

Marcus Fernando da Silva Praxedes
(Organizador)

Ciências da saúde:

Políticas públicas, assistência e gestão

Atena
Editora
Ano 2021

Marcus Fernando da Silva Praxedes
(Organizador)

Ciências da saúde:

Políticas públicas, assistência e gestão

Atena
Editora
Ano 2021

Editora chefe

Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Editora executiva

Natalia Oliveira

Assistente editorial

Flávia Roberta Barão

Bibliotecária

Janaina Ramos

Projeto gráfico

Camila Alves de Cremo

Daphynny Pamplona

Gabriel Motomu Teshima

Luiza Alves Batista

Natália Sandrini de Azevedo

Imagens da capa

iStock

Edição de arte

Luiza Alves Batista

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.

Open access publication by Atena Editora



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 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
Prof^o Dr^a Elizabeth Cordeiro Fernandes – Faculdade Integrada Medicina
Prof^o Dr^a Eleuza Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília
Prof^o Dr^a Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina
Prof^o Dr^a Eysler Gonçalves Maia Brasil – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira
Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof^o Dr^a Fernanda Miguel de Andrade – Universidade Federal de Pernambuco
Prof. Dr. Fernando Mendes – Instituto Politécnico de Coimbra – Escola Superior de Saúde de Coimbra
Prof^o Dr^a 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
Prof^o Dr^a 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
Prof^o Dr^a Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Marcus Fernando da Silva Praxedes – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof^o Dr^a Maria Tatiane Gonçalves Sá – Universidade do Estado do Pará
Prof^o Dr^a Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma
Prof^o Dr^a 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
Prof^o Dr^a Regiane Luz Carvalho – Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino
Prof^o Dr^a Renata Mendes de Freitas – Universidade Federal de Juiz de Fora
Prof^o Dr^a Vanessa da Fontoura Custódio Monteiro – Universidade do Vale do Sapucaí
Prof^o Dr^a Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof^o Dr^a Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Prof^o Dr^a Welma Emidio da Silva – Universidade Federal Rural de Pernambuco



Ciências da saúde: políticas públicas, assistência e gestão

Diagramação: Daphynny Pamplona
Correção: Yaidy Paola Martinez
Indexação: Amanda Kelly da Costa Veiga
Revisão: Os autores
Organizador: Marcus Fernando da Silva Praxedes

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

C569 Ciências da saúde: políticas públicas, assistência e gestão /
Organizador Marcus Fernando da Silva Praxedes. –
Ponta Grossa - PR: Atena, 2021.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-5983-765-6

DOI: <https://doi.org/10.22533/at.ed.656211012>

1. Ciências da saúde. I. Praxedes, Marcus Fernando da
Silva (Organizador). 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; 6. Autorizam a edição da obra, que incluem os registros de ficha catalográfica, ISBN, DOI e demais indexadores, projeto visual e criação de capa, diagramação de miolo, assim como lançamento e divulgação da mesma conforme critérios da Atena Editora.



DECLARAÇÃO DA EDITORA

A Atena Editora declara, para os devidos fins de direito, que: 1. A presente publicação constitui apenas transferência temporária dos direitos autorais, direito sobre a publicação, inclusive não constitui responsabilidade solidária na criação dos manuscritos publicados, nos termos previstos na Lei sobre direitos autorais (Lei 9610/98), no art. 184 do Código Penal e no art. 927 do Código Civil; 2. Autoriza e incentiva os autores a assinarem contratos com repositórios institucionais, com fins exclusivos de divulgação da obra, desde que com o devido reconhecimento de autoria e edição e sem qualquer finalidade comercial; 3. Todos os e-book são *open access*, *desta forma* não os comercializa em seu site, sites parceiros, plataformas de *e-commerce*, ou qualquer outro meio virtual ou físico, portanto, está isenta de repasses de direitos autorais aos autores; 4. Todos os membros do conselho editorial são doutores e vinculados a instituições de ensino superior públicas, conforme recomendação da CAPES para obtenção do Qualis livro; 5. Não cede, comercializa ou autoriza a utilização dos nomes e e-mails dos autores, bem como nenhum outro dado dos mesmos, para qualquer finalidade que não o escopo da divulgação desta obra.



APRESENTAÇÃO

Apresentamos a coleção “Ciências da Saúde: Políticas Públicas, Assistência e Gestão”, que reúne trabalhos científicos relevantes das mais diversas áreas da Ciência da Saúde. A coleção divide-se em dois volumes, em que o objetivo central foi apresentar de forma categorizada e clara estudos desenvolvidos em diversas instituições de ensino e pesquisa nacionais e internacionais.

O primeiro volume traz estudos relacionados à assistência em saúde com abordagem do uso correto dos medicamentos, com uma discussão relevante sobre a automedicação e adesão ao tratamento, bem como da importância de uma abordagem interprofissional; uso de fitoterápicos; alimentação saudável; segurança do paciente e qualidade do cuidado; assistência em saúde no domicílio e uso de ferramentas para avaliação em saúde.

O segundo volume reúne variados estudos que abordam temáticas que continuam atuais e sensíveis às políticas públicas e para uma melhor gestão em saúde. Dentre algumas discussões, tem-se a violência contra a mulher e a necessidade do empoderamento feminino, bem como da adequada assistência às vítimas; questões psicossociais; o uso de tecnologias em saúde; abordagem de doenças negligenciadas; qualidade da água e de alimentos consumidos pela população; a importância da auditoria em saúde, do planejamento estratégico e da importância da capacitação profissional para o exercício da gestão em saúde.

Espera-se que os trabalhos científicos apresentados possam servir de base para uma melhor assistência, gestão em saúde e desenvolvimento de políticas públicas mais efetivas. Nesse sentido, a Atena Editora se destaca por possuir a estrutura capaz de oferecer uma plataforma consolidada e confiável para estes pesquisadores exporem e divulguem seus resultados.

