Licenciatura em Ciências Naturais, Bacharel em Nutrição e especialista em nutrição clínica e terapia nutricional.

3 Mestrado em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador - PPGAT- UFU.

4 Pós-graduada em Programa de Saúde da Família. Pós-graduada em Enfermagem Pediátrica e Neonatal. Pós-graduada em Enfermagem em UTI Pediátrica e Neonatal.

5 Pós-Graduada em Enfermagem Obstétrica e Saúde da Família. Enfermeira assistencial pela EBSEH – HCUFU.

6 Mestre em saúde pública. Enfermeira assistencial pela EBSEH no Hospital Lauro Wanderley - HULW.



educacionais. A educação em saúde para adolescentes deve ser adaptada às necessidades específicas dessa faixa etária, levando em consideração sua diversidade, desenvolvimento emocional e social, bem como as influências culturais e contextuais. O envolvimento ativo dos adolescentes no processo educacional pode promover uma compreensão mais profunda e duradoura dos princípios de cuidado e promoção da saúde.

Palavras chaves: Adolescência; Cuidado; Educação em Saúde; Ensino.

Abstract: Health education plays a crucial role in promoting healthy lifestyles and preventing health problems across all age groups, including teenagers. The literature recommends that a holistic approach be adopted that takes into account not only the physical health, but also the mental, emotional and social health of adolescents, and also that integrates topics such as self-care, social skills, decision-making and stress management in educational activities. Health education for adolescents must be adapted to the specific needs of this age group, taking into account their diversity, emotional and social development, as well as cultural and contextual influences. The active involvement of adolescents in the educational process can promote a deeper and lasting understanding of the principles of health care and promotion.

Keywords: Adolescence; Careful; Health education; Teaching.

INTRODUÇÃO

A adolescência é um período entre a infância e a vida adulta, na qual ocorrem inúmeras mudanças físicas, fisiológicas, psicológicas, sociais e onde a pessoa busca uma identidade. Segundo a Organização de Mundial de Saúde (OMS) este período corresponde dos 10 aos 19 anos de idade e representa um importante momento no ciclo da vida de uma pessoa, nesta fase ocorre também a necessidade de uma maior integração social, desenvolvimento da personalidade, das emoções e inte-



lectualidade (SOARES, et al., 2008; CONCEIÇÃO et al., 2020). E conforme Dos Santos et al (2019), diante de tantas mudanças é normal que estes adolescentes se tornando mais vulneráveis e assumindo comportamentos de riscos.

A Educação em Saúde são ações desenvolvidas pela Atenção Básica, estas podem ser executadas por todos os profissionais de saúde, independente do cargo (CONCEIÇÃO et al., 2020). Desta forma a Educação em Saúde tem por objetivo promover a saúde e prevenir enfermidades, além disso, leva a reflexão, troca de informações entre os profissionais e usuários, promovendo para a mudança de comportamento e estilo de vida (COSTA, 2020).

Ainda segundo a Da Costa (2020), 200 é justamente para este público que passa por diversas mudanças que a Educação em Saúde vem a ajudar a desenvolver a adoção de hábitos saudáveis que podem os acompanhar ao longo de sua vida, contribuindo com o autocuidado e autonomia. Para isso é necessário que o profissional que venha desenvolver as ações de Educação em Saúde, utilize técnicas pedagógicas a fim de sensibilizar e tornar o público ouvinte participante e envolvido (SALCI et al., 2013).

Desta forma, têm-se inúmeras estratégias para se desenvolver ações de Educação em Saúde, porém com adolescentes é importante estimular o diálogo, contribuindo para que os mesmos participem da discussão e reflitam sobre o próprio comportamento, com isso é necessário abandonar estratégias como a unidirecional, dogmática e autoritária visando apenas levar informação (FILGUEIRA et al., 2016).

DESENVOLVIMENTO

As instituições escolares são espaços destinados a formação sócio educacional capaz de contribuir significativamente na formação dos sujeitos, de modo pleno, integral e saudável (SANTOS; PEYROTON E LINHARES, 2014). A escola ocupa um espaço importante no desenvolvimento de atividades de orientação, de liberdade de expressão e de educação em saúde (OLIVEIRA, 2005).



A educação em saúde promovida nesse espaço precisa estar embasada tanto em referenciais inovadores de educação, quanto em referenciais que compreendam a complexidade do fenômeno saúde, a partir de um conceito amplo e multidimensional, que considera os determinantes sociais do processo saúde-doença (BESEN et al., 2007).

