



SERVIÇOS E CUIDADOS EM SAÚDE

2

Francisca de Fátima dos Santos Freire
(Organizadora)


Ano 2021



SERVIÇOS E CUIDADOS EM SAÚDE

2

Francisca de Fátima dos Santos Freire
(Organizadora)


Ano 2021

Editora Chefe

Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Assistentes Editoriais

Natalia Oliveira

Bruno Oliveira

Flávia Roberta Barão

Bibliotecária

Janaina Ramos

Projeto Gráfico e Diagramação

Natália Sandrini de Azevedo

Camila Alves de Cremo

Luiza Alves Batista

Maria Alice Pinheiro

Imagens da Capa

Shutterstock

Edição de Arte

Luiza Alves Batista

Revisão

Os Autores

2021 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do Texto © 2021 Os autores

Copyright da Edição © 2021 Atena Editora

Direitos para esta edição cedidos à Atena Editora pelos autores.



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição *Creative Commons*. Atribuição-Não-Comercial-NãoDerivativos 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0).

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores, inclusive não representam necessariamente a posição oficial da Atena Editora. Permitido o *download* da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Todos os manuscritos foram previamente submetidos à avaliação cega pelos pares, membros do Conselho Editorial desta Editora, tendo sido aprovados para a publicação com base em critérios de neutralidade e imparcialidade acadêmica.

A Atena Editora é comprometida em garantir a integridade editorial em todas as etapas do processo de publicação, evitando plágio, dados ou resultados fraudulentos e impedindo que interesses financeiros comprometam os padrões éticos da publicação. Situações suspeitas de má conduta científica serão investigadas sob o mais alto padrão de rigor acadêmico e ético.

Conselho Editorial

Ciências Humanas e Sociais Aplicadas

Prof. Dr. Alexandre Jose Schumacher – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Paraná

Prof. Dr. Américo Junior Nunes da Silva – Universidade do Estado da Bahia

Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof. Dr. Antonio Gasparetto Júnior – Instituto Federal do Sudeste de Minas Gerais

Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília

Prof. Dr. Carlos Antonio de Souza Moraes – Universidade Federal Fluminense
Prof. Dr. Crisóstomo Lima do Nascimento – Universidade Federal Fluminense
Profª Drª Cristina Gaio – Universidade de Lisboa
Prof. Dr. Daniel Richard Sant’Ana – Universidade de Brasília
Prof. Dr. Deyvison de Lima Oliveira – Universidade Federal de Rondônia
Profª Drª Dilma Antunes Silva – Universidade Federal de São Paulo
Prof. Dr. Edvaldo Antunes de Farias – Universidade Estácio de Sá
Prof. Dr. Elson Ferreira Costa – Universidade do Estado do Pará
Prof. Dr. Eloi Martins Senhora – Universidade Federal de Roraima
Prof. Dr. Gustavo Henrique Cepolini Ferreira – Universidade Estadual de Montes Claros
Profª Drª Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionale delle Figlie de Maria Ausiliatrice
Prof. Dr. Jadson Correia de Oliveira – Universidade Católica do Salvador
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense
Profª Drª Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins
Prof. Dr. Luis Ricardo Fernandes da Costa – Universidade Estadual de Montes Claros
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Marcelo Pereira da Silva – Pontifícia Universidade Católica de Campinas
Profª Drª Maria Luzia da Silva Santana – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Pablo Ricardo de Lima Falcão – Universidade de Pernambuco
Profª Drª Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Rita de Cássia da Silva Oliveira – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof. Dr. Rui Maia Diamantino – Universidade Salvador
Prof. Dr. Saulo Cerqueira de Aguiar Soares – Universidade Federal do Piauí
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Vanessa Ribeiro Simon Cavalcanti – Universidade Católica do Salvador
Prof. Dr. William Cleber Domingues Silva – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

Ciências Agrárias e Multidisciplinar

Prof. Dr. Alexandre Igor Azevedo Pereira – Instituto Federal Goiano
Prof. Dr. Arinaldo Pereira da Silva – Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará
Prof. Dr. Antonio Pasqualetto – Pontifícia Universidade Católica de Goiás
Profª Drª Carla Cristina Bauermann Brasil – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. Cleberton Correia Santos – Universidade Federal da Grande Dourados
Profª Drª Diocléa Almeida Seabra Silva – Universidade Federal Rural da Amazônia
Prof. Dr. Écio Souza Diniz – Universidade Federal de Viçosa
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Fágner Cavalcante Patrocínio dos Santos – Universidade Federal do Ceará
Profª Drª Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof. Dr. Jael Soares Batista – Universidade Federal Rural do Semi-Árido
Prof. Dr. Jayme Augusto Peres – Universidade Estadual do Centro-Oeste
Prof. Dr. Júlio César Ribeiro – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Profª Drª Lina Raquel Santos Araújo – Universidade Estadual do Ceará
Prof. Dr. Pedro Manuel Villa – Universidade Federal de Viçosa
Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará
Profª Drª Talita de Santos Matos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Tiago da Silva Teófilo – Universidade Federal Rural do Semi-Árido
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas

Ciências Biológicas e da Saúde

Prof. Dr. André Ribeiro da Silva – Universidade de Brasília
Profª Drª Anelise Levay Murari – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás
Profª Drª Daniela Reis Joaquim de Freitas – Universidade Federal do Piauí
Profª Drª Débora Luana Ribeiro Pessoa – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Douglas Siqueira de Almeida Chaves – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
Profª Drª Elizabeth Cordeiro Fernandes – Faculdade Integrada Medicina
Profª Drª Eleuza Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília
Profª Drª Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina
Profª Drª Eysler Gonçalves Maia Brasil – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira
Prof. Dr. Fernando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Profª Drª Fernanda Miguel de Andrade – Universidade Federal de Pernambuco
Prof. Dr. Fernando Mendes – Instituto Politécnico de Coimbra – Escola Superior de Saúde de Coimbra
Profª Drª Gabriela Vieira do Amaral – Universidade de Vassouras
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. Helio Franklin Rodrigues de Almeida – Universidade Federal de Rondônia
Profª Drª Iara Lúcia Tescarollo – Universidade São Francisco
Prof. Dr. Igor Luiz Vieira de Lima Santos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Jefferson Thiago Souza – Universidade Estadual do Ceará
Prof. Dr. Jesus Rodrigues Lemos – Universidade Federal do Piauí
Prof. Dr. Jônatas de França Barros – Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Prof. Dr. Luís Paulo Souza e Souza – Universidade Federal do Amazonas
Profª Drª Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Marcus Fernando da Silva Praxedes – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Profª Drª Maria Tatiane Gonçalves Sá – Universidade do Estado do Pará
Profª Drª Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federacl do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Paulo Inada – Universidade Estadual de Maringá
Prof. Dr. Rafael Henrique Silva – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados
Profª Drª Regiane Luz Carvalho – Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino
Profª Drª Renata Mendes de Freitas – Universidade Federal de Juiz de Fora
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Welma Emidio da Silva – Universidade Federal Rural de Pernambuco

Ciências Exatas e da Terra e Engenharias

Prof. Dr. Adélio Alcino Sampaio Castro Machado – Universidade do Porto
Profª Drª Ana Grasielle Dionísio Corrêa – Universidade Presbiteriana Mackenzie
Prof. Dr. Carlos Eduardo Sanches de Andrade – Universidade Federal de Goiás
Profª Drª Carmen Lúcia Voigt – Universidade Norte do Paraná
Prof. Dr. Cleiseano Emanuel da Silva Paniagua – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Goiás
Prof. Dr. Douglas Gonçalves da Silva – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Profª Drª Érica de Melo Azevedo – Instituto Federal do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Fabrício Menezes Ramos – Instituto Federal do Pará
Profª Dra. Jéssica Verger Nardeli – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho
Prof. Dr. Juliano Carlo Rufino de Freitas – Universidade Federal de Campina Grande

Profª Drª Luciana do Nascimento Mendes – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Marcelo Marques – Universidade Estadual de Maringá
Prof. Dr. Marco Aurélio Kistemann Junior – Universidade Federal de Juiz de Fora
Profª Drª Neiva Maria de Almeida – Universidade Federal da Paraíba
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Profª Drª Priscila Tessmer Scaglioni – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Sidney Gonçalves de Lima – Universidade Federal do Piauí
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista

Linguística, Letras e Artes

Profª Drª Adriana Demite Stephani – Universidade Federal do Tocantins
Profª Drª Angeli Rose do Nascimento – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
Profª Drª Carolina Fernandes da Silva Mandaji – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Profª Drª Denise Rocha – Universidade Federal do Ceará
Profª Drª Edna Alencar da Silva Rivera – Instituto Federal de São Paulo
Profª Drª Fernanda Tonelli – Instituto Federal de São Paulo,
Prof. Dr. Fabiano Tadeu Grazioli – Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Profª Drª Keyla Christina Almeida Portela – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Paraná
Profª Drª Miraniide Oliveira Neves – Instituto de Educação, Ciência e Tecnologia do Pará
Profª Drª Sandra Regina Gardacho Pietrobon – Universidade Estadual do Centro-Oeste
Profª Drª Sheila Marta Carregosa Rocha – Universidade do Estado da Bahia

Conselho Técnico Científico

Prof. Me. Abrãao Carvalho Nogueira – Universidade Federal do Espírito Santo
Prof. Me. Adalberto Zorzo – Centro Estadual de Educação Tecnológica Paula Souza
Prof. Dr. Adaylson Wagner Sousa de Vasconcelos – Ordem dos Advogados do Brasil/Seccional Paraíba
Prof. Dr. Adilson Tadeu Basquerote Silva – Universidade para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí
Profª Ma. Adriana Regina Vettorazzi Schmitt – Instituto Federal de Santa Catarina
Prof. Dr. Alex Luis dos Santos – Universidade Federal de Minas Gerais
Prof. Me. Alexsandro Teixeira Ribeiro – Centro Universitário Internacional
Profª Ma. Aline Ferreira Antunes – Universidade Federal de Goiás
Profª Drª Amanda Vasconcelos Guimarães – Universidade Federal de Lavras
Prof. Me. André Flávio Gonçalves Silva – Universidade Federal do Maranhão
Profª Ma. Andréa Cristina Marques de Araújo – Universidade Fernando Pessoa
Profª Drª Andrezza Lopes – Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento Acadêmico
Profª Drª Andrezza Miguel da Silva – Faculdade da Amazônia
Profª Ma. Anelisa Mota Gregoleti – Universidade Estadual de Maringá
Profª Ma. Anne Karynne da Silva Barbosa – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Antonio Hot Pereira de Faria – Polícia Militar de Minas Gerais
Prof. Me. Armando Dias Duarte – Universidade Federal de Pernambuco
Profª Ma. Bianca Camargo Martins – UniCesumar
Profª Ma. Carolina Shimomura Nanya – Universidade Federal de São Carlos
Prof. Me. Carlos Antônio dos Santos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Me. Carlos Augusto Zilli – Instituto Federal de Santa Catarina
Prof. Me. Christopher Smith Bignardi Neves – Universidade Federal do Paraná
Profª Drª Cláudia de Araújo Marques – Faculdade de Música do Espírito Santo
Profª Drª Cláudia Taís Siqueira Cagliari – Centro Universitário Dinâmica das Cataratas
Prof. Me. Clécio Danilo Dias da Silva – Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Me. Daniel da Silva Miranda – Universidade Federal do Pará
Profª Ma. Daniela da Silva Rodrigues – Universidade de Brasília
Profª Ma. Daniela Remião de Macedo – Universidade de Lisboa

