

Saúde pública e saúde coletiva:

Núcleo de saberes e práticas 2



Soraya Araujo Uchoa Cavalcanti
(Organizadora)

Atena
Editora
Ano 2022

Saúde pública e saúde coletiva:

Núcleo de saberes e práticas 2



Soraya Araujo Uchoa Cavalcanti
(Organizadora)

Atena
Editora
Ano 2022

Editora chefe

Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Editora executiva

Natalia Oliveira

Assistente editorial

Flávia Roberta Barão

Bibliotecária

Janaina Ramos

Projeto gráfico

Bruno Oliveira

Camila Alves de Cremo

Luiza Alves Batista

Natália Sandrini de Azevedo

Imagens da capa

iStock

Edição de arte

Luiza Alves Batista

2022 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do texto © 2022 Os autores

Copyright da edição © 2022 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**

Profª Drª Aline Silva da Fonte Santa Rosa de Oliveira – Hospital Federal de Bonsucesso

Profª Drª Ana Beatriz Duarte Vieira – Universidade de Brasília

Profª Drª Ana Paula Peron – Universidade Tecnológica Federal do Paraná

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



Prof. Dr. Cirênio de Almeida Barbosa – Universidade Federal de Ouro Preto
Prof^o Dr^a Daniela Reis Joaquim de Freitas – Universidade Federal do Piauí
Prof^o Dr^a 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 Aderval Aragão – Universidade Federal de Sergipe
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Prof^o Dr^a Juliana Santana de Curcio – Universidade Federal de Goiás
Prof^o Dr^a Lívia do Carmo Silva – Universidade Federal de Goiás
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. Dr. Maurilio Antonio Varavallo – Universidade Federal do Tocantins
Prof^o Dr^a Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma
Prof^o Dr^a Natiéli Piovesan – Instituto Federaci 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 Sheyla Mara Silva de Oliveira – Universidade do Estado do Pará
Prof^o Dr^a Suely Lopes de Azevedo – Universidade Federal Fluminense
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 Emídio da Silva – Universidade Federal Rural de Pernambuco



Saúde pública e saúde coletiva: núcleo de saberes e práticas 2

Diagramação: Camila Alves de Cremo
Correção: Yaidy Paola Martinez
Indexação: Amanda Kelly da Costa Veiga
Revisão: Os autores
Organizadora: Soraya Araujo Uchoa Cavalcanti

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

S255 Saúde pública e saúde coletiva: núcleo de saberes e práticas 2 / Organizadora Soraya Araujo Uchoa Cavalcanti. – Ponta Grossa - PR: Atena, 2022.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-258-0607-5

DOI: <https://doi.org/10.22533/at.ed.075221910>

1. Saúde pública. 2. Saúde coletiva. I. Cavalcanti, Soraya Araujo Uchoa (Organizadora). II. Título.

CDD 362.1

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

A coletânea *Saúde pública e saúde coletiva: Núcleo de saberes e práticas 2* é composta por 26 (vinte e seis) capítulos produtos de pesquisa, revisão integrativa, relato de experiências, estudo de caso, dentre outros.

O primeiro capítulo da coletânea aborda as compreensões históricas da saúde no Brasil, processos e legislação vinculados. O segundo capítulo discute os desafios da regulação em saúde na produção do cuidado na atual conjuntura. O terceiro capítulo, por sua vez, apresenta os resultados da pesquisa acerca da adequação das atividades de controle da esquistossomose desenvolvidas pelos Agentes Comunitários de Saúde.

O quarto capítulo, discute saúde pública e psicanálise no atual contexto da pandemia de Covid-19. O quinto capítulo discute as possíveis causas do Body Identity Integrity Disorder e as estratégias utilizadas para a amputação desse(s) membro (s). O sexto capítulo, por sua vez, apresenta a experiência vinculada a busca ativa de pacientes em acompanhamento em um CAPSad durante o período pandêmico.

O sétimo capítulo discute os resultados da pesquisa acerca dos desafios para implementar campanhas de prevenção de câncer de próstata. O oitavo capítulo discute os resultados do estudo acerca do rastreamento do câncer de próstata. O nono capítulo, por sua vez, avalia a morbimortalidade por câncer de próstata nas diferentes regiões brasileiras.

O décimo capítulo, discute a influência dos fatores socioeconômicos nos determinantes de mortalidade feminina relacionadas ao câncer de mama. O décimo primeiro capítulo discute as ações de educação em saúde realizadas por enfermeiros e demais integrantes da equipe de enfermagem com pacientes oncológicos e seus familiares. O décimo segundo capítulo, por sua vez apresenta a vivência dos Residentes Multiprofissionais em Saúde Coletiva na produção de Educação em Saúde numa Unidade de Saúde da Família em sala de espera educativa.

O décimo terceiro capítulo, apresenta a experiência vinculado à realização do curso 'educação em saúde no processo de envelhecimento' uma atividade integrante de um programa de extensão universitária. O décimo quarto capítulo discute a atenção à saúde para pessoas travestis e transexuais brasileiras na atual conjuntura. O décimo quinto capítulo, por sua vez, discute o atendimento à família no cotidiano de trabalho do profissional da Enfermagem no contexto da atenção básica.