Marcus Fernando da Silva Praxedes

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1..... 1

AUTOMEDICAÇÃO EM PACIENTES IDOSOS

Katia Carvalho Marques
Ladislau Henrique Macedo dos Santos
Lucilene Carvalho Marques
Anna Maly Leão Neves Eduardo

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.6562110121>

CAPÍTULO 2..... 12

AUTOMEDICAÇÃO ENTRE PROFISSIONAIS DA ENFERMAGEM E OS FATORES QUE FAVORECEM ESSA PRÁTICA EM UM HOSPITAL PÚBLICO DE MANAUS - AM

Adriane Kakijima Bonfim
Geliane da Gama Lima Torres
Liliane Íris Bonfim Pinheiro
Mychele Azevedo Lima
Silas Pereira Muraiare
Leslie Bezerra Monteiro
Silvana Nunes Figueiredo
Hanna Lorena Morais Gomes
Andreia Silvana Silva Costa
Loren Anselmo do Nascimento

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.6562110122>

CAPÍTULO 3..... 24

PARTICIPAÇÃO ATIVA DO FARMACÊUTICO FRENTE À AUTOMEDICAÇÃO

Luiz Olivier Rocha Vieira Gomes
Nadyellem Graciano da Silva
Simone Soares da Silva
Axell Donelli Leopoldino Lima
Ivone Oliveira da Silva
Mônica Larissa Gonçalves da Silva
Elizabeth Moreira Klein
Rodrigo Lima dos Santos Pereira
Victória Melo da Costa
Paulo Diniz de Oliveira
Andréa Fernanda Luna Rodrigues
Eduarda Rocha Teixeira Magalhães
Lustarlone Bento de Oliveira

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.6562110123>

CAPÍTULO 4..... 38

ATENÇÃO FARMACÊUTICA NO USO INADEQUADO DE PSICOTRÓPICOS

Lucimara Regina Aleixo Ferreira
Maria Adellane de Oliveira Silva
Heleneide Cristina Campos Brum

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.6562110124>

CAPÍTULO 5..... 51

ESTIMATIVA DE ADESAO A MEDICAMENTO ANTIRRETROVIRAL COFORMULADO

Yanna Dantas Rattmann
Bárbara Thaís Polisel de Sá
Mariana Ribeiro Martins
Leticia Mara Marca
Débora Bauer Schultz
Flavia Helen Correia
Sacha Testoni Lange
Marina Yoshie Miyamoto
Beatriz Böger
Frederico Alves Dias

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.6562110125>

CAPÍTULO 6..... 61

INCONFORMIDADES RELACIONADAS À UTILIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS ORAIS ADMINISTRADOS VIA SONDAS EM UMA INSTITUIÇÃO HOSPITALAR

Sílvia Maria Jacques Neves
Andreia Insabralde de Queiroz Cardoso
Ramon Moraes Penha
Elza Aparecida Machado Domingues
Camila Guimarães Polisel

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.6562110126>

CAPÍTULO 7..... 77

A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA ÁREA DE QUIMIOTERAPIA E OS RISCOS OCUPACIONAIS

Fernanda da Silva Ferreira
Larissa Bartles dos Santos
Stefany Pinheiro de Moura
Rutiana Santos Batista
Gilvania Santos Ferreira Sousa
Tatiane Regina de Souza Castro
Mariana Machado Figueiredo
Bernadete de Lourdes Xavier
Maria Gabriela Lourenço
Tássara Vitória da Silva Almeida
Maria Eduarda Pinto Pinheiro
Letícia F. Fiuza Bacelar

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.6562110127>

CAPÍTULO 8..... 86

CONTRACEPTIVO DE EMERGÊNCIA

Alex Sandro Pereira Ivasse
Benjamim De Almeida Silva

Paulo Roberto De Sousa Lima Junior

Anna Maly Leão Neves Eduardo

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.6562110128>

CAPÍTULO 9..... 95

FITOTERÁPICOS E PLANTAS MEDICINAIS NO BRASIL: UMA ABORDAGEM SOBRE LEGISLAÇÃO NO CONTEXTO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE

Muiara Aparecida Moraes

Aílson da Luz André de Araújo

Ana Lúcia Santos de Matos Araújo

Orlando Vieira de Sousa

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.6562110129>

CAPÍTULO 10..... 109

PALMÁCEAS REGIONAIS: UMA REVISÃO EDUCATIVA DA IMPORTÂNCIA NA PRODUÇÃO DE LIPÍDIOS E APLICAÇÃO SUSTENTÁVEL EM PRODUTOS PARA SAÚDE

Rafael Miranda Carvalho Dos Reis

Vitória Ellen Batista de Moraes Nascimento

Alana Oliveira de Sena

Leidiane Rodrigues Santiago Feitosa

Leonardo Fonseca Maciel

Neila de Paula Pereira

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.65621101210>

CAPÍTULO 11..... 130

A EFICÁCIA DO CANABIDIOL NO TRATAMENTO DE EPILEPSIA

Denisia verônica Pereira dos Santos

Larissa Aparecida Alves Ferreira

Lucas Cardoso Lopes

Anna Maly de Leão e Neves Eduardo

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.65621101211>

CAPÍTULO 12..... 137

FACTORES ASOCIADOS A LA PÉRDIDA DE PESO DE LOS PACIENTES Y LA DIETA PRESCRITA DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN

Vânia Aparecida Leandro-Merhi

José Luis Braga de Aquino

Hallan Douglas Bertelli

Geovanna Godoy Ramos

Elisa Teixeira Mendes

José Alexandre Mendonça

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.65621101212>

CAPÍTULO 13..... 153

CAPACIDADE DO CHÁ VERDE NO AUXÍLIO DO TRATAMENTO DA OBESIDADE BEM COMO DE SUAS COMORBIDADES (UMA REVISÃO)

Débora Gracielly da Silva

Maria José Arruda De Albuquerque Lopes
Raquel Maria da Silva
Jobson Josimar Marques Teixeira
José Edson de Souza Silva

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.65621101213>

CAPÍTULO 14..... 162

ASSOCIAÇÃO ENTRE PERDA AUDITIVA E ALIMENTAÇÃO: PROMOÇÃO DA SAÚDE

Patrícia Haas
Laura Faustino Gonçalves
Beatriz Vitorio Ymai Rosendo
Karina Mary Paiva
Rodrigo Sudatti Delevatti