Profª Ma. Dayane de Melo Barros – Universidade Federal de Pernambuco
Prof. Me. Douglas Santos Mezacas – Universidade Estadual de Goiás
Prof. Me. Edevaldo de Castro Monteiro – Embrapa Agrobiologia
Prof. Me. Edson Ribeiro de Britto de Almeida Junior – Universidade Estadual de Maringá
Prof. Me. Eduardo Gomes de Oliveira – Faculdades Unificadas Doctum de Cataguases
Prof. Me. Eduardo Henrique Ferreira – Faculdade Pitágoras de Londrina
Prof. Dr. Edwaldo Costa – Marinha do Brasil
Prof. Me. Eliel Constantino da Silva – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita
Prof. Me. Ernane Rosa Martins – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Goiás
Prof. Me. Euvaldo de Sousa Costa Junior – Prefeitura Municipal de São João do Piauí
Prof. Dr. Everaldo dos Santos Mendes – Instituto Edith Theresa Hedwing Stein
Prof. Me. Ezequiel Martins Ferreira – Universidade Federal de Goiás
Profª Ma. Fabiana Coelho Couto Rocha Corrêa – Centro Universitário Estácio Juiz de Fora
Prof. Me. Fabiano Eloy Atilio Batista – Universidade Federal de Viçosa
Prof. Me. Felipe da Costa Negrão – Universidade Federal do Amazonas
Prof. Me. Francisco Odécio Sales – Instituto Federal do Ceará
Prof. Me. Francisco Sérgio Lopes Vasconcelos Filho – Universidade Federal do Cariri
Profª Drª Germana Ponce de Leon Ramírez – Centro Universitário Adventista de São Paulo
Prof. Me. Gevair Campos – Instituto Mineiro de Agropecuária
Prof. Me. Givanildo de Oliveira Santos – Secretaria da Educação de Goiás
Prof. Dr. Guilherme Renato Gomes – Universidade Norte do Paraná
Prof. Me. Gustavo Krahl – Universidade do Oeste de Santa Catarina
Prof. Me. Helton Rangel Coutinho Junior – Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro
Profª Ma. Isabelle Cerqueira Sousa – Universidade de Fortaleza
Profª Ma. Jaqueline Oliveira Rezende – Universidade Federal de Uberlândia
Prof. Me. Javier Antonio Albornoz – University of Miami and Miami Dade College
Prof. Me. Jhonatan da Silva Lima – Universidade Federal do Pará
Prof. Dr. José Carlos da Silva Mendes – Instituto de Psicologia Cognitiva, Desenvolvimento Humano e Social
Prof. Me. Jose Elyton Batista dos Santos – Universidade Federal de Sergipe
Prof. Me. José Luiz Leonardo de Araujo Pimenta – Instituto Nacional de Investigación Agropecuaria Uruguay
Prof. Me. José Messias Ribeiro Júnior – Instituto Federal de Educação Tecnológica de Pernambuco
Profª Drª Juliana Santana de Curcio – Universidade Federal de Goiás
Profª Ma. Juliana Thaisa Rodrigues Pacheco – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Kamilly Souza do Vale – Núcleo de Pesquisas Fenomenológicas/UFGA
Prof. Dr. Kárpio Márcio de Siqueira – Universidade do Estado da Bahia
Profª Drª Karina de Araújo Dias – Prefeitura Municipal de Florianópolis
Prof. Dr. Lázaro Castro Silva Nascimento – Laboratório de Fenomenologia & Subjetividade/UFPR
Prof. Me. Leonardo Tullio – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Ma. Lilian Coelho de Freitas – Instituto Federal do Pará
Profª Ma. Lilian de Souza – Faculdade de Tecnologia de Itu
Profª Ma. Liliani Aparecida Sereno Fontes de Medeiros – Consórcio CEDERJ
Profª Drª Lúvia do Carmo Silva – Universidade Federal de Goiás
Prof. Dr. Lucio Marques Vieira Souza – Secretaria de Estado da Educação, do Esporte e da Cultura de Sergipe
Prof. Dr. Luan Vinicius Bernardelli – Universidade Estadual do Paraná
Profª Ma. Luana Ferreira dos Santos – Universidade Estadual de Santa Cruz
Profª Ma. Luana Vieira Toledo – Universidade Federal de Viçosa
Prof. Me. Luis Henrique Almeida Castro – Universidade Federal da Grande Dourados
Prof. Me. Luiz Renato da Silva Rocha – Faculdade de Música do Espírito Santo
Profª Ma. Luma Sarai de Oliveira – Universidade Estadual de Campinas
Prof. Dr. Michel da Costa – Universidade Metropolitana de Santos

Prof. Me. Marcelo da Fonseca Ferreira da Silva – Governo do Estado do Espírito Santo
Prof. Dr. Marcelo Máximo Purificação – Fundação Integrada Municipal de Ensino Superior
Prof. Me. Marcos Aurelio Alves e Silva – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de São Paulo
Profª Ma. Maria Elanny Damasceno Silva – Universidade Federal do Ceará
Profª Ma. Marileila Marques Toledo – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
Prof. Dr. Pedro Henrique Abreu Moura – Empresa de Pesquisa Agropecuária de Minas Gerais
Prof. Me. Pedro Panhoca da Silva – Universidade Presbiteriana Mackenzie
Profª Drª Poliana Arruda Fajardo – Universidade Federal de São Carlos
Prof. Me. Rafael Cunha Ferro – Universidade Anhembi Morumbi
Prof. Me. Ricardo Sérgio da Silva – Universidade Federal de Pernambuco
Prof. Me. Renan Monteiro do Nascimento – Universidade de Brasília
Prof. Me. Renato Faria da Gama – Instituto Gama – Medicina Personalizada e Integrativa
Profª Ma. Renata Luciane Polsaque Young Blood – UniSecal
Prof. Me. Robson Lucas Soares da Silva – Universidade Federal da Paraíba
Prof. Me. Sebastião André Barbosa Junior – Universidade Federal Rural de Pernambuco
Profª Ma. Silene Ribeiro Miranda Barbosa – Consultoria Brasileira de Ensino, Pesquisa e Extensão
Profª Ma. Solange Aparecida de Souza Monteiro – Instituto Federal de São Paulo
Profª Ma. Taiane Aparecida Ribeiro Nepomoceno – Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Prof. Me. Tallys Newton Fernandes de Matos – Faculdade Regional Jaguaribana
Profª Ma. Thatianny Jasmine Castro Martins de Carvalho – Universidade Federal do Piauí
Prof. Me. Tiago Silvio Dedoné – Colégio ECEL Positivo
Prof. Dr. Welleson Feitosa Gazel – Universidade Paulista

Bibliotecária: Janaina Ramos
Diagramação: Camila Alves de Cremo
Correção: Flávia Roberta Barão
Edição de Arte: Luiza Alves Batista
Revisão: Os Autores
Organizadora: Francisca de Fátima dos Santos Freire

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

S491 Serviços e cuidados em saúde 2 / Organizadora Francisca de Fátima dos Santos Freire. – Ponta Grossa - PR: Atena, 2021.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-5983-199-9

DOI 10.22533/at.ed.999211806

1. Saúde. I. Freire, Francisca de Fátima dos Santos (Organizadora). II. Título.

CDD 613

Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166

Atena Editora

Ponta Grossa – Paraná – Brasil

Telefone: +55 (42) 3323-5493

www.atenaeditora.com.br

contato@atenaeditora.com.br

DECLARAÇÃO DOS AUTORES

Os autores desta obra: 1. Atestam não possuir qualquer interesse comercial que constitua um conflito de interesses em relação ao artigo científico publicado; 2. Declaram que participaram ativamente da construção dos respectivos manuscritos, preferencialmente na: a) Concepção do estudo, e/ou aquisição de dados, e/ou análise e interpretação de dados; b) Elaboração do artigo ou revisão com vistas a tornar o material intelectualmente relevante; c) Aprovação final do manuscrito para submissão.; 3. Certificam que os artigos científicos publicados estão completamente isentos de dados e/ou resultados fraudulentos; 4. Confirmam a citação e a referência correta de todos os dados e de interpretações de dados de outras pesquisas; 5. Reconhecem terem informado todas as fontes de financiamento recebidas para a consecução da pesquisa.

APRESENTAÇÃO

A obra “Organização Serviços e Cuidados em Saúde”, consiste em uma série de livros da Atena Editora, que tem como objetivo primeiro a discussão de temas científicos, com ênfase na produção da saúde: na gestão e na linha de cuidado da saúde pública. As publicações que compõem esse ensaio são frutos de estudos desenvolvidos em diversas instituições de ensino e pesquisa que resistem na defesa da ciência.

A temática arrolada nos instiga a profundas reflexões e inquietações. Iremos apresentar de forma categorizada e interdisciplinar em quatro volumes. As produções nascem dos estudos, pesquisas, relatos de experiência e/ou revisões que perpassam nos diversos cenários que se produzem saúde, quer seja na gestão ou na atenção.

O primeiro seguimento é destinado a uma análise das estratégias de gestão que são adotadas na Organização dos Serviços e Cuidados em Saúde, destacando-se os desafios e limitações enfrentados pelos atores sociais que estão imersos nos pontos de atenção a saúde. Entendemos, que o cuidado em saúde possui diversos significados e é constituído das ações de profissionais de saúde. No contexto do cenário do Século XXI, com as motivações da Pandemia da Covid-19, se faz imperativo o conhecimento, a habilidade, a resolutividade e a luz ética para gerir saúde, na perspectiva da integralidade do cuidado, no intuito de garantir a qualidade da atenção.