O ambiente escolar não deve-se limitar apenas a um espaço de aperfeiçoamento dos saberes instrumentais, é correto afirmar que estes conhecimentos são fundamentais para a construção das competências e habilidades dos sujeitos, entretanto, são insuficientes e limitados, quando o objetivo é a promoção da saúde integral (GUTERRES et al., 2017). A educação em saúde, nos moldes da problematização, configura-se como estratégia fundamental no tocante ao envolvimento dos adolescentes com a discussão da temática relativa à saúde sexual e reprodutiva (COELHO, FIGUEIREDO et al., 2012).

Algumas estratégias e abordagens específicas que podem ser eficazes ao incorporar a educação em saúde no ensino e cuidado para adolescentes:

- **Abordagem Holística:** Adote uma abordagem holística que leve em consideração não apenas a saúde física, mas também a saúde mental, emocional e social dos adolescentes. Integre temas como autocuidado, habilidades sociais, tomada de decisões e gestão do estresse nas atividades educacionais.
- **Diálogo Aberto e Inclusivo:** Promova um ambiente de diálogo aberto e inclusivo que encoraje os adolescentes a expressar suas preocupações, dúvidas e experiências. Utilize métodos participativos, como discussões em grupo, para facilitar a troca de informações e experiências entre os adolescentes.
- **Temas Relevantes e Atuais:** Aborde temas de saúde que sejam relevantes e significativos para os adolescentes, como saúde mental, sexualidade, prevenção de doenças, hábitos alimentares saudáveis e atividade física. Mantenha-se atualizado sobre as preocupações e desafios específicos que os adolescentes enfrentam em sua comunidade e cultura.
- **Tecnologia e Mídias Sociais:** Utilize a tecnologia e as mídias sociais de maneira positiva



para fornecer informações de saúde aos adolescentes, como vídeos educativos, blogs, podcasts ou aplicativos interativos. Promova a literacia digital e o discernimento crítico em relação às informações disponíveis online.

- **Envolvimento dos Pais e Responsáveis:** Envolver os pais e responsáveis na educação em saúde dos adolescentes, proporcionando-lhes recursos e informações para apoiar os jovens em casa. Realize eventos ou workshops familiares que abordem temas relevantes para adolescentes e seus cuidadores.
- **Profissionais de Saúde nas Escolas:** Promova a presença de profissionais de saúde nas escolas, como enfermeiros e orientadores educacionais, que possam fornecer informações e apoio direto aos adolescentes. Desenvolva parcerias entre escolas e centros de saúde para garantir uma abordagem integrada à educação em saúde.
- **Programas de Mentoria:** Implemente programas de mentoria que envolvam modelos positivos para os adolescentes, proporcionando orientação sobre escolhas saudáveis e comportamentos de risco. Incentive a participação de jovens mentores que possam compartilhar experiências semelhantes e estabelecer conexões significativas com seus colegas.
- **Aprendizado Prático e Vivencial:** Integre atividades práticas e vivenciais que permitam aos adolescentes aplicar conhecimentos de saúde na vida cotidiana. Simulações, jogos educativos e atividades práticas podem tornar o aprendizado mais envolvente e memorável.
- **Apoio Psicológico e Emocional:** Forneça informações e recursos sobre saúde mental, promovendo a importância do autocuidado emocional e incentivando a busca de apoio quando necessário. Integre práticas de promoção da resiliência e habilidades de enfrentamento.
- **Avaliação Contínua:** Implemente avaliações contínuas para medir a eficácia dos programas de educação em saúde, ajustando as estratégias com base no feedback dos adolescentes e dos profissionais envolvidos.



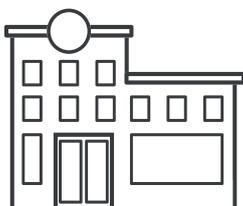
As ações de Educação em Saúde com grupos de adolescentes podem ser enriquecidas com o uso de jogos educativos que são instrumentos eficientes de ensino e aprendizagem, de comunicação e expressão, além de propiciarem satisfação emocional imediata aos participantes (TORRES; HORTALE e SCHALL, 2003).

O Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD), de 1989, e o Estatuto da Criança e do Adolescente, de 1990, são as políticas brasileiras que apresentam diretrizes voltadas para a atenção à saúde e proteção social dos adolescentes (LOPEZ e MOREIRA, 2013). O objeto da enfermagem é o cuidado, e o sujeito é o ser humano em todo o ciclo vital, abrangendo todas as faixas etárias nas mais diversas situações de saúde, doença, com incapacidade ou limitações, a enfermagem trabalha nos diversos campos de atenção. Assim sendo, cabe não somente, mas também, à enfermeira tratar as questões que envolvem o adolescente e o processo da adolescência (FERREIRA, 2006).