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.65621101214>

CAPÍTULO 15..... 178

**A SEGURANÇA DO PACIENTE INSERIDA NA GESTÃO DA QUALIDADE HOSPITALAR:
UMA PROPOSTA SIMPLIFICADA DE IMPLANTAÇÃO**

Fabiano Lucio de Almeida Silva

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.65621101215>

CAPÍTULO 16..... 191

**INTERFERÊNCIA DO DIABETES *Mellitus* NA SAÚDE NUTRICIONAL DE PESSOAS
IDOSAS**

Carina Barbosa Bandeira
Maria Vieira de Lima Saintrain
Rafaela Laís e Silva Pesenti Sandrin
Marina Arrais Nobre
Ana Ofélia Lima Portela
Debora Rosana Alves Braga de Figueiredo
Maria da Glória Almeida Martins
Maria Isabel Damasceno Martins Fernandes
Camila Bandeira de Sousa
Anna Cecília Nunes dos Santos
Janaína Alvarenga Aragão
Luciano Silva Figueiredo

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.65621101216>

CAPÍTULO 17..... 202

**PANORAMA GERAL SOBRE AS COMPETÊNCIAS E PRÁTICAS PROFISSIONAIS NA
QUALIDADE E SEGURANÇA NO CUIDADO DO PACIENTE**

Francisca das Chagas Sheyla Almeida Gomes Braga
Cléciton Braga Tavares
Geisa Machado Fontenelle
Roxana Mesquita de Oliveira Teixeira Siqueira
Antônio Francisco Machado Pereira
Yara Maria Rêgo Leite

Veronica Elis de Araújo Rezende
Adriana Jorge Brandão
Maria Lailda de Assis Santos
Sandra Valéria Nunes Barbosa
Luciane Resende da Silva Leonel

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.65621101217>

CAPÍTULO 18.....210

O CUIDADO DOMICILIAR COMO ESTRATÉGIA DE ASSISTÊNCIA NO PERÍODO DA PANDEMIA (COVID 19)

Camila Augusta de Oliveira Sá
Diana Muniz Pinto
Lúcia Helena Gonçalves Martins
Mariana Freitas e Silva Maia
Ney Sindeaux Moreira

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.65621101218>

CAPÍTULO 19.....217

SOBRECARGA DE CUIDADOS DECORRENTE DA DOENÇA DE ALZHEIMER: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Mari Ângela Victoria Lourenci Alves
Aline dos Santos Duarte
Bibiana Fernandes Trevisan
Michelle Batista Ferreira
Rodrigo D Ávila Lauer
Tábata de Cavata Souza

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.65621101219>

CAPÍTULO 20.....223

VISITA DOMICILIAR COMO MECANISMO DE ATUAÇÃO DE RESIDENTES EM ATENÇÃO HOSPITALAR À SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Danielle Ramos Domenis
Janayna de Almeida Andrade
Ranna Adrielle Lima Santos
Suzanne Guimarães Machado
Felipe Douglas Silva Barbosa

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.65621101220>

CAPÍTULO 21.....232

PRIMEIROS SOCORROS PARA LEIGOS: EXPERIÊNCIA DE EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA MEDIADA PELA INTERNET

Paulo Cilas de Carvalho Sousa
Jaqueline Renata da Silva Brito
Fernanda Karielle Coelho Macedo
Maria Eduarda de Sousa Brito
Oyama Siqueira Oliveira
Lairton Batista de Oliveira

Francisco Gilberto Fernandes Pereira

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.65621101221>

CAPÍTULO 22.....241

PERFIL DE PACIENTES ATENDIDOS NO AMBULATÓRIO DE ENDOCRINOLOGIA PEDIÁTRICA EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Andréa Timóteo dos Santos Dec

Margarete Aparecida Salina Maciel

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.65621101222>

CAPÍTULO 23.....255

CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL, DA PERCEPÇÃO DO AMBIENTE OCUPACIONAL E DOS PRINCIPAIS DESFECHOS OSTEOMUSCULARES NOS FUNCIONÁRIOS DA ATENÇÃO BÁSICA A SAÚDE DO MUNICÍPIO DE PRESIDENTE KUBITSCHECK – MINAS GERAIS

Alysson Geraldo Mendonça

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.65621101223>

CAPÍTULO 24.....266

APLICAÇÃO DA ESCALA BIANCHI DE STRESS EM BLOCO OPERATÓRIO

Maria Helane Rocha Batista Gonçalves

Christian Raphael Fernandes Almeida

Kelly Barros Marques

Rafaella Regis de Albuquerque Isacksson

Débora Rodrigues Guerra Probo

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.65621101224>

CAPÍTULO 25.....279

USO DE QUESTIONÁRIOS COMO FERRAMENTAS PARA AVALIAÇÃO DE DISBIOSE INTESTINAL E RISCO PARA DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Whellyda Katrynne Silva Oliveira

Débora Paloma de Paiva Sousa

Heide Sara Santos Ferreira

Vitória Ribeiro Mendes

Lana Maria Mendes Gaspar

Joyce Sousa Aquino Brito

Andressa Correia das Neves

Juliana Feitosa Ferreira

Elinayara Pereira da Silva

Marta Gama Marques Castro

Vanessa Gomes de Oliveira

Stefany Rodrigues de Sousa Melo

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.65621101225>

CAPÍTULO 26.....289

TRATAMENTO FARMACOLÓGICO DO DESEJO SEXUAL HIPOATIVO FEMININO:

MEDICAÇÕES APROVADAS PELO FOOD AND DRUG ADMINISTRATION (FDA)

Gabriela Pascueto Amaral

Nathalie de Paula Damião

Lúcio Mauro Bisinotto Júnior

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.65621101226>

CAPÍTULO 27.....299

OS PRINCIPAIS IMPACTOS À SAÚDE DA CRIANÇA CAUSADOS PELO CONSUMO DE CORANTES ALIMENTÍCIOS: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Marcelo Borges Figueira da Mota