Na segunda seção a ênfase da discussão é direcionada as estratégias da linha de cuidado na atenção primária, secundária e terciária, atentando-se para as estratégias de cuidado para as minorias, para os pacientes críticos e para a reabilitação. Os resultados e discussões defendidos sinalizam a necessidade do fortalecimento das Políticas Públicas, no sentido do financiamento e suporte da rede, para que o objetivo pleiteado possa ser cumprido, tentando diminuir a grande lacuna das iniquidades ainda presentes em nossa sociedade.

No terceiro volume têm destaque o Programa de Atenção Integral a Saúde do Adulto (PAISA), destaca-se que a população adulta e idosa vem apresentando nas últimas décadas um significativo aumento. Assim, justifica-se o espaço de discussão das interfaces da saúde do adulto, com destaque a temas relacionados a violência no trânsito, saúde do trabalhador, terapia antimicrobiana, reabilitação na Covid-19, dentre outros temas tão necessários para o meio acadêmico e social.

O último seguimento, têm destaque as contribuições da Política Nacional de Saúde Mental, a Integralidade do Cuidado e a Política de Humanização na Atenção Psicossocial, enfatizando as contribuições da efetivação de tal política, além disso, essa política visa à constituição de uma rede de dispositivos diferenciados que permitam a atenção ao portador de sofrimento mental no seu território e ainda, ações que permitam a reabilitação psicossocial por meio da inserção pelo trabalho, cultura e lazer. Reafirmando, assim, a

necessidade da formação profissional permanente, que instigue o trabalhador da saúde a reinventar suas ações e ressignificar seus saberes e práticas, criando outras estratégias de cuidado, provocando reflexões contínuas e instituindo mais saberes e práticas que visam a superar os entraves descritos anteriormente.

Que a luz da ciência te incomode profundamente, para que consiga mergulhar na apreciação dos diversos temas instigantes que seguem e que assim, o aprendizado possa contribuir para o aperfeiçoamento do ser e das práticas a exercerem em cada espaço que estiverem, por mais longínquo que seja. Sabemos o quão importante é a divulgação científica, por isso evidenciamos também a estrutura da Atena Editora capaz de oferecer uma plataforma consolidada e confiável para estes pesquisadores exporem e divulguem seus resultados.

Francisca de Fátima dos Santos Freire

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1..... 1

A CONTINUIDADE DO CUIDADO NA REALIDADE DA CONDIÇÃO CRÔNICA: REFLEXÕES SOBRE ATENÇÃO A CRIANÇAS EM SITUAÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Arilene Lisboa de Araújo
Dayane Natalia de Mendonça Bezerra
Giovanni Sampaio Queiroz
Anna Beatriz Valentim de Souza
Ciria Dayanny Germano Meira
Juciara Gomes de Matos Souza
Renata Rocha Leal de Miranda Pereira

DOI 10.22533/at.ed.9992118061

CAPÍTULO 2..... 18

A MULHER NEGRA E A DIFICULDADE DO ACESSO A ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE

Rosângela de Fátima Rosa de Oliveira
Aline Wachholz
Cristina Medianeira Gomes Torres
Caren Franciele Coelho Dias
Andressa Teixeira Machado
Clebiana Alves e Silva Diniz
Cleide Monteiro Zemolin
Ezequiel da Silva
Taís Foletto Bevilaqua

DOI 10.22533/at.ed.9992118062

CAPÍTULO 3..... 26

A TEORIA TRANSCULTURAL NO CUIDADO DE ENFERMAGEM À SAÚDE INDÍGENA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Marcela Emilly da Silva Pereira
Thamyles da Silva Dias
Paula Victória Reis Paraguassú
Jenifer Iris da Costa Martins
Milena Conceição Santos de Souza
Jordy Rodrigues Reis
Maria Eduarda Libório Martins
Wanne Letícia Santos Freitas
Cintia Cristina Carvalho Costa
Emely Borges das Neves
Beatriz Rodrigues Silva
Viviane Ferraz Ferreira de Aguiar

DOI 10.22533/at.ed.9992118063

CAPÍTULO 4..... 35

AÇÕES PREVENTIVAS NA SAÚDE DO HOMEM – UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Natália Tabah Tellini

Ingrid de Salvi Coutinho
Amanda Brentam Perencini
Marina Parzewski Moreti
Júlia Reis Liporoni
Izabela Abrantes Cabral
Domitila Natividade Figueiredo Lopes

DOI 10.22533/at.ed.9992118064

CAPÍTULO 5.....42

BENEFÍCIOS DA HIGIENE ORAL EM DOENTES VENTILADOS INTERNADOS EM CUIDADOS INTENSIVOS: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Beatriz da Rocha Barata
Ana Isabel Machado Azevedo
Anabela Vieira de Araújo
Catarina Isabel Ferreira Araújo
Tiago Emanuel Pereira da Cruz
João Filipe Fernandes Lindo Simões

DOI 10.22533/at.ed.9992118065

CAPÍTULO 6.....56

BENEFÍCIOS DA LASERTERAPIA DE BAIXA INTENSIDADE NO TRATAMENTO E PREVENÇÃO EM LESÃO POR PRESSÃO

Paula de Souza Silva Freitas
Lucas Dalvi Armond Rezende
Alicia de Oliveira Pacheco
Kelly Eduarda de Jesus Silva
Jeane Carla de Jesus Fonseca
André Dianna Lopes
Érica Cardoso de Souza
Aline de Oliveira Ramalho

DOI 10.22533/at.ed.9992118066

CAPÍTULO 7.....67

CIRURGIA BARIÁTRICA E SEUS IMPACTOS NA SAÚDE BUCAL

Alice Rodrigues Feres de Melo
Giovanna de Souza Guimarães
Ana Carolina Silva Mendes
Carolina Hartung Habibe
Danússia da Silva Vilela
Lívia de Paula Valente Mafra
Roberta Mansur Caetano
Rosilea Chain Hartung Habibe

DOI 10.22533/at.ed.9992118067

CAPÍTULO 8.....78

DOAÇÃO DE SANGUE - EDUCAR PARA SALVAR VIDAS

Anayane de Barros Queiroz
Rebeca Gonçalves Gutierrez

Thainara Rodrigues
Valcimar Batista Ferreira
Amandha Beatriz Souza Santos
Nádia Cury Arruda
Débora Yasmim Vieira Lima
Larissa Teixeira da Silva
Leiane Técia Colares

DOI 10.22533/at.ed.9992118068

CAPÍTULO 9..... 81

AVALIAÇÃO DAS CONDUTAS E CONHECIMENTO DO ENFERMEIRO SOBRE O TRATAMENTO DE FERIDAS

Matildes Assis da Silva
Ana Cássia Mendes Ferreira

DOI 10.22533/at.ed.9992118069

CAPÍTULO 10..... 84

MANEJO DA FERIDA DE PLEUROSTOMIA ABERTA E AS LIMITAÇÕES SOCIAIS DOS PACIENTES NO PÓS-OPERATÓRIO

Lia Gabriela Luciano Gonçalves
Patrielly de Oliveira Trindade
Yasmin Francy de Sá Maia
Manuela Correa dos Santos Reis
Ana Karoline de Almeida Mendes
Janyne Daniel da Cunha França da Silva
Cristiano Filho Luciano Gonçalves
Fernanda Soares Rezende Carmo
Narlla Gabrielly Sampaio do Nascimento
Ludmyla Nogueira da Silva
João Victor Carvalho da Paz
Bruno Mileno Magalhães Carvalho

DOI 10.22533/at.ed.99921180610

CAPÍTULO 11..... 92

CAUSAS DE INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO EM PACIENTES PORTADORES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

Tháís Tâmara Santos Silva
Ana Laura Lacerda Santana Gomes
Carlos Manoel Gomes Neto
Gabriel Lucano Alves
Isabella Freitag
Kamilla Magalhães Souza
Luiza Orth
Marina Lira
Maryara Cristina Siqueira Faria
Thaynan Oliveira Nunes
Victória Baiocchi de Oliveira Carneiro
Vitória Teixeira de Oliveira

CAPÍTULO 12..... 107

CONTAMINAÇÃO DO METAL CHUMBO E SUA RELAÇÃO COM O DESENVOLVIMENTO INFANTIL

Rafaela Gonçalves de Macedo da Silva
Camila Araújo Costa Lira
Maria Rayane Matos de Sousa
Janara Pereira Rodrigues
Mariana Nascimento Cavalcanti Leite
Antonia Ingrid da Silva Monteiro
Francisco Romilso Fabrício Lopes
Maria Luiza Lucas Celestino
Daniele Campos Cunha
Eva de Vasconcelos Lima
Andreson Charles de Freitas Silva

DOI 10.22533/at.ed.99921180612

CAPÍTULO 13..... 118

EFEITO DO EXERCÍCIO FÍSICO SOBRE A PREENHIZ DE MULHERES COM DIABETES GESTACIONAL

Mayra Maria da Silva Pereira
Ismaela Maria Ferreira de Melo
Valéria Wanderley Teixeira
Álvaro Aguiar Coelho Teixeira
Edson João da Silva

DOI 10.22533/at.ed.99921180613

CAPÍTULO 14..... 129

EFEITOS DA VENTILAÇÃO MECÂNICA INVASIVA NA FUNÇÃO CARDIOPULMONAR EM RECÉM-NASCIDOS EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL: REVISÃO DA LITERATURA

Lilian Kelly Alves Limeira
Rayssa Gomes da Silva
Isabel Clarisse Albuquerque Gonzaga

DOI 10.22533/at.ed.99921180614

CAPÍTULO 15..... 138

ESTATUTO DO IDOSO: CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE

Débora Abdian Muller
Luís Carlos de Paula Silva
Antonio Carlos Siqueira Junior
Pedro Marco Karan Barbosa
Patrícia Regina Souza Sales
Adelaine Caetano Reis

DOI 10.22533/at.ed.99921180615

CAPÍTULO 16..... 151

RASTREIO DO CÂNCER DE MAMA E OS IMPACTOS PSICOLÓGICOS DECORRENTES

Ana Júlia Moreno Rabelo
Ana Sara Negre Téo
Beatriz Palácio Andrade
Bruna Castro Correa
Caroline Wolff
Fernanda Lima Saldanha
Gabriel Moraes Saldanha Flor de Oliveira
Letícia Amorim de Souza Nelson
Marcus Vinícius Silva Rufael
Priscila Sabino dos Santos
Pedro Barbosa Ribeiro
Weslayne Glória Noleto