O décimo sexto capítulo discute o manejo da asma no período gestacional e os possíveis efeitos e complicações vinculadas. O décimo sétimo capítulo, apresenta os resultados de avaliações sistemáticas da possibilidade de o transtorno do espectro autista possuir origem genética. O décimo oitavo capítulo, por sua vez, apresenta os resultados da pesquisa acerca da equivalência farmacêutica entre comprimidos referência, genéricos e similares de hidroclorotiazida.

O décimo nono capítulo, discute as implicações da Monkeypox na saúde da criança. O vigésimo capítulo apresenta o perfil epidemiológico da sífilis adquirida no período de 2011 a 2021 no Estado do Tocantins. O vigésimo primeiro capítulo, por sua vez, discute a prevalência da sepse em crianças menores de 1 ano na região Sudeste. O vigésimo segundo capítulo, por sua vez, apresenta o processo de implantação do Projeto Integrador do Ensino de Enfermagem.

O vigésimo terceiro capítulo analisa a eficácia das terapias adjuvantes à hipotermia terapêutica. O vigésimo quarto capítulo, apresenta a sistematização da Assistência de Enfermagem ao paciente no perioperatório. O vigésimo quinto discute as temáticas saúde mental e trabalho numa perspectiva psicodramática. E finalmente, o vigésimo sexto capítulo que discute os motivos vinculados à não realização de pré-natal conforme o preconizado pelo Programa de Humanização ao Pré Natal do Ministério da Saúde.

Soraya Araujo Uchoa Cavalcanti

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1..... 1

COMPREENSÕES HISTÓRICAS DA SAÚDE NO BRASIL


Erivanderson Ferreira Santos Silva
Ágata Silva dos Santos
Claudia Edlaine da Silva
Ítalo Souza Ferreira
Flávia Virgínia Vasconcelos Peixoto
Gabriela de Almeida Silva
Kamilla Pontes Azevedo
Roberta Adriana Oliveira Estevam
Taynara Laízza dos Santos
Roberto da Silva Bezerra
Márcia Jacqueline de Jesus Guimarães
Vanessa Ferry de Oliveira Soares

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.0752219101>

CAPÍTULO 2..... 14

GESTÃO EM SAÚDE: DESAFIOS DA REGULAÇÃO DE SISTEMAS DE SAÚDE NA PRODUÇÃO DO CUIDADO


Daniel Martins Borges
Talita Fernanda Soares Freitas Andrade
Ana Carolina Andrade Penha
Giovanna Estulano Vieira
Gustavo Rodrigues Muraishi

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.0752219102>

CAPÍTULO 3..... 28

AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES DE CONTROLE DA ESQUISTOSSOMOSE REALIZADAS POR AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE EM MUNICÍPIOS DE PERNAMBUCO, BRASIL


Emília Carolle Azevedo de Oliveira
Constança Simões Barbosa
Louisiana Regadas de Macedo Quinino

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.0752219103>

CAPÍTULO 4..... 44

A PSICANÁLISE EM TEMPOS DE PANDEMIA: O NOVO CORONAVÍRUS E A SAÚDE COLETIVA

Adelcio Machado Santos


 <https://doi.org/10.22533/at.ed.0752219104>

CAPÍTULO 5..... 57

BODY IDENTITY INTEGRITY DISORDER (BIID): O COMPLEXO EM SER INCOMPLETO

Maria Valéria Chaves de Lima
Perla Silva Rodrigues

Janaina Maciel de Queiroz
Thaina Jacome Andrade de Lima
Helida Lunara de Freitas Aquino
Lauana Cristina Chaves Ferreira
Kalyane Kelly Duarte de Oliveira

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.0752219105>

CAPÍTULO 6..... 68

BUSCA ATIVA E VISITA DOMICILIÁRIA COMO ESTRATÉGIA DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NA PANDEMIA


Elienai de Farias Gama Siqueira
Maria Regina Camargo Ferraz Souza
Marcia Aparecida Ferreira de Oliveira
Sayuri Tanaka Maeda
Cristiano Rodrigues da Mota
Denise Cristina Matheiski Alkmim

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.0752219106>

CAPÍTULO 7..... 77

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO FRENTE A PREVENÇÃO DO CÂNCER DE PRÓSTATA SOB A PERSPECTIVA DA AGENDA 2030


Claudia Ayres Cunha de Souza
Cybele Cândido de Souza
Micheli Patrícia de Fátima Magri

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.0752219107>

CAPÍTULO 8..... 89

CONSIDERAÇÕES ATUAIS SOBRE O RASTREAMENTO DO CÂNCER DE PRÓSTATA

Averaldo Junior Braga Roque
Mariana Melo Martins
Vitor Augusto Ferreira Braga
Júlia Braga Roque
Alanna Simão Gomes Saturnino