Brunna Michelly da Silva Sousa

Tamyres Borges Pereira

Isabella Chaves Lira Cruz

Juliana Amorim Alfaix Natário

Irlane Moraes Vasconcelos Souza

Antonina Linhares Moraes Neta

Guilherme de Souza Gomes

Fernanda de Melo Franco Machado

Enzo Cardoso de Faria

Gabriel Mazuchini Belai

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.65621101227>

SOBRE O ORGANIZADOR.....308

ÍNDICE REMISSIVO.....309

VISITA DOMICILIAR COMO MECANISMO DE ATUAÇÃO DE RESIDENTES EM ATENÇÃO HOSPITALAR À SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Data de aceite: 01/11/2021

Data submissão: 05/10/2021

Danielle Ramos Domenis

Universidade Federal de Sergipe –
Departamento de Fonoaudiologia
Lagarto - Sergipe

<http://lattes.cnpq.br/2700137134771036>

Janayna de Almeida Andrade

Hospital Universitário de Lagarto – Residência
Multiprofissional de Atenção Hospitalar à Saúde
Lagarto - Sergipe

<http://lattes.cnpq.br/893491678755593>

Ranna Adrielle Lima Santos

Hospital Universitário de Lagarto – Residência
Multiprofissional de Atenção Hospitalar à Saúde
Lagarto - Sergipe

<http://lattes.cnpq.br/4098353929818601>

Suzanne Guimarães Machado

Hospital Universitário de Lagarto – Residência
Multiprofissional de Atenção Hospitalar à Saúde
Lagarto - Sergipe

<http://lattes.cnpq.br/6341059821321258>

Felipe Douglas Silva Barbosa

Hospital Universitário de Lagarto – Setor de
Terapia Ocupacional
Lagarto – Sergipe

<http://lattes.cnpq.br/2610220413472491>

RESUMO: O presente artigo tem como objetivo descrever a proposta da visita domiciliar como parte do cuidado, na perspectiva da atuação

da residência multiprofissional. As informações foram obtidas através da descrição dos princípios, planejamento, indicadores de desempenho, entre outros. Por fim, pode-se identificar a visita domiciliar como importante mecanismo gerador de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Visita Domiciliar; Equipe Multiprofissional; Alta Hospitalar; Assistência Hospitalar.

HOME VISITS AS A MECHANISM FOR RESIDENTS IN HOSPITAL HEALTH CARE: EXPERIENCE REPORT

ABSTRACT: This article aims to describe the proposal of home visits as part of medical care, from the perspective of multidisciplinary residency performance. The information was obtained through the description of the principles, planning, performance indicators, among others, of the program. Finally, home visits can be identified as an important health promotion mechanism.

KEYWORDS: Home Visit; Multiprofessional Team; Hospital discharge; Hospital care.

1 | INTRODUÇÃO

A cronicidade das situações em saúde se configura como um desafio para a organização do processo assistencial e vêm conduzindo novas discussões que alertam sobre a necessidade de implementação de “novos arranjos tecnológicos no cuidar”. Essas preocupações também são influenciadas pelo processo de envelhecimento populacional e

pela necessidade de cuidado continuado a ser desenvolvido em ambiente domiciliar, que abrange necessidades de saúde como aquelas voltados à bebês prematuros, crianças com sequelas e doenças crônicas, adultos com doenças crônicas degenerativas, pessoas com necessidade de cuidados paliativos, suporte à vida e ainda reabilitação (FEUERWERKER e MERHY, 2008).

A inserção da assistência domiciliar na rede de atenção à saúde está diretamente associada ao interesse dos sistemas de saúde no processo de desospitalização, racionalização do uso de leitos hospitalares, redução de custos e organização do cuidado centrado no paciente (BRAGA, et al. 2016).

Para Rajão e Martins (2020), de forma geral, a nomenclatura ‘Atenção Domiciliar’ é um conceito amplo que representa a organização do sistema e das práticas de saúde, e abrange tanto o atendimento, como a visita e a internação domiciliar. Destes, a visita domiciliar é o conceito mais difundido no sistema de saúde brasileiro e nas práticas de saúde da comunidade. Representa a possibilidade de se ofertar cuidado de qualidade, ao proporcionar bem-estar e conforto aliada a permanência do doente em seu ambiente domiciliar, integrando assim o seu contexto de vida no processo de cuidado (LOYOLA, 2008).

Ademais, a assistência domiciliar é uma modalidade possibilita integração das tecnologias em saúde, com predominância de tecnologias leves, com a prestação de cuidado e interação entre os envolvidos ocorrendo no próprio lar do usuário, diferentemente de uma internação hospitalar, onde a família e o paciente precisam se adaptar às características, rotina e normas da instituição (FEUERWERKER e MERHY, 2008).

Espera-se da prática do cuidado domiciliar a interação entre três atores: o paciente (usuário), o cuidador e o profissional de saúde. Todos os elementos envolvidos na multidimensionalidade do processo de adoecimento, de diagnóstico, tratamento e transição do cuidado precisam ser consideradas quando se pensa em cuidado centrado nas necessidades dos pacientes e suas famílias. A fim de garantir a livre escolha do usuário em relação à maneira, ao local e à condução do cuidado, proporcionando a autonomia e a participação ativa do sujeito (PEITER et al. 2016). Além disso, é importante destacar que nesse caso o cuidador transita entre a função de prestador do cuidado e também de usuário, já que, ao passo que desempenha práticas do cuidado, também demanda de apoio técnico, emocional e social dos profissionais de saúde (RAJÃO e MARTINS, 2020).

Dessa forma, a atenção domiciliar constitui-se como uma ferramenta de extrema importância na abordagem da família, já que a partir do olhar multiprofissional, traça soluções conjuntas que articulam os conhecimentos e as práticas profissionais para sugerir planos de ações terapêuticos e propedêuticos nos contextos em que estão inseridos. Esse tipo de cuidado desempenhado no domicílio, ao permitir diálogo efetivo entre profissionais, usuário e familiares, consegue reverter o modelo hegemônico e realizar uma atenção integral, ofertando assim melhor qualidade de vida à população (CHIMBIDA e MEDEIROS,

2016).

Por fim, é preciso salientar que a prática do cuidado em saúde em ambiente domiciliar exige esforço do profissional de saúde para se ajustar a cada realidade cultural e familiar, uma vez que o aspecto relacional é relevante para o sucesso da assistência, onde pacientes e cuidadores desempenham um papel muito mais ativo e assumem responsabilidades que são, em outros ambientes, de responsabilidade restrita aos profissionais de saúde (LORINCZ, et al. 2011).