DOI 10.22533/at.ed.99921180616

CAPÍTULO 17..... 160

IMPACTO DA AMAMENTAÇÃO NA PREVENÇÃO DO CÂNCER DE MAMA: REVISÃO SISTEMÁTICA

Aléxia Diovana Fernandes da Rocha
Eduarda Costa da Rosa
Rafaela Soares Rech
Monalise Costa Batista Berbert
Vanessa Souza Gigoski de Miranda

DOI 10.22533/at.ed.99921180617

CAPÍTULO 18..... 176

PRESERVAÇÃO DA FERTILIDADE: TÉCNICAS COM BONS RESULTADOS EM MULHERES COM CÂNCER DE MAMA HORMÔNIO DEPENDENTE EM IDADE FÉRTIL

Rumenigues Vargas Câmara
Flávia Christiane de Azevedo Machado
Suelen Ferreira de Oliveira

DOI 10.22533/at.ed.99921180618

CAPÍTULO 19..... 189

REVISÃO DOS ACHADOS ULTRASSONOGRÁFICOS NAS LESÕES DO LIGAMENTO COLATERAL ULNAR DO POLEGAR, COM FOCO NA LESÃO DE STENER

Estêvão Albino Torres Vargas

DOI 10.22533/at.ed.99921180619

CAPÍTULO 20..... 194

SÍNDROME DE BECKWITH WIEDEMANN: QUALIFICAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Angélica Ferreira de Assis
Elber Firmino Martins
Lucas Henrique Sousa
Matheus Costa e Silva

Ricardo Augusto Jesus Oliveira
Sabrina Cipriano Felipe
Thais Teodora de Souza
Patricia Vieira Viana Bezerra

DOI 10.22533/at.ed.99921180620

CAPÍTULO 21.....202

**O CONTATO PRECOCE DO ESTUDANTE DE MEDICINA COM POLÍTICAS PÚBLICAS:
ACOMPANHAMENTO DE CONSULTAS DE PRÉ-NATAL POSSIBILITANDO CONTATO
COM A REDE CEGONHA**

Eugênia Eduarda Ferrante
Livia Tomazelli
Loren Cardoso Worms
Álvaro Augusto Trigo

DOI 10.22533/at.ed.99921180621

SOBRE A ORGANIZADORA.....210

ÍNDICE REMISSIVO.....211

CAPÍTULO 1

A CONTINUIDADE DO CUIDADO NA REALIDADE DA CONDIÇÃO CRÔNICA: REFLEXÕES SOBRE ATENÇÃO A CRIANÇAS EM SITUAÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Data de aceite: 01/06/2021

Data de submissão: 25/02/2021

Arlene Lisboa de Araújo

Universidade Federal do Rio Grande do Norte
UFRN
Natal – RN
<http://lattes.cnpq.br/0235976693165453>

Dayane Natalia de Mendonça Bezerra

Universidade Potiguar – UnP
Natal – RN
<http://lattes.cnpq.br/9916523139752169>

Giovanni Sampaio Queiroz

Universidade Federal de Campina Grande
UFCG
Campina Grande – PB
<http://lattes.cnpq.br/4382757205872084>

Anna Beatriz Valentim de Souza

Universidade Federal do Rio Grande do Norte
UFRN
Natal – RN
<http://lattes.cnpq.br/4864312751943429>

Ciria Dayanny Germano Meira

Faculdade Estácio do Rio Grande do Norte,
Estácio FATERN
Natal – RN
<http://lattes.cnpq.br/4917373590608758>

Juciara Gomes de Matos Souza

Universidade Federal do Rio Grande do Norte
UFRN
Natal – RN
<http://lattes.cnpq.br/0515006117485478>

Renata Rocha Leal de Miranda Pereira

Universidade Federal do Rio Grande do Norte
UFRN
Natal - RN
<http://lattes.cnpq.br/3155306644092846>

RESUMO: O presente estudo tem como objetivo identificar as principais dificuldades vivenciadas pelas famílias de crianças com doenças crônicas para a continuidade do tratamento pós-alta hospitalar na realidade da Pediatria do Hospital Universitário Onofre Lopes, durante o processo de preparação da alta hospitalar, em casos de longa permanência hospitalar. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, desenvolvida à luz do método do materialismo histórico-dialético, por meio de revisão bibliográfica, análise documental e pesquisa de campo. Nessa perspectiva, o presente artigo problematiza a continuidade do cuidado de crianças com condições crônica de saúde, uma vez que a necessidade de cuidados permanentes e de equipamentos pode significar internações hospitalares muito prolongadas, o que coloca desafios para as crianças, seus cuidadores, profissionais de saúde e para o sistema de saúde. Nesse sentido, aqui apontamos desafios e dificuldades, passíveis de serem superados, sendo necessário continuar e aprofundar estudos e debates acerca desta temática reafirmando que a desospitalização não é o fim, mas apenas o meio de muitos caminhos que podem ser construídos a cada novo passo rumo à continuidade do cuidado.

PALAVRAS-CHAVE: Alta hospitalar. Continuidade do cuidado. Integralidade.

THE CONTINUITY OF CARE IN THE REALITY OF CHRONIC CONDITION: REFLECTIONS ON ATTENTION TO CHILDREN IN LONG STAY AT A UNIVERSITY HOSPITAL

ABSTRACT: The present study aims to identify the main difficulties experienced by families of children with chronic diseases for the continuation of treatment after hospital discharge in the reality of Pediatrics of Onofre Lopes University Hospital, during the process of preparation of hospital discharge in cases of long stay. This is a qualitative research, developed in the light of the method of historical-dialectical materialism, through literature review, document analysis and field research. From this perspective, the present article questions the continuity of the care of children with chronic health conditions, since the need for permanent care and equipment can mean very prolonged hospitalizations, which poses challenges for children, their caregivers, health professionals. health and the health system. In this sense, here we point out challenges and difficulties, which can be overcome, and it is necessary to continue and deepen studies and debates on this theme reaffirming that dehospitalization is not the end, but only the middle of many paths that can be built with each new step towards continuity of care.

KEYWORDS: Hospital discharge. Continuity of care. Integrality.

1 | INTRODUÇÃO

O presente trabalho buscou analisar e discutir sobre o processo de preparação da alta hospitalar de crianças com condição crônica na ala pediátrica do Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL) com a finalidade de evidenciar os principais desafios que perpassam a continuidade do cuidado pós-alta hospitalar. Expõe o resultado de uma pesquisa realizada entre os meses de maio a novembro de 2019, a qual foi avaliada e aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário Onofre Lopes – CEP/HUOL, através do parecer nº 3.301.378 – CAAE: 08138819.4.0000.5292.

A escolha do tema e objeto foi motivada, dentre outras questões, pela vivência com relatos dos familiares das crianças acerca de suas angústias e incertezas face as inúmeras dificuldades para conseguirem atendimento pós-alta hospitalar.

Para condução da pesquisa, partimos da premissa de que existem dificuldades que perpassam o processo de desospitalização e alta hospitalar que necessitam serem evidenciados e sistematizados para possibilitar que a equipe de saúde e a gestão do sistema de saúde possam considerar para assegurar a continuidade do cuidado pós-alta hospitalar sob pena de necessitarem de atenção de urgência e emergência bem como de internações em razão da falta de continuidade do tratamento pós-alta hospitalar.

Para tanto, inicialmente se fez necessário considerar as mudanças no perfil demográfico e epidemiológico brasileiro, bem como os avanços no conhecimento e nas tecnologias médicas que se relacionam com os modos de adoecer e viver das pessoas e contribuem com o aumento do número de pessoas vivendo por mais tempo com agravos crônicos.

Nessa perspectiva, o presente artigo problematiza a continuidade do cuidado de crianças com condições crônicas de saúde, uma vez que a necessidade de cuidados permanentes e de equipamentos pode significar internações hospitalares muito prolongadas, o que coloca desafios para as crianças, seus cuidadores, profissionais de saúde e para o sistema de saúde. E, apresenta o resultado da pesquisa cujo objetivo geral foi identificar as principais dificuldades vivenciadas pelas famílias de crianças com condição crônicas para a continuidade do tratamento pós-alta hospitalar.

Constitui uma investigação orientada pelo método dialético-crítico onde o real se expressa, e por meio de observação participante e entrevistas semiestruturada a cuidadores onde acompanhamos os processos de transição do hospital para o domicílio de modo a identificar fatores que facilitam ou que dificultam a desospitalização. Do ponto de vista metodológico, a presente pesquisa é de caráter exploratório tem como base os fundamentos da pesquisa qualitativa. Ademais, foi desenvolvida por meio da revisão de literatura, pesquisa documental e pesquisa de campo *in loco* na enfermaria pediátrica, com a finalidade de buscar informações necessárias que respondam de forma qualificada os objetivos do estudo proposto.

Ressalte-se que as entrevistas foram gravadas, transcritas, categorizadas e analisadas. O universo do estudo de campo foi desenvolvido na UASCA (Unidade de Atenção à Saúde da Criança) do HUOL, onde para este estudo foram analisadas as percepções dos cuidadores sobre o processo de alta hospitalar na Enfermaria e na UTI Pediátrica.

A pesquisa constitui-se de pelo menos 15% do quantitativo total de leitos ocupados no hospital, equivalente a 06 leitos. Desse modo, a amostra foi composta por 06 (seis) familiares responsáveis por crianças internadas na enfermaria pediátrica do HUOL que apresentaram um período de internação superior a 14 dias (duas semanas). Os critérios de inclusão da criança para a composição da amostra foram definidos da seguinte forma: famílias de crianças com condição crônica com mais de (01) uma internação; ser o responsável legal da criança internada; compor o núcleo familiar da criança e estar acompanhando integralmente durante o período de coleta de dados. As informações referentes ao percentual de internações que ocorreram na enfermaria pediátrica foram coletadas através de consultas nos sistemas informacionais (MV 2000 Gestão Hospitalar e Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários – AGHU), sistemas utilizados para as internações hospitalares e instrumentos/documentos da enfermaria pediátrica.

A revisão de literatura ocorreu em todo processo de construção, coleta e sistematização de dados e elaboração do relatório final da pesquisa. Teve como base critérios de inclusão para a escolha dos prontuários analisados, principalmente, a visualização de tempo de internação/reinternação nos leitos da enfermaria pediátrica, a situação de saúde apresentada pela criança e a previsão de alta hospitalar (para as crianças que estavam internadas). Nesse sentido, foram incluídos neste estudo os acompanhantes/familiares

de crianças que foram admitidas na enfermaria pediátrica durante o período de coleta de dados na UASCA (março/2019) até o início do segundo semestre (outubro/2019) que tenham pelo menos um tempo de internação igual ou superior a duas semanas (14 dias), na idade entre 0 a 12 anos incompletos.