CONCLUSÃO

Ao desenvolver programas de educação em saúde para adolescentes, é essencial levar em consideração a diversidade cultural, social e econômica, garantindo que as informações sejam relevantes e culturalmente sensíveis. Além disso, o apoio contínuo dos pais, educadores e profissionais de saúde é crucial para fortalecer as mensagens de saúde e promover escolhas saudáveis entre os adolescentes.

Assim, programas de educação em saúde para adolescentes são estratégias educacionais destinadas a capacitar jovens a tomar decisões informadas sobre sua saúde física, mental e emocional. Esses programas visam fornecer informações relevantes, promover comportamentos saudáveis e prevenir problemas de saúde. Esses programas são projetados para atender às necessidades específicas dos adolescentes, considerando sua diversidade cultural, social e econômica. A educação em saúde para adolescentes busca não apenas transmitir conhecimento, mas também desenvolver habilidades e



atitudes que promovam escolhas saudáveis ao longo da vida.

REFERÊNCIAS

BESSEN, Candice Boppré et al. A estratégia saúde da família como objeto de educação em saúde. *Saúde e sociedade*, v. 16, n. 1, p. 57-68, 2007.

COELHO, Manuela de Mendonça Figueirêdo et al. Educação em saúde com adolescentes: compartilhando vivências e reflexões. *Ciência, Cuidado e Saúde*, v. 11, n. 2, p. 390-395, 2012.

CONCEIÇÃO, Dannicia Silva et al. A educação em saúde como instrumento de mudança social. *Brazilian Journal of Development*, v. 6, n. 8, p. 59412-59416, 2020.

DA COSTA, Thamara Rosa Leonel et al. Educação em saúde e adolescência: desafios para estratégia saúde da família. *Ciência, Cuidado e Saúde*, v. 19, 2020.

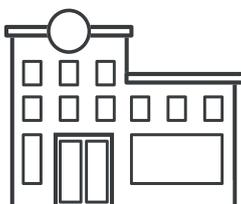
DOS SANTOS, Nadja Maria Florencio Gouveia; DOS SANTOS, Jefferson Nunes; GONÇALVES, Cláudia Fabiane Gomes. Defesa dos direitos da criança e adolescente: vulnerabilidades na aplicação das políticas públicas na saúde. 2019.

FERREIRA, Márcia de Assunção. A educação em saúde na adolescência: grupos de discussão como estratégia de pesquisa e cuidado-educação. *Texto & Contexto-Enfermagem*, v. 15, p. 205-211, 2006.

FILGUEIRA, Ana Cristina Gondim et al. Saúde bucal de adolescentes escolares. *Holos*, v. 1, p. 161-172, 2016.

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

LOPEZ, Silvia Brãna; MOREIRA, Martha Cristina Nunes. Quando uma proposição não se converte em política?: O caso da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens-P-NAISAJ. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 18, p. 1179-1186, 2013.

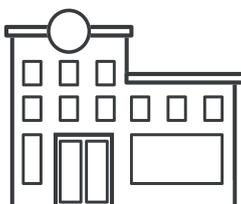


OLIVEIRA, Dora Lúcia de. A'nova'saúde pública e a promoção da saúde via educação: entre a tradição e a inovação. Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 13, p. 423-431, 2005.

Santos SMR, Jesus MCP, Peyroton LS, Linhares FS. Avaliação e classificação do risco familiar em uma escola de educação infantil. Fundan. Care. Online. 2014; 6 (1): 232-40

SOARES, S. M. et al. Workshops on sexuality in adolescence: revealing voices, unveiling views student's of the medium teaching glances. Esc. Anna Nery [on line]. 2008 July/Sept; 12 (3).

TORRES, Heloisa de Carvalho; HORTALE, Virginia Alonso; SCHALL, Virginia. A experiência de jogos em grupos operativos na educação em saúde para diabéticos. Cadernos de Saúde Pública, v. 19, p. 1039-1047, 2003.



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 terã 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





Periodicojs
EDITORA ACADÊMICA

Essa obra organizada é fundamental, porque pauta a discussão de forma interdisciplinar e empírica sobre o tema da saúde coletiva, permitindo um aprofundamento e debate fundamentado sobre melhorias a serem feitas para a qualidade de vida da comunidade.