Contudo, essa modalidade de assistência torna-se essencial no processo de desospitalização, que Olario (2019) descreve como um conjunto de ações e decisões complexas que devem se estender do período de internação até a transição do atendimento para o domicílio, com a participação da equipe hospitalar, domiciliar, família e todos que se façam necessários na transição do cuidado. Tem como objetivos prevenir a reinternação desnecessária, amparar as equipes de atenção básica e agilizar o processo de alta para o domicílio e reinserção nas Redes de Atenção em Saúde.

O autor ainda destaca que cabe pontuar algumas adversidades que dificultam esse processo; no caso do usuário/familiar, fatores como limitação cultural e social, baixa escolaridade e incertezas inerentes ao cuidar em ambiente extra-hospitalar; já no que se refere às equipes intra e extra-hospitalares, falta de clareza sobre a articulação da rede para o fluxo de atendimento das unidades familiares, ausência de sistematização do trabalho multiprofissional, baixa conexão entre os diversos saberes dos profissionais de saúde e predomínio de indicadores quantitativos para avaliação do serviço. Esses fatores podem comprometer diretamente a gestão do cuidado e conseqüentemente o sucesso da desospitalização.

Deste modo, o presente artigo tem como objetivo descrever a proposta da visita domiciliar como parte do cuidado, na perspectiva da atuação da residência multiprofissional.

2 | MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, qualitativo, reflexivo, do tipo relato de experiência. Dá-se a partir da contextualização e organização por meio de procedimentos a serem realizados para que as visitas possam ocorrer, seguindo de reflexões acerca do potencial do instrumento da visita domiciliar. O relato aqui apresentado se configura como exercício para fornecer indícios empíricos, a partir da ótica de residentes em atenção hospitalar a saúde.

3 | DESENVOLVIMENTO

3.1 Princípios e atribuições da equipe na assistência domiciliar

A equipe de assistência domiciliar é composta por profissionais da residência em Atenção Hospitalar a saúde, sendo formada por: Nutricionista, Farmacêutico, Enfermeiro, Fonoaudiólogo, Terapeuta Ocupacional e Fisioterapeuta. O objetivo primordial é trabalhar de modo multidisciplinar, e não com práticas isoladas de determinado profissional.

Os princípios são: Identificar o paciente em alta hospitalar que necessita de acompanhamento domiciliar; Realizar atividades de promoção, manutenção e recuperação da saúde do indivíduo em domicílio; Fornecer orientações de saúde ao paciente, família e/ou cuidador; Monitorar o estado de saúde do paciente; Orientar a família e o cuidador, quanto ao manuseio do paciente com dificuldade de locomoção; Orientar à família sobre sinais de gravidade e condutas a serem realizadas no paciente; Averiguar as condições de infraestrutura do domicílio; Estabelecer condutas compatíveis com as condições culturais e socioeconômicas de inserção do paciente e família; Monitorar a efetividade do plano de cuidado estabelecido para o paciente; Registrar em prontuário as condições de saúde e as medidas de atenção adotadas; Realizar consulta ao tutor de referência, quando surgir dúvidas específicas de cada área profissional; Encaminhar o paciente para a rede de saúde (UBS, clínica-escola e hospital), ou conselhos sociais, quando necessário; Garantir suporte emocional; Orientar cuidados com o lixo originado no cuidado ao usuário e lixo domiciliar (separação, armazenamento e coleta); Guiar os cuidados de higiene geral (corpo, ambiente, utensílios, alimentos e água).

3.2 Fatores de inclusão na visita domiciliar

A primeira condição é identificar o paciente elegível a atenção de saúde continuada em domicílio, que pode ser por meio da identificação da equipe do hospital ou solicitação do familiar durante a hospitalização. A visita não deve ser mandatória ao paciente e sua família. A equipe explica os objetivos da visita e esclarecer as dúvidas. Após os esclarecimentos, formaliza a autorização através da assinatura do termo de consentimento pela família, responsáveis legais e/ou paciente (se consciente), em seguida é agendada a visita.

3.3 Planejamento e desenvolvimento da visita domiciliar

A visita domiciliar é planejada semanalmente e a escolha do caso será realizada por toda a equipe. A equipe apresenta todos os documentos e informações necessárias para que a visita ocorra, que são: Termo de consentimento para visita assinado; Endereço do local da visita domiciliar; Agendamento da visita com os familiares; Identificação da rede de atenção à saúde que está mais próximo ao usuário; Preenchimento de formulário da visita com dados pessoais, dados clínicos e planos de cuidados; Estabelecimento de plano de cuidados, contendo as medidas terapêuticas, assistenciais, educativas, adotadas;

Registro, dos procedimentos e informações colhidas, desde as condições do paciente, familiares e infraestrutura do domicílio; Identificação da necessidade de realizar a segunda visita ao paciente, para efetividade de condutas e orientações realizadas anteriormente; Realização de encaminhamento do paciente a rede de saúde ou conselhos sociais, a exemplo de contato com Agente Comunitário de Saúde (ACS), enfermeiro da área, entre outros. Quando é necessário mais de uma visita, a semana seguinte fica direcionada ao mesmo paciente.

3.4 Indicadores de desempenho

Os indicadores avaliados são o número de atendimentos realizados pela equipe; autoavaliação da equipe e do coordenador; avaliação mensal da equipe do tutor; taxa de pacientes encaminhamentos para a rede de saúde (UBS, clínica escola e reinternação hospitalar); pesquisa de avaliação de satisfação do paciente.

4 | DISCUSSÕES

Embora descrita desde o século XVIII, a consolidação da assistência domiciliar no sistema único de saúde (SUS) é uma prática recente (MENDES, 2001). Caracterizou-se inicialmente como uma estratégia de intervenção para o controle de doenças, e ao longo dos últimos anos tem atuado na prevenção, promoção e reabilitação da saúde dos usuários em ambiente domiciliar (CHIMBIDA e MEDEIROS, 2016).