2 | ALTA HOSPITALAR E A CONTINUIDADE DO CUIDADO

Nos últimos 30 anos, o Brasil sofreu uma série de mudanças estruturais. Com maior ênfase no cuidado na Atenção Primária à Saúde (Estratégia Saúde da Família), o Sistema Único de Saúde (SUS) passou a vivenciar a necessidade de se adaptar as novas realidades e demandas da população no decorrer das transições. Apresentar uma atenção especial a assistência pediátrica, a qual vem sofrendo alterações de forma acelerada em todo mundo, tornou-se importante nesse caminhar (MENEZES *et al.*, 2019).

Saímos de uma prevalência de doenças infectocontagiosas e agora é apresentado um perfil de alta carga de doenças crônicas. Pode-se destacar assim, a criação de ações e programas estruturantes, voltados a prestação de uma assistência qualificada às crianças com doenças crônicas visto que, esse passou a ser o cenário atual (SOUZA *et al.*, 2018).

Dentre as características mais evidentes deste problema, pode-se enfatizar o alto grau de incapacidades, a diminuição da qualidade de vida, o que, por sua vez, promove um impacto econômico e social às famílias e comunidades (BRASIL, 2019). O conjunto das constatações feita nessa investigação revela que a amostra deste estudo está contemplada nessas características, sobretudo fatores como o abandono do trabalho por parte do cuidador, sobrecarga no cuidado, relações conjugais afetadas, vínculos fragilizados em função do adoecimento da criança estão entre os principais impactos.

Em geral, as questões as quais envolvem vínculos e relações sociais são amplamente afetadas nesse processo. De acordo com Menezes (2019), a formação de vínculos de solidariedade é dificultada pelo isolamento dos pacientes, obstaculizando não só a formação de vínculos com a comunidade, mas também o reconhecimento e a aceitação da diversidade e da pluralidade social. Nesse ponto, vários acordos, como, por exemplo, a solidariedade no seio familiar, são abalados e percebidos através da pesquisa. À medida que os responsáveis legais relatam vivenciar a situação que envolve o revezamento para o acompanhamento do filho (a) internado (a). Em outras situações vivenciadas por equipes de saúde que lidam com esses pacientes, observa-se que a quase totalidade das responsabilidades recai a genitora.

Além do impacto econômico das ações anteriormente citadas, destaque-se que o desemprego se torna uma consequência já esperada, visto que o processo de cuidado geralmente demanda um tempo maior que o possível dispendir. Essa realidade, ocasiona a busca por outros subsídios de renda, como o Benefício da Prestação Continuada (BPC) (BRASIL, 2019).

A internação hospitalar constitui um dos pontos-chaves da atenção integral voltada às crianças com doenças crônicas, mas não o único presente na caminhada, as famílias já chegam em sua maioria ao hospital com orientações quanto ao acesso e obtenção do BPC, na amostra da pesquisa apenas 3 famílias ainda não possuem o benefício e 1 delas encontra-se com seu processo em análise, aguardando resultado.

É interessante avaliarmos a problemática envolvida nesse processo. Pois até o benefício ser deferido, a criança e a mãe podem viver em privações sociais e econômicas decorrentes de internações prolongadas e ausência de outras rendas. Conforme, Miotto e Prá (2015, p. 150):

Essa relação se torna ainda mais candente, quando se traz à baila a questão da desigualdade social. Ou seja, as famílias não se encontram nas mesmas condições materiais e culturais, e com isso as possibilidades de usufruírem dos serviços também se tornam desiguais.

Nos serviços de Saúde, Sgritta (1998) salienta o papel da família especialmente naquilo que denomina fase não organizada da doença onde o cuidador responsável por gerir o cuidado da criança precisa compreender o seu papel no cenário o qual se encontra. Sendo ele parte do cuidado oferecido, é fundamental inferir que as escolhas realizadas na fase não organizada da doença podem interferir diretamente no processo de cuidado.

No Brasil, o cuidado envolvendo hospitalização em pediatria é amparado pela Lei 8.069 de 13 de julho de 1990, do Estatuto da Criança e do Adolescente, a qual compreende em um de seus artigos:

Art. 4º É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, [...] (BRASIL, 1990).

A rigor, o debate referente ao cuidado desenvolvido nos serviços de saúde não é um assunto novo. Ao adoecer o sujeito se confrontará com a face mais perversa da questão social e partilhará com a equipe de saúde suas necessidades e carências em busca de alternativas que garantam sua condição de cidadania plena (BEIER, 2010).

De maneira geral, particularmente na área de concentração de atenção à saúde da criança, encontramos diversos fenômenos resultantes da “Questão Social” que é a expressão das contradições inerentes ao capitalismo (BEHRING; SANTOS, 2009, p.5) e, tal reflexão só é possível porque a Questão Social só pode ser problematizada se houver a verdadeira inserção no espaço-temporal que ela se desenvolve (WANDERLEY, 2004).

Na realidade do estudo constata-se a presença de diversos sujeitos de direitos, usuários com realidades distintas e os profissionais de saúde, os quais no contato direto com estes lidam com as diversas problemáticas que se expressam de várias formas.

Um dos aspectos que perduram até hoje trata-se das consequências da desigualdade social e econômica já citadas anteriormente, os quais são fenômenos que ocorrem na maioria dos países na contemporaneidade. Entretanto, é sabido que afetam de

maneira mais expressiva os países não desenvolvidos, os quais se caracterizam através da ausência e/ou do acesso precário aos bens e serviços necessários para a sobrevivência dos indivíduos, tais como: a inserção precária na estrutura produtiva, sobretudo, no que tange às condições de trabalho, o desemprego, a distribuição desigual de renda, o nível de escolaridade entre a população, entre outras características que afetam diretamente o modo de vida dos sujeitos e assim, sua saúde (SILVA; SOUZA JUNIOR, 2012).

Face a tal realidade, compreende-se que no campo da saúde, a desigualdade torna-se não apenas evidente, mas muitas vezes fator excludente ou iníquo, pois determinados aspectos possuem relação direta com as condições de vida e com a situação de saúde da população, especialmente, quando se trata de questões de origem socioeconômica que resultam no expressivo risco do adoecimento e/ou morte entre os diferentes grupos sociais, sejam eles ricos ou pobres (BARATA, 2009). Ademais, ao visualizar a realidade objetiva dos sujeitos pode-se afirmar que muitos direitos sociais se encontram de fato sob constante ameaça e/ou violação.

A tradição hospitalocêntrica não permitiu que, em um primeiro momento, a gestão do sistema de saúde identificasse a violação ao direito dessas crianças e dos adolescentes, que, por ausência de amparo estatal, são condenados a viver indefinidamente presos ao leito hospitalar, sem condições de frequentar uma escola e apartados do convívio social familiar. Ademais, o longo período de internação impede a construção da autonomia individual e o desfrute do direito à liberdade e igualdade (MENEZES, 2019).

À vista disso grande parcela da população enfrenta condições adversas de vida que se apresentam como empecilhos para o desenvolvimento de uma vida digna e com condições saudáveis de saúde, os quais se relacionam com o baixo nível de escolaridade e a inserção precária no mercado de trabalho – seja ele formal ou informal, o que está em conformidade com o conceito de saúde de 1988 (SOUZA *et al.*, 2019).

No atual contexto de desenvolvimento do capitalismo tardio - na acepção formulada por Ernest Mande (2009), é notório que na realidade do mercado de trabalho, há ofertas de maiores oportunidades de emprego e conseqüentemente renda para aqueles os quais possuam mais qualificação profissional. No entanto, o que foi observado na pesquisa é um perfil de escolaridade em sua maioria, contemplado apenas até o ensino médio completo ou ainda, ensino fundamental completo/incompleto. Partindo dessa informação, é interessante avaliar que as chances de obter uma renda e emprego compatível com a realidade das famílias, se tornam cada vez mais distantes do que é justo para o que de fato é oferecido. Desse modo, há ainda um impacto considerável na relação saúde/doença das crianças e familiares.

De maneira expressiva o perfil epidemiológico e sanitário que caracteriza o processo saúde/doença da população brasileira têm se modificado, em especial quando relacionamos com a faixa etária na infância, na qual o surgimento de demanda na questão das doenças crônicas não apenas impressiona o campo da saúde, mas traz à tona uma situação de

saúde até então pouco observada, visto que a prevalência era de fato de doenças agudas e transmissíveis.

Há consensos de que uma doença crônica pode ocasionar uma série de consequências, como exemplo: limitações físicas ou prejuízo nas relações sociais, dependência de medicações e/ou insumos, dietas restritas e específicas, necessidade de tecnologia de assistência, cuidados médicos continuados, acompanhamento psicológico e multiprofissional sistemático e às vezes, necessidade de acomodações especiais (GOLDANI *et al.*, 2010).

Dentre os pontos citados, a relevante mudança no perfil epidemiológico passa então a envolver aspectos além e aquém dos cuidados antes ofertados. A esse novo perfil podemos evidenciar, através da observação participante de Mororó (2018), a prevalência de diagnósticos de doenças crônicas entre os pacientes infantis internados nos últimos 6 meses com uma média de permanência hospitalar em torno de 52 dias, sendo identificado ainda que 50% ou mais dos pacientes internados apresentavam uma condição crônica.

A amostra da pesquisa estudada apresentou um tempo médio de internação de 146 dias. Esse dado é em parte manipulado pelo tempo de internação de duas das amostras da pesquisa, estas as quais despenderam de um tempo de internação superior a 260 dias cada. Esses períodos já são suficientes para causarem mudanças e trazerem consequências relevantes a realidade das famílias e crianças. Estar há tanto tempo afastada da realidade de uma vida comum e/ou fora do ambiente hospitalar, interfere na rotina escolar da criança, no emprego do familiar e nas demais ações de vida cotidianas as quais a criança e o cuidador estejam envolvidos no âmbito da sociedade e da família.

A esse cenário, soma-se a longa permanência hospitalar a qual esteve associada, principalmente, às dificuldades de continuidade do cuidado no domicílio (MORORÓ, 2018). Diante desses dados, o cotidiano possibilitou a percepção acerca dos múltiplos fatores que envolvem o processo de alta hospitalar, suscitando muitos questionamentos acerca das práticas profissionais e seu caráter multiprofissional frente a essa problemática.

3 | POLÍTICA DE ATENÇÃO DOMICILIAR NO BRASIL E AS PROBLEMATIZAÇÕES

Manter uma organização pautada, prioritariamente, em torno de agravos agudos quando o cenário demonstra a prevalência de condições crônicas, não parece mais ser a melhor abordagem. Então, diante desta problemática há a inserção da Atenção Domiciliar (AD) no escopo das Redes de Atenção à Saúde (RAS), como um avanço a continuidade do cuidado em um ambiente mais familiar (SILVIA, 2018).