 <https://doi.org/10.22533/at.ed.0752219108>

CAPÍTULO 9..... 99

MORBIMORTALIDADE POR CÂNCER DE PRÓSTATA NAS REGIÕES BRASILEIRAS NO PERÍODO DE 2016 A 2020

Lizandra de Farias Rodrigues Queiroz
Márcia Alencar de Medeiros Pereira
Ana Cristina Rodrigues Luna e Silva
Giovanna Raquel Sena Menezes
Audimere Monteiro Pereira
Martapolyana Torres Menezes da Silva
Rosângela Vidal de Negreiros
Juliana Dias Pereira de Sousa
Marta Lucia Cruz de Andrade

Érida Oliveira Gonçalves

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.0752219109>

CAPÍTULO 10..... 111

INFLUÊNCIA DOS FATORES SOCIOECONÔMICOS NA MORBIMORTALIDADE POR CÂNCER DE MAMA NO PERÍODO DE 2017 A 2021

Lizandra de Farias Rodrigues Queiroz

Giovanna Raquel Sena Menezes

Martapolyana Torres Menezes da Silva

Ana Cristina Rodrigues Luna e Silva

Márcia Alencar de Medeiros Pereira


Juliana Dias Pereira de Sousa

Audimere Monteiro Pereira

Rosângela Vidal de Negreiros

Marta Lucia Cruz de Andrade

Érida Oliveira Gonçalves

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.07522191010>

CAPÍTULO 11 120

PACIENTES ONCOLÓGICOS E SEUS FAMILIARES: UM OLHAR EDUCACIONAL DA ENFERMAGEM

Pamela Nery do Lago

Raquel Resende Cabral de Castro e Silva

Sandra Patrícia Duarte

Juliana da Silva Mata

Natália Borges Pedralho

Ronaldo Antônio de Abreu Junior

Juliana Raquel Maciel do Nascimento

Paula Moraes Rezende

Sandra Martins de França

Martapolyana Torres Menezes da Silva

Daniela de Sousa Azeredo

Kiwisunny Galvão Franzoi

Karla Patrícia Figueirôa Silva

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.07522191011>

CAPÍTULO 12..... 130

AÇÕES EDUCATIVAS E MULTIPROFISSIONAIS COMO ESTRATÉGIAS DE PROMOÇÃO DE SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA

Pedro Victor Landim Ribeiro

José Thiago Alves de Sousa

Ana Paula Pinheiro da Silva

Hedilene Ferreira de Sousa

Ademar Maia Filho

Valdília Ribeiro de Alencar Ulisses

Fernanda Ribeiro da Silva

Davy Deusdeth Timbó Magalhães Sobrinho

Micael Sampaio da Silva

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.07522191012>

CAPÍTULO 13..... 140

EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO: REFLEXÕES SOBRE A PRÁXIS EXTENSIONISTA

Renata Orlandi


Evelyn Schweitzer de Souza

Vitória Helena Silva Santos

Anderson da Silva Honorato

Camila Elizandra Rossi

Edilaine Aparecida Vieira

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.07522191013>

CAPÍTULO 14..... 153

REFLEXÕES SOBRE A ATENÇÃO À SAÚDE PARA PESSOAS TRAVESTIS E TRANSEXUAIS

Rafael Rodolfo Tomaz de Lima

Luiz Roberto Augusto Noro

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.07522191014>

CAPÍTULO 15..... 163

A PERCEPÇÃO DA FAMÍLIA COMO UM FARDO

Luana Gesser

Sabrina Zimmermann

Daniela Priscila Oliveira do Vale Tafner

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.07522191015>

CAPÍTULO 16..... 173

MANEJO DA ASMA NA GESTAÇÃO: POSSÍVEIS EFEITOS DA VITALIDADE FETAL E AS COMPLICAÇÕES MATERNO-FETAIS

João Felipe Tinto Silva

Sabina Dias Rangel

Marcia Lais Fortes Rodrigues Mattos

Bruna Saraiva Carvalho

Gisele Cristina Calixto Tonatto

Ana Claudia Koproski

Tayane Moura Martins

Maria Júlia dos Santos Catunda

Gustavo Henrique dos Santos Soares

Regina Ferreira dos Santos Linhares

Lyanne Isabelle Fonteneles Oliveira

Geovana Maria Rodrigues de Sousa


 <https://doi.org/10.22533/at.ed.07522191016>

CAPÍTULO 17..... 184

LIGAÇÃO GENÉTICA NO TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA: UMA REVISÃO

NARRATIVA


Larissa Eduarda Munhoz Lourenço
Zenaide Paulo Silveira
Adriana Maria Alexandre Henriques
Lisiane Madalena Treptow
Ana Paula Narcizo Carcuchinski
Denise Oliveira D'Avila
Márcio Josué Trasel
Morgana Morbach Borges
Mari Nei Clososki da Rocha
Flávia Giendruczak da Silva

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.07522191017>

CAPÍTULO 18..... 196

ANÁLISE DA QUALIDADE DE COMPRIMIDOS DE HIDROCLOROTIAZIDA: ESTUDO COMPARATIVO ENTRE REFRÊNCIA, GENÉRICO E SIMILAR


Flavia Scigliano Dabbur