Vale acrescentar que a mesma se constitui como uma ferramenta de aproximação entre equipe de saúde e usuários, onde o profissional direciona as estratégias de cuidado diante da realidade e contexto de vida das pessoas (SANTOS et al., 2017). É de grande valia, portanto, a compreensão do cuidado à saúde para além da prática assistencialista e do ideário científico baseado no modelo biomédico reducionista, que apoia a construção de uma saúde afastada de padrões e comportamentos considerados ideias que reconhece o usuário como protagonista da saúde e do seu papel como transformador social (CRUZ; BOURGET, 2010; BEZERRA; LIMA; LIMA 2015).

Neste processo, surge a assistência e envolvimento de residentes multiprofissionais na prestação do cuidado para além da unidade básica de saúde (UBS) e ambiente hospitalar, com vistas a expandir a efetividade dos princípios da universalidade, equidade e integralidade da assistência à saúde, como estabelecida da Lei Federal nº 8080/90 (BRASIL, 1990; SANTOS et al., 2017). Assim, esse modelo de assistência enfoca na interdisciplinaridade, de modo a cada profissional atuar de acordo com seu campo de conhecimento e habilidades específicas, além de poder entender condutas de outras áreas profissionais (KLOCK; HECK; CASARIM, 2005).

4.1 Organização do cuidado e percepção profissional

Uma vez caracterizada como uma estratégia de aproximação entre equipe de saúde

e usuários, para que seja considerada como visita domiciliar, esta ferramenta deve ser planejada e sistematizada antecipadamente de modo a evidenciar instrumentos eficientes de monitoramento e continuidade do cuidado (SANTOS; HAMMERSCHMIDT, 2012).

Deste modo, os residentes buscam investigar previamente informações acerca do indivíduo que receberá a visita e os motivos para a realização de um atendimento no ambiente domiciliar (OLIVEIRA et al., 2019). Além disso, é o momento em que os mesmos reconhecem a profissão como parte do cuidado que vai além de práticas centradas na doença, e amplia a sua atuação a diferentes cenários e condições de saúde em um processo de intervenção compartilhada (BORGES; GOYATÁ; RESCK, 2016).

Nesse contexto, as visitas domiciliares têm como diferencial a compreensão mais fidedigna da realidade, sendo possível considerar vertentes além da biológica, como geralmente acontece em níveis mais especializados de atenção à saúde. (BORGES, et al. 2017). Além de propiciarem melhor conhecimento do contexto social e identificação das necessidades de saúde das famílias atendidas no pós-alta, permitindo maior aproximação com os determinantes do processo saúde-doença, o que auxilia no direcionamento de ações de intervenção objetivando tanto a prevenção de doenças como a promoção da saúde (GARCIA, et al. 2019; ROCHA, et al. 2017).

Para isso, é imprescindível o trabalho e abordagem multiprofissional, que é a base do planejamento do cuidado para a assistência domiciliar e desospitalização e considera o lugar de fala de cada profissional, assim como a relevância do compartilhamento dos casos nos espaços de reunião de equipe (BRASIL, 2020). A multidisciplinaridade implica em diferentes olhares para o mesmo objeto, com conhecimentos diversos, que organizados de forma horizontal, possibilitam a tomada de decisão e o direcionamento do tratamento, a partir de pontos de vistas distintos (SANTOS; HAMMERSCHMIDT, 2012).

Tem espaço nesse contexto as ações de educação em saúde, pela sua capacidade de gerar um saber coletivo que impacta diretamente na autonomia do indivíduo e emancipação para o cuidar de si, da família e do seu entorno (MACHADO et al., 2007). Nesse entendimento, é importante que se reflita sobre a presença de ações de educação em saúde, embasadas pelo princípio da integralidade, nos processos de desospitalização (BRASIL, 2020).

4.2 Escuta qualificada e construção de vínculos

A intervenção domiciliar possibilita não só a aproximação entre usuário e profissionais de saúde, mas também a intervenções afetivas que nascem da confiança gerada no ambiente domiciliar a partir da escuta qualificada, que se baseia no entendimento das necessidades dos usuários (OLIVEIRA et al., 2018; LOPES; SAUPE; MASSARROLI, 2008).

É importante destacar o papel dos familiares e cuidadores no fortalecimento desse vínculo, por isso é de fundamental importância a construção de estratégias inovadoras de cuidado que envolva não somente o contexto material, mas o envolvimento familiar durante

o acompanhamento (OLIVEIRA et al., 2019; CHIMBIDA e MEDEIROS, 2016). Desse modo, os laços que são construídos a partir dessa ferramenta possibilitam uma intervenção multiprofissional de forma humanizada e integral (BRAGA et al., 2016).

4.3 Percepção dos residentes quanto a oferta de cuidado e os principais impactos na vida dos sujeitos.

As visitas domiciliares se constituíram como um meio de redução da expectativa e muitas vezes frustração que os profissionais da saúde vivem em ambiente hospitalar que é saber se as orientações dadas no momento da alta serão colocadas em prática. Por mais que os ouvintes demonstrem entender o que lhe foi passado, sabemos que por motivos diversos, após a alta para casa muita coisa acaba se perdendo, as vezes por sobrecarga de trabalho e informações dadas, as vezes por falta de recursos físicos, financeiros e até humanos.

Adentrar a residência do paciente nos permite ampliar de forma grandiosa a visão sobre aquele caso, enxergar nuances impossíveis de serem percebidas no contexto hospitalar, como o funcionamento da família, relações e linhas de cuidado, presença/ausência de rede de apoio, recursos físicos disponíveis, riscos ambientais, barreiras ao cuidado e também o impacto emocional da nova condição a ser enfrentada, tanto sobre o paciente como sobre os cuidadores.

4.4 Dificuldades vivenciadas pelos residentes para a oferta do cuidado

É necessário também explicitar sobre dificuldades enfrentadas na prestação do cuidado através das visitas domiciliares. Sendo a primeira delas o deslocamento. Muitos dos pacientes e famílias assistidos moram na zona rural e em povoados distantes do centro da cidade, impondo dificuldades como transporte disponível para chegar até o local e estradas em más condições, impondo riscos a equipe. Outro fato que precisa ser discutido é sobre a visão que alguns familiares têm da visita domiciliar. Em alguns casos não há boa receptividade em um primeiro momento, traduzidos por comportamentos como dificuldade em marcar os encontros, ou pouca atenção aos profissionais quando estes já estão na residência.