No contexto da redefinição da atenção domiciliar no Sistema único de Saúde (SUS), o Programa Melhor em Casa apresenta-se como um auxiliador nesse processo de continuidade do cuidado. O programa é voltado para o atendimento de pessoas com necessidade de reabilitação motora, idosos, pacientes crônicos sem agravamento ou em

situação pós-cirúrgica que terão assistência multiprofissional gratuita em seus lares, com cuidados mais próximos da família (MS, 2012a *apud* MIOTO, 2015).

Talvez a expressão mais importante no contexto da política de saúde sobre a incorporação da família no seu interior, seja este programa. Dentre a construção de normativas que auxiliem e ofereçam aparato a este cenário, temos como destaque a Portaria nº 2.416, de 1998, que passou a considerar a internação domiciliar como instrumento que proporciona a humanização no atendimento e o acompanhamento dos pacientes, aumentando o contato com a família, favorecendo sua recuperação e diminuindo os riscos de contaminação hospitalar (BRASIL, 1998 *apud* MIOTO, 2015).

Quanto à implantação do Programa Melhor em Casa, podem ser enfatizados benefícios como redução na ocupação de leitos hospitalares, a economia de até 80% nos custos de um paciente, se comparado ao custo desse mesmo paciente quando internado na unidade hospitalar e a redução nas filas das urgências e emergências já que a assistência, quando houver a indicação médica, passará a ser feita na própria residência do paciente, desde que haja o consentimento da família (BRASIL, 2012a *apud* MIOTO, 2015).

A atenção domiciliar surgiu como extensão do hospital, no Brasil, é provável que a primeira forma organizada de atenção domiciliar tenha sido o Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência (SAMDU), criado em 1949, ligado inicialmente ao Ministério do Trabalho e incorporado pelo INPS em 1967 (MENDES JÚNIOR, 2000 *apud* REHEM; TRAD, 2005).

É sabido que desde sua criação e efetivação, a atenção domiciliar tem se expandido progressivamente no Brasil e no mundo por apresentar características que possibilitam a articulação de vários pontos da RAS de forma a ampliar o acesso de usuários restritos ao leito ou ao lar aos serviços de saúde (SILVIA, 2018).

A partir desse cenário, surge a preocupação em como efetivamente continuar o cuidado no âmbito domiciliar, este que envolve questões que vão além do cuidado ofertado no hospital durante o período de internação. Reiteramos a afirmação de Miotto (2015) de que a casa passa a possibilitar um novo “espaço de cuidado” este o qual pode remeter a uma identificação de proximidade do cuidador para além da função técnica e do que é vivenciado na instituição hospitalar. Este novo local permite um leque de opções na produção do cuidado e uma maior autonomia para a família do usuário (BRASIL, 2012s, s/p.).

Utilizamos o conhecimento acerca do cuidado oferecido no hospital, como ponto de partida para as questões que foram levantadas durante a entrevista. Quando questionados a respeito dos medos e expectativas com relação a continuidade do cuidado em ambiente fora do hospital, as famílias de maneira quase unânime relataram sentir medo de que as crianças vivenciem situações as quais o cuidador não consiga prestar a devida assistência. Dentre os relatos, cabe destacar os seguintes:

“Medo de ela sentir alguma coisa, passar mal e nós moramos longe.” e “Tenho medo de não conseguir realizar o melhor para o meu filho e também não tenho a assistência que tenho aqui. Até tem ajuda das pessoas do posto, mas somente na segunda-feira. Que o pessoal do posto vai na minha casa aplicar uma medicação que ele toma na veia. No município não tenho assistência de socorrer ele, mas assistência de aplicar uma medicação mais simples eles vão em minha casa”. (Entrevistada 01)

Ambos os relatos nos mostram que há mais questões envolvidas na continuidade do cuidado do que apenas os referentes a gestão do cuidado por parte do cuidador, família e atenção domiciliar. A preocupação acerca da assistência ao cuidado se torna presente a partir do momento em que há a percepção de a realidade da maioria das famílias assistidas no âmbito hospitalar serem encaminhadas de outras regiões de saúde. Estas, geralmente localizadas a uma distância maior que a adequada, caso a criança necessite de um suporte especializado enquanto estiver em sua residência.

Dessa forma, se torna compreensível o medo existente entre as famílias face as incertezas quanto ao acesso aos serviços para continuidade do tratamento e à garantia de acessos a outros direitos e condições básicas de vida, visto ainda que, a assistência prestada partirá em grande parte da responsabilidade do cuidador e família, sobre a criança com condição crônica, recaindo sobre a família, prover alimentação, material de higiene pessoal e domiciliar, ainda têm que se preocupar com insumos e medicamentos, dentre outros requisitos adequados aos cuidados. Portanto, não basta treinar os cuidadores, se faz necessário considerar tais questões, embora esse seja o foco central das atribuições da equipe multiprofissional, a qual treinará o cuidador para o exercício da continuidade do cuidado quando este, depender dele.

Cabe ainda ressaltar, que mesmo existindo a Atenção Domiciliar, não são todas as crianças que estão aptas a possuírem esse tipo de assistência. Estudos mostram ainda que os pacientes e cuidadores, durante o período da alta, buscam conhecimentos necessários sobre cuidados, porém, somente este comportamento não suprirá de fato a manutenção da saúde desses indivíduos no domicílio. Isto, enfatiza o peso e a sobrecarga de trabalho dada a família na continuidade desse cuidado.

Mioto *et al.* (2015), traz problematizações sobre a centralidade e sobrecarga de trabalho destinadas as famílias e aponta sobre a “(in) viabilidade” de manter a centralidade na família como eixo estruturante das políticas sociais, dados os processos de responsabilização da família através dos serviços, pautados sobretudo na questão do cuidado, e enfim, a sobrecarga que tal cuidado representa no interior da família, especialmente para as mulheres (MIOTO *et al.*, 2015).

É importante destacarmos o planejamento de alta como uma ferramenta indispensável para o cuidado integral durante a hospitalização e no pós-alta hospitalar, objetivando o cuidado continuado do paciente em seu domicílio. A transição do paciente para o domicílio exige elaborado planejamento de alta pela equipe multidisciplinar valorizando

a participação da família, a fim de garantir o prosseguimento e a qualidade do cuidado no domicílio (DELATORRE *et al.*, 2013).

Visto isso, foi percebido na pesquisa uma contradição nos relatos dos cuidadores. Em sua maioria, os relatos indicam que os cuidadores se sentem aptos a receberem a alta hospitalar e assim, darem continuidade ao cuidado da condição crônica em suas residências. No entanto, anteriormente foi citado o medo ainda presente no cotidiano dos familiares de não conseguirem realizar o cuidado necessário em determinada situação.

Nesse sentido, é importante ressaltar o quanto os cuidadores sentem-se preparados para a alta, enquanto estão em um ambiente que lhes oferecem segurança. E com a saída desse ambiente seguro, se referem capacitados para o cuidado, com ressalvas de situações as quais aparentemente nunca vivenciaram ou foram capacitados para tal.

“Me sinto, pois eu faço tudo só, dou banho troco a roupa, aspiro. ”e “me sinto segura e preparada. Pois sei que têm as convulsões, será para sempre, então tenho que encarar e fazer o melhor. Referente a respiração se eu tiver os aparelhos, tudo bem. ” (Entrevistada 03)

Esses relatos chamam atenção em especial, pois trazem uma outra problemática: o quanto os cuidadores estão de fato preparados para lidarem com situações complexas de cuidado? Visto que, as crianças as quais fizeram parte deste estudo apresentam condições crônicas de saúde em sua maioria e que necessitem de tecnologia de cuidado maior e que geralmente não é encontrada no domicílio. Requer envolvimento, responsabilização e articulação da rede do SUS e deste com as demais políticas sociais, afim de alcançar a integralidade do cuidado.

Estratégias de territorialização e de matriciamento, articulando a atenção à saúde entre os diferentes níveis de atenção, são pontos fundamentais na transição e continuidade do cuidado para o domicílio, de modo que os cuidadores não se sintam inseguros e desamparados.

Ao problematizarmos a busca por resolutividade quanto a situação exposta, que envolve os diversos desafios colocados ao processo da alta, foi observada que os cuidadores são preparados pela equipe multiprofissional de modo que se sintam seguros para o período pós-alta. Essa preparação ocorre através de treinamentos para manuseio de equipamentos, troca de curativos e instrumentos necessários ao cuidado, explicações alusivas aos tratamentos, realização de práticas quando necessárias, entre outras ações que possibilitam assegurar a coparticipação do cuidador na atenção ao cuidado prestado.

Nesse processo coloca-se a necessidade de se pensar sobre um plano de alta hospitalar. Para tanto, a linha de cuidado se apresenta como uma estratégia para a ação, um caminho para o alcance da atenção integral ou da integralidade do cuidado e ainda um dos princípios do SUS, busca articular a produção do cuidado desde a atenção primária até o mais complexo nível de atenção, exigindo ainda a interação com os demais sistemas para a garantia de direitos, de modo que, atenda de maneira satisfatória as novas demandas

na área de prevenção e ainda, articule-se com os demais sistemas de saúde de maneira que seja buscado cumprir e garantir o direito à saúde de maneira integral (BRASIL, 2010).

A rigor, ao discutir o cuidado na saúde, de fato não podemos deixar de conferir centralidade ao tema da integralidade da atenção à saúde no contexto hospitalar. De acordo com os autores Cecilio e Merhy, 2003, a atenção integral de um paciente deve ser tratada como questão central para as práticas no âmbito hospitalar, o que constitui esforço de uma abordagem completa, holística e integral, de cada pessoa portadora de necessidades de saúde, que por um certo momento de sua vida, precisa de cuidados hospitalares (MERHY, 2002).

O cuidado desenvolvido nos hospitais, particularmente, é uma síntese de múltiplos cuidados e sua natureza é, necessariamente, multidisciplinar, ou seja, depende de vários profissionais. Para Cecilio e Merhy (2003), a integralidade da atenção oferecida, é resultante da forma como se articulam as práticas dos trabalhadores no hospital diante de todo o processo que envolve o estar no hospital, incluindo nesse momento a admissão, permanência e alta hospitalar.

Nesses termos, compartilhamos da compreensão de que o momento de alta de cada usuário deve ser pensado como um momento privilegiado para se produzir a continuidade do tratamento em outros serviços, não apenas de forma burocrática, cumprindo um papel de contra referência, mas pela construção ativa de um plano de alta hospitalar, da linha de cuidado, necessária àquele paciente específico (CECILIO; MERHY, 2003).

A continuidade do cuidado em um modelo do tipo da RAS, após a alta hospitalar do paciente, pode ser assegurada por meio de um adequado processo de transição. Esta envolve o paciente, familiares, cuidadores e os profissionais que realizam a assistência. Portanto, é um processo complexo que exige dos profissionais adequada comunicação, conhecimento, experiência, competência e habilidades. A transição realizada de forma adequada resulta em qualidade na assistência e na vida dos pacientes, contribui para evitar novas internações e reduzir custos hospitalares. Todos os profissionais envolvidos devem assegurar aos pacientes o retorno para casa com o apoio social que necessitam e mediar, com os profissionais da Atenção Primária, os recursos para um processo de transição bem-sucedido (COSTA *et al.*, 2019).

Com o bom andamento da alta, torna-se possível propor uma relevante conexão entre os serviços os quais inicialmente levaram a criança até o ambiente hospitalar. Dentre as amostras, é importante observar que nenhuma das crianças foram advindas da capital ou de municípios da região metropolitana da capital do estado do Rio Grande do Norte. Todas as crianças que participaram da pesquisa foram reguladas da atenção primária a saúde e de outros pontos da rede (Média complexidade), de municípios localizados a uma distância considerável do hospital de referência, a saber, o HUOL. Esse dado é extremamente relevante, pois indica que os serviços de maior complexidade e densidade tecnológica se encontram concentrados na 7ª Região de Saúde que é a de Natal/RN.

O processo de alta dispense de importante atenção voltada ao cuidado, o planejamento torna-se uma ação fundamental para a sistematização da assistência, o que significa mais chances de acertar quando se planeja. No entanto para a efetivação desse cuidado é preciso que o paciente e seu familiar encontrem suporte no sistema de saúde, principalmente quando se trata de pessoas com doenças crônicas (DELATORRE *et al.*, 2013).

Dessa forma, ficou demonstrado no resultado das entrevistas que a equipe multiprofissional poderia melhorar quanto ao processo de alta de modo que o cuidador se sinta capacitado para tal, sendo as informações pós-alta um pilar essencial na construção desse cuidado. De modo que juntos, todos os envolvidos possam articular as melhores estratégias de cuidado para a criança.

No dizer de Carvalho, *et al* 2019, a equipe precisa demonstrar não apenas estar cumprindo com seu papel, mas de maneira empática preocupar-se com a informação passada ao cuidador, este tende a sentir-se mais seguro e confiante no ato do cuidar no ambiente domiciliar.

Diante do exposto, a alta hospitalar precoce vem sendo enfatizada, por ser entendido que o cuidado no domicílio é viável, desde que todos os envolvidos tenham sido orientados para a realização de cuidados adequados para a promoção e recuperação da saúde (DELATORRE *et al.*, 2013).

Cabe elucidar que o termo precoce não se refere a uma variável de tempo, mas sim ao fato de que se devolve para a comunidade um indivíduo que não encerra seus cuidados no ambiente hospitalar, pois ainda necessita, ou melhor, para sempre necessitará de cuidados especiais, bastante complexos – pois se julgarmos o termo sob o aspecto tempo de internação, em nossa realidade, quase sempre a desospitalização será tardia (CARVALHO *et al.*, 2019).

É preciso compreender que o processo de alta hospitalar necessita ser repensado, quando não há possibilidade de cura, entendendo que o ir e vir dessas crianças pelas estações de cuidado é algo mais que esperado, é desejado. A desospitalização eficiente assegura esse percurso assistencial. Quando não planejamos e gerenciamos a alta hospitalar dos pacientes com condições crônicas complexas, as consequências se estendem por todo o sistema de saúde, como um efeito cascata (CARVALHO *et al.*, 2019).

É neste cenário que as criações de políticas públicas devem passar a existir. Elas são especialmente importantes para a concretização dos direitos sociais, como o direito à saúde, que exige um aparato de garantias e medidas concretas do Estado. Diante desta realidade, surge na agenda da saúde e no contexto da redefinição da atenção domiciliar no Sistema único de saúde (SUS) o Programa Melhor em Casa (MIOTO; CAMPOS; CARLOTO, 2015).

Carvalho *et al.* (2019) traz que dentre as políticas públicas voltadas à atenção domiciliar havia a exclusão de atendimento para crianças e adolescentes e por consequência, o não

atendimento pela política pública de crianças e adolescentes que possuíam, por um critério médico, condições para desospitalização, atreladas a uma necessidade de assistência contínua de enfermagem ou de ventilação mecânica invasiva contínua, por exemplo.

Ao reconhecer essa situação, O Ministério da Saúde, através da portaria nº 825, de 25 de abril de 2016, redefiniu o público alvo contemplado. A partir de então, o usuário que necessitar de cuidado multiprofissional mais frequente (não contínuo) e/ou uso de equipamentos ou agregação de procedimentos de maior complexidade deixou de ser excluído dos parâmetros para receber o tratamento domiciliar, desde que a equipe do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) se considere apta a realizar tais procedimentos (CARVALHO *et al.*, 2019).

Os Serviços de Atenção Domiciliar (SAD), e as equipes que o compõem, têm o papel de, além de cuidar dos pacientes no domicílio, ajudar a fazer a gestão do cuidado dos mesmos e realizar a articulação dos pontos de atenção de modo a ampliar a resolutividade e a integralidade do cuidado. Dentre os indivíduos participantes da pesquisa, nenhum encontra-se em região habilitada com o SAD no estado do Rio Grande do Norte.

Nesse contexto, observa-se que em um universo de 167 municípios no estado do Rio Grande do Norte, segundo a portaria nº 825, de 26 de abril de 2016, que redefina a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualizou as equipes habilitadas, há apenas 5 (cinco) SAD's no estado, a saber: Açu, Natal, Parnamirim, Parelhas e São José de Mipibu.

Observe-se que os municípios nos quais as crianças em longa permanência residem e necessitarão retornar ao seu domicílio são: Bodó, Canguaretama, Cerro Corá, Santo Antônio, São Gonçalo do Amarante e São Paulo do Potengi, municípios que não são contemplados com o SAD, o que permite concluir sobre as possíveis dificuldades que a equipe de saúde e familiares se depararão ao iniciar o processo de desospitalização e retorno dessas crianças ao domicílio (MENEZES, 2019).

Deve-se ponderar, contudo, que a não concessão de alta hospitalar dessas crianças implicará o travamento do leito hospitalar até o seu óbito. Em médio prazo, considerando que os avanços tecnológicos tendem a transformar em crônicas as doenças de que essas crianças e adolescentes são portadores, haverá a necessidade da construção de novos leitos hospitalares, com todos os gastos decorrentes (MENEZES, 2019). Em suma, só isso seria argumento suficiente para defendermos a ampliação da atenção primária de saúde e também em âmbito domiciliar.

É nesse escopo que se torna cabível lembrar sobre a necessidade de realizar abordagens diferenciadas a esse paciente, pois a exemplo disto, quando o paciente precisar de equipamentos e outros recursos de saúde e demandarem por maior frequência de cuidado, com acompanhamento contínuo, estes poderão ser assistidos pelo Melhor em casa, de maneira mais enfática e poderão usufruir da Atenção Domiciliar (AD).

A Portaria GM/MS nº 2.527, de 27 de outubro de 2011, classifica como modalidade

AD1 de atenção domiciliar, isto é, aquela que, pelas características do paciente (gravidade e equipamentos de que necessita), deve ser realizada pela atenção básica (equipes de atenção básica – eAB e Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF), com apoio eventual dos demais pontos de atenção, inclusive, os Serviços de Atenção Domiciliar (compostos por equipes especializadas – EMAD e EMAP – cujo público-alvo é somente os pacientes em AD).

Na atenção domiciliar, a equipe deve respeitar o espaço do familiar. Pois, essa assistência prestada no ambiente privado das relações sociais contribui para a humanização da atenção à saúde por envolver as pessoas no processo de cuidado, potencializando a participação ativa do sujeito no processo saúde-doença (BRASIL, 2012).

Pode-se afirmar, ainda, que existem ou coexistem, sem serem excludentes, duas vertentes que mobilizam o gestor na decisão político-institucional em relação à atenção domiciliar: uma racionalizadora, na qual a AD visa à redução de custos por meio da substituição ou abreviação da internação hospitalar; e uma que intenciona a reorientação do modelo tecnoassistencial, tendo a AD como espaço potente na criação de novas formas de cuidar (SILVA *et al.*, 2010).

Ressaltamos essas duas vertentes como centrais na organização dos SAD nos sistemas locais de saúde. Na verdade, o que a AD proporciona não é uma redução de custos, e sim o uso mais adequado dos recursos, pois o leito, ao ser desocupado devido à possibilidade de o paciente ser cuidado no domicílio, não é desativado, sendo imediatamente ocupado por outro que realmente necessita dessa modalidade de atenção. Em última análise, pode-se afirmar que, com a AD, se gasta menos para fazer o mesmo pelo paciente com certas características. Assim, trata-se de uma otimização dos recursos, e não de usar menos recursos, fato verdadeiro só se houvesse desativação de leitos hospitalares por uma redução da demanda, o que, hoje, não é uma realidade (BRASIL, 2012).

Note-se que um dos eixos centrais da AD é a “desospitalização”. Proporciona celeridade no processo de alta hospitalar com cuidado continuado no domicílio; minimiza intercorrências clínicas, a partir da manutenção de cuidado sistemático das equipes de atenção domiciliar; diminui os riscos de infecções hospitalares por longo tempo de permanência de pacientes no ambiente hospitalar; oferece suporte emocional necessário para pacientes em estado grave ou terminal e familiares; institui o papel do cuidador, que pode ser um parente, um vizinho, ou qualquer pessoa com vínculo emocional com o paciente e que se responsabilize pelo cuidado junto aos profissionais de saúde; e propõe autonomia para o paciente no cuidado fora do hospital (BRASIL, 2012).

A AD possibilita, assim, a desinstitucionalização de pacientes que se encontram internados nos serviços hospitalares, além de evitar hospitalizações desnecessárias a partir de serviços de pronto-atendimento e de apoiar as equipes de atenção básica no cuidado àqueles pacientes que necessitam (e se beneficiam) de atenção à saúde prestada no domicílio (BRASIL, 2012).

Se não existir Serviço de Atenção Domiciliar no município, a equipe deverá elaborar o projeto terapêutico, acionando o NASF e/ ou equipes dos serviços especializados, quando necessário, para complementar o cuidado prestado. A capacidade da equipe de atenção básica de cuidar dos pacientes de AD2 e AD3, sobretudo de AD3, quando não houver SAD no município, deve ser avaliada, além de precisar ser discutido se o paciente se beneficiaria de outra modalidade de cuidado, como a internação hospitalar (BRASIL, 2012).