Isso porque nesses casos veem a equipe não como pessoas que estão ali para identificar dificuldades e contribuir com a família, mas sim como o profissional que chegou para criticar, repreender e apontar erros. Tal comportamento pode ter influência de situações adversas vividas anteriormente com profissionais de saúde, mas que pode ser bem conduzida a partir de atitudes positivas e paciência, o que gera a percepção do real objetivo daquela assistência e conquista a confiança dos familiares.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através do presente trabalho foi possível identificar a visita domiciliar como importante mecanismo gerador de saúde. O principal beneficiado são os pacientes, que estão em processo de pós alta, necessitando adaptar-se a uma nova realidade. Este trabalho discutiu apenas alguns aspectos da assistência domiciliar, tendo como foco a atuação da residência multiprofissional em atenção hospitalar a saúde, no entanto o mesmo serve de subsídio para novos trabalhos na área.

REFERÊNCIAS

BEZERRA, M. I. C.; LIMA, M. J. M. R.; LIMA, Y. C. P. A visita domiciliar como ferramenta de cuidado da fisioterapia na estratégia saúde da família. **SANARE-Revista de Políticas Públicas**, v. 14, n. 1, 2015.

BORGES, F. R. et al. Estratégia educacional sobre visita domiciliar baseada no curso aberto massivo online. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 21, n.6, p. 1038, 2017.

BORGES, F. R.; GOYATÁ, S. L. T.; RESCK, Z. M. R. Visita domiciliar na formação de estudantes universitários segundo a política de humanização: análise reflexiva. **Revista de APS**, v. 19, n. 4, 2016.

BRAGA, P. P.; et al. Oferta e demanda na atenção domiciliar em saúde. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 21, n. 3, p. 903-912, 2016.

BRASIL. Lei 8080 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União** 1990; 20 set.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Superintendência Estadual do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro. **Desospitalização: reflexões para o cuidado em saúde e atuação multiprofissional** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria- Executiva, Superintendência Estadual do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro. – Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

CHIMBIDA, G. N.; MEDEIROS, V. A. A visita domiciliar na Atenção Primária à Saúde na perspectiva dos profissionais de saúde de uma UAPS de Betim. **Revista Científica Sinapse Múltipla**, v. 5, n. 2, p. 73-86, 2016.

CRUZ, M. M.; BOURGET, M. M. M. A visita domiciliária na Estratégia de Saúde da Família: conhecendo as percepções das famílias. **Saúde e Sociedade**, v. 19, p. 605-613, 2010.

FEUERWERKER, L. C. M.; MERHY, E. E. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração das redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 24, n. 3, p. 180-188, 2008.

GARCIA, M. R. L.; et al. Visitas domiciliares do enfermeiro. **Escola de Enfermagem Anna Nery**, v. 23, n. 2, p. 1-9, 2019.

KLOCK, A. D.; HECK, R. M.; CASARIM, S. T. Cuidado domiciliar: a experiência da residência multiprofissional em saúde da família/UFPel-MS/BID. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 14, p. 237-245, 2005.

LOPES, W. O.; SAUPE, R.; MASSAROLI, A. Visita domiciliar: tecnologia para o cuidado, o ensino e a pesquisa. **Ciência, cuidado e saúde**, v. 7, n. 2, p. 241-247, 2008.

LORINCZ, C. Y.; et al. Research in ambulatory patient safety 2000–2010: a 10-year review. Chicago:

American Medical Association, 2011.

LOYOLA, C. M. D. Cuidado Continuado. In: GIOVANELLA, L.; et al. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; Centro Brasileiro de Estudos de Saúde; 2008.

MACHADO, M. F. A. S. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 335-342, 2007.

MENDES, Walter. Home care: uma modalidade de assistência à saúde. In: **Home care: uma modalidade de assistência à saúde**. p. 112-112, 2001.

OLARIO, P. S. **Desospitalização em cuidados paliativos oncológicos**: reconfiguração da gestão do cuidado para a atuação multiprofissional. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

OLIVEIRA, J. S. et al. Atenção ao cuidador de pessoas idosas no contexto da visita domiciliar multiprofissional de um hospital universitário. In: **VIII Semana de Psicologia**. 2019.

OLIVEIRA, S. G. et al. Visita domiciliar no Sistema Único de Saúde: estratégia da biopolítica. **Rev. urug. enferm**; **13 (1)**, 2018.

PEITER, C. C. et al. Gestão do cuidado de enfermagem ao paciente oncológico num hospital geral: uma teoria fundamentada em dados. **Revista de Enfermagem Referência**, Coimbra, série 4, n. 11, p. 61-69, out./dez. 2016.

RAJÃO, F. L.; MARTINS, M. Atenção Domiciliar no Brasil: estudo exploratório sobre a consolidação e uso de serviços no Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 5, p. 1863-1876, 2020.

ROCHA, K. B.; et al. A visita domiciliar no contexto da saúde: uma revisão de literatura. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v. 18, n. 1, p. 170-185, 2017.

SANTOS, L. M. et al. O cuidado em saúde no âmbito da visita domiciliar: um relato de experiência. 2017.

SANTOS, S. S. C.; HAMMERSCHMIDT, K. S. A. A complexidade e a religação de saberes interdisciplinares: contribuição do pensamento de Edgar Morin. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 65, n. 4, p. 561-565, jul./ago. 2012.

ÍNDICE REMISSIVO

A

Ácidos graxos 109, 110, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 127, 128, 168, 169, 171, 172, 286

Adesão 7, 10, 51, 52, 53, 54, 56, 58, 59, 79, 82, 84, 205, 207, 214, 246

Adolescência 92, 211, 241, 242, 248, 250, 254

Alta hospitalar 10, 223, 226

Assistência domiciliar 217, 219, 224, 226, 227, 228, 230

Assistência hospitalar 223, 268

Atenção básica à saúde 108, 255, 264, 265

Atenção farmacêutica 25, 26, 32, 33, 35, 38, 39, 40, 41, 43, 46, 47, 48

Atuação do farmacêutico 1, 3, 7, 26, 31, 50

Audição 162, 163, 168, 169, 172, 173

Automedicação 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 29, 30, 31, 32, 34, 35, 36, 37, 41, 49, 263

Avaliação nutricional 192, 194, 196, 197, 198

C

Camellia sinensis 153, 154, 156, 157, 159, 160

Canabidiol 130, 131, 134, 135, 136

Cannabis 130, 131, 133, 134, 135

CBD 130, 131, 133, 134

Centro cirúrgico 15, 266, 268, 269, 270, 276, 277, 278

Centro de Atenção Psicossocial 210, 212, 213

Chá verde 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 161

Consumo de medicamentos 3, 11, 25, 26, 29, 36, 38, 40, 41, 44, 47, 48

Contraceptivo de emergência 86, 87, 88, 90, 93

Controle 2, 9, 25, 26, 27, 28, 36, 40, 41, 44, 45, 54, 59, 98, 100, 126, 132, 159, 162, 164, 165, 227, 237, 246, 247, 248, 250, 262, 266, 280, 281

Cuidado 7, 9, 11, 33, 49, 73, 74, 84, 90, 132, 178, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 187, 188, 189, 190, 200, 202, 203, 204, 205, 208, 210, 211, 212, 213, 214, 215, 216, 218, 219, 220, 223, 224, 225, 226, 227, 228, 229, 230, 231, 261, 267, 276, 277, 278

Cuidados farmacêuticos 61

D

Diabetes mellitus 6, 66, 192, 193, 194, 196, 198, 199, 200, 201, 241, 242, 243, 244, 252, 253

Dieta 40, 62, 63, 64, 69, 72, 73, 75, 113, 114, 115, 125, 127, 137, 138, 157, 158, 161, 162,

163, 164, 168, 171, 174, 194, 197, 198, 199, 247, 248, 280, 284, 286
Disbiose 279, 280, 281, 282, 283, 284, 285, 286, 287, 288
Distúrbios endócrinos 241, 243, 251
Doença de alzheimer 217, 218, 219, 222

E

Educação à distância 233
Educação em saúde 13, 84, 220, 221, 228, 231, 234, 238, 262, 263
Efeitos adversos 1, 7, 8, 25, 30, 34, 58, 63, 78, 79, 86, 134, 155
Enfermagem 3, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 20, 21, 22, 23, 36, 49, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 82, 83, 84, 85, 91, 92, 94, 127, 207, 208, 209, 220, 221, 222, 230, 231, 232, 235, 254, 258, 264, 265, 266, 268, 269, 270, 271, 272, 274, 276, 277, 278, 287
Epidemiologia 11, 22, 49, 192, 200, 209, 254
Epilepsia 130, 131, 132, 133, 134, 135, 136
Equipe interdisciplinar de saúde 61, 213
Equipe multiprofissional 71, 73, 204, 205, 207, 212, 223, 272, 278
Eventos adversos 8, 64, 178, 179, 180, 182, 183, 188, 189, 202, 203, 204, 206, 208, 209

F

Fitoterápicos 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108

H

HIV 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 89, 179

I

Idoso fragilizado 217, 219
Idosos 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 44, 49, 192, 193, 194, 195, 196, 197, 198, 199, 200, 220
Infância 130, 132, 211, 241, 242, 243, 246, 248, 250, 253, 254
Inquéritos 280

L

Legislação 34, 81, 83, 95, 98, 99, 103, 104, 105, 108, 215
Lipídios 109, 110, 111, 113, 118, 119, 122, 124

M

Medicamentos antirretrovirais 52, 53, 54, 55, 56

O

Obesidade 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 163, 193, 194, 195, 197, 199, 220, 241, 242, 244, 245, 246, 247, 248, 249, 250, 251, 252, 281, 283, 285, 286, 287, 288

P

Palmeiras 109, 110, 111, 123, 129
Pediatria 136, 241, 251, 252, 254
Perda auditiva 162, 163, 164, 167, 169, 171, 172, 173, 174, 250
Perfil de medicamentos 25
Pílula do dia seguinte 86, 87, 93
Plantas medicinais 95, 96, 97, 98, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 155
Políticas de saúde 23, 95, 96
Prevenção 10, 14, 25, 33, 36, 59, 64, 80, 81, 82, 83, 102, 123, 128, 154, 155, 157, 158, 159, 162, 163, 164, 168, 171, 172, 192, 211, 213, 219, 227, 228, 241, 246, 250, 251, 254, 263, 280
Prevenção de doenças 33, 158, 192, 228, 280
Primeiros socorros 232, 233, 234, 235, 236, 237, 238, 239, 240
Psicotrópicos 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 46, 47, 48, 49

Q

Qualidade da assistência à saúde 178, 207
Qualidade em saúde 179, 181, 182, 188, 203
Questionários 255, 257, 258, 259, 263, 279, 280, 282, 283, 284, 285, 287

R

Relações comunidade-instituição 233

S

Saúde Mental 41, 50, 210, 211, 212, 213, 214, 215, 216
Saúde Ocupacional 78, 83, 255
Segurança do paciente 9, 36, 61, 74, 178, 179, 180, 182, 183, 185, 187, 188, 190, 203, 204, 205, 206, 207, 208, 209, 268, 277
Serviços de saúde 16, 17, 42, 79, 178, 179, 181, 182, 184, 188, 196, 202, 203, 204, 205, 210, 211, 252
Stress 266, 267, 268, 269, 270, 271, 272, 273, 274, 275, 277

U

Uso de medicamentos 4, 5, 6, 9, 10, 13, 14, 18, 21, 23, 25, 26, 27, 29, 30, 32, 49, 54, 61, 64, 73, 74, 131, 133
Uso descontrolado 86, 87
Uso racional de medicamentos 1, 11, 25, 26, 30, 31, 32, 34, 35, 37, 38, 39, 41

V

Vias de administração de medicamentos 61
Visita domiciliar 223, 224, 225, 226, 228, 229, 230, 231.

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

Ciências da saúde:

Políticas públicas, assistência e gestão

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

Ciências da saúde:

Políticas públicas, assistência e gestão