Os avanços foram muitos, e aqui foram expostos apesar disso, o Programa Melhor em Casa e o Serviço de Atenção Domiciliar precisam refletir sobre alguns aspectos importantes que muitas vezes não lhes apresentam de forma nítida (BRASIL, 2012).

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho instaurou reflexões e demandou a reconsideração dos papéis profissionais e do cuidador/familiar. Portanto, no que se refere ao desenvolvimento de competências para lidar com os desafios do meio, fundamental para o agir profissional, compreender o papel do cuidador na continuidade do cuidado mostrou-se importante. E ainda, trouxe à tona que o cuidado não se inicia apenas após a alta, mas desde o momento da admissão hospitalar da criança com condição crônica.

Há ainda que se valorizar muito do que já foi conquistado visando garantir a continuidade do cuidado, de modo que a Atenção Primária de Saúde, como política estruturante do sistema, deve ser acionada para a efetivação da transição do cuidado. Contudo, a escassez de recursos ainda é um obstáculo e compromete o seguimento terapêutico, caracterizando uma dificuldade de contra referência. Situação preocupante no atual cenário nacional com as recentes e reducionistas mudanças sofridas pela Política Nacional de Atenção Básica – PNAB (Portaria nº 2.436).

Nesse sentido, aqui apontamos desafios e dificuldades, passíveis de serem superados, sendo necessário continuar e aprofundar estudos e debates acerca desta temática reafirmando que a desospitalização não é o fim, mas apenas o meio de muitos caminhos que podem ser construídos a cada novo passo rumo à continuidade do cuidado.

REFERÊNCIAS

ALVES, L.L.; *et al.* Preparo de alta de familiares de crianças em uso de antibiótico: contribuições da enfermagem. **Esc Anna Nery**, v. 23, n. 4, 2019.

APSREDES. **Portal da Inovação na gestão do SUS**. 2019. Disponível em: <https://apsredes.org/nova-plataforma-do-portal-da-inovacao-na-gestao-do-sus>. Acesso em: 01 dez. 2019.

BARATA, R.B. **Como e porque as Desigualdades Sociais fazem mal à saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

BEIER, S. A intervenção do serviço social em crianças com fibrose cística e suas famílias. **Revista HCPA**, v. 31, n. 2, p. 203-210, 2011.

BRASIL. **Lei nº 8080**. Lei Orgânica da Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual Instrutivo do Melhor em Casa**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.208, de 18 de junho de 2013**. Dispõe sobre a integração do Programa Melhor em Casa (Atenção Domiciliar no âmbito do SUS) com o Programa SOS Emergências, ambos inseridos na Rede de Atenção às Urgências. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 825, de 25 de Abril de 2016**. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigilância em saúde no Brasil 2003|2019: da criação da Secretaria de Vigilância em Saúde aos dias atuais. **Bol Epidemiol**, v. 50, n. esp, p. 1-154, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Série – Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais. **Parâmetros para atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Portaria conjunta nº 3, de 21 de setembro de 2018. Dispõe sobre regras e procedimentos de requerimento, concessão, manutenção e revisão do Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social - BPC. **Diário Oficial da União**, Brasília; 2018, p. 85.

BUSSI, S.F. **Alta qualificada**: orientação multidisciplinar para cuidadores familiares dos pacientes neurocirúrgicos. 2016. Monografia (Aprimoramento em serviço social na saúde) - Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, 2016.

CARVALHO, M.I.L.B. Política de saúde e de cuidados continuados integrados em Portugal: o planejamento da alta em Serviço Social. **R Katál.**, Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 261-271, dez. 2014.

CECILIO, L.C.O.; MERHY, E.E. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. **Revista Saúde em Debate**, p. 1 -19, mar. 2003.

COSTA, M.F.B.N.A.; *et al.* The continuity of hospital nursing care for Primary Health Care in Spain. **Rev Esc Enferm USP**, v. 53, 2019.

DELATORRE, P.G.; *et al.* Planejamento para a alta hospitalar como estratégia de cuidado de enfermagem: revisão integrativa. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v. 7, n. esp, p. 7151-9, dez. 2013.

FROSSARD, A.G.S.; SILVA, E.C.S. Experiência da residência multiprofissional em serviço social e cuidados paliativos oncológicos. **Rev Katál.**, Florianópolis, v. 19, n. 2, p. 281-288, set. 2016.

IBGE. *Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística*. Cidades. Brasília (DF): IBGE, 2019. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/panorama>. Acesso em: 19 out. 2019.

LEAL, R.A.S.; XAVIER, A. **Alta hospitalar**: a importância do trabalho multiprofissional e interdisciplinar em saúde. 2014. Monografia (graduação em serviço social) – Universidade Federal de Santa Catarina, 2014.

LOPES, V.J.; *et al.* Participação do enfermeiro no planejamento de alta hospitalar. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v. 13, n. 4, p. 1142-50, abr. 2019.

MDS. **Ministério do Desenvolvimento Social**. 2019. Disponível em: <http://mds.gov.br/>. Acesso em: 20 nov. 2019.

MENEZES, M.A. **Desospitalização de crianças com condições crônicas complexas**: perspectivas. Rio de Janeiro: Eldorado, 2019.

MERHY, E.E.; FEUERWERKER, L.M. **Atenção Domiciliar**: medicalização e substitutividade. Rio de Janeiro: UFRJ, 2008.

MIOTO, R. C. Família, trabalho com famílias e Serviço Social. **Serv Soc Rev.**, Londrina, v. 12, n. 2, p. 163-176, jun. 2010.

MORORÓ, D.D.S. **A cultura hospitalar na gestão do cuidado integral à criança com doença crônica e a prática do enfermeiro**. 2018. 187 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal/RN, 2018.

PAIVA, P.A.; *et al.* Serviços de atenção domiciliar: critérios de elegibilidade, inclusão, exclusão e alta. **Rev Bras Promoç Saúde**, Fortaleza, v. 29, n. 2, p. 244-252, jun. 2016.

REIS, S. Caminhos da desospitalização de crianças dependentes de ventilação mecânica: uma cartografia do cuidado no distrito federal. 109f. 2018. Dissertação (Mestrado) - Universidade de Brasília, Brasília, 2018.

SOUZA, A.I.; *et al.* **Direitos humanos e gênero**. Itajaí: Universidade do Vale do Itajaí, 2019.

SOUZA, M.F.A. Transição da saúde e da doença no Brasil e nas Unidades Federadas durante os 30 anos do Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1737-1750, 2018.

WANDERLEY, L.E.W.W. A questão social no contexto da globalização: o caso latino-americano e caribenho. In: CASTEL, R.; WANDERLEY, L.E.W.; BELFIORE-WANDERLEY, M. **Desigualdade e a questão social**. São Paulo: EDUC, 2004. p. 80-100.

ÍNDICE REMISSIVO

A

Adolescentes-jovens 79

Amamentação 152, 160, 162, 163, 164, 165, 166, 167, 168, 171, 173, 174

C

Câncer de mama 121, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 167, 168, 171, 173, 174, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 185, 188

Cirurgia bariátrica 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76

Cuidado de enfermagem 16, 26

Cuidado pré-natal 202

Cuidados intensivos 42, 45, 54, 55

D

Desenvolvimento infantil 107, 108, 109, 110, 113, 114, 115, 116

Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) 118, 119, 120, 122, 124

Direitos do paciente 138

Direitos dos idosos 138, 139

Doação de sangue 78, 79

Doenças cardiovasculares 68, 69, 93, 95, 96, 97, 98, 101, 103, 105, 121

E

Educação e saúde 210

Encefalopatia crônica 108

Exercício físico 118, 120, 121, 122, 125

F

Feridas 81, 82, 83, 87, 88, 90, 91

Função cardiopulmonar 129, 130, 131, 135

G

Gestação 111, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 125, 127, 128, 129, 130, 152, 154, 183, 197, 199, 202, 203, 204, 205, 206, 207

Gravidez 49, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 128, 176, 177, 185, 204, 206, 207, 208, 209

H

Higiene bucal 42, 45, 55

Hipertensão 22, 29, 31, 38, 39, 58, 69, 72, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 101, 102, 103, 104, 105, 120, 121, 122, 208

I

Idoso 34, 138, 139, 140, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 150

Infarto agudo do miocárdio 92, 93, 94, 95, 96, 98, 102, 104, 105, 106

Intoxicação por chumbo 108, 109, 111, 113, 116, 117

L

Laserterapia 56, 57, 58, 59, 61, 63, 64

Lesão por pressão 56, 57, 58, 63, 64, 65, 66

Lesões de Stener 189

M

Macroglossia 194, 195, 196, 197, 201

Materno-infantil 202, 208

Metacarpofalangiana (MCF) 189, 190

Metais pesados 108, 116

Mulher negra 18, 19, 21, 22, 23, 24, 25

N

Neoplasias da mama 151, 153, 176

O

Obesidade 31, 67, 68, 69, 72, 74, 75, 76, 93, 94, 95, 96, 98, 102, 118, 120, 121, 124, 128, 152, 165

P

Prematuridade 129, 130, 135, 196

R

Recém-nascidos 129, 132, 137

Receptores de progesterona 176, 182, 183

Rede cegonha 202, 203, 205, 207, 208, 209

Ressonância magnética 189, 190, 191, 192

S

Saúde bucal 25, 67, 68, 73, 75, 76

Saúde da mulher 19, 21, 22, 25, 121, 157, 171, 176, 177, 186, 210

Saúde do homem 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41

Saúde indígena 26, 27, 28, 31, 32, 33, 34

Síndrome de Beckwith Wiedemann (SBW) 194, 196, 200

Sistema nervoso central 131

Suporte ventilatório mecânico 131

T

Trauma 89, 189

U

Ultrassom 133, 180, 189, 190, 192

Unidade de terapia intensiva neonatal 129, 131, 132, 201

V


Ventilação mecânica 13, 17, 42, 45, 47, 48, 55, 129, 132, 135, 136, 137




SERVIÇOS E CUIDADOS EM SAÚDE

2

 www.atenaeditora.com.br

 contato@atenaeditora.com.br

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

 www.facebook.com/atenaeditora.com.br


Ano 2021



SERVIÇOS E CUIDADOS EM SAÚDE

2

-  www.atenaeditora.com.br
-  contato@atenaeditora.com.br
-  [@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora)
-  www.facebook.com/atenaeditora.com.br


Ano 2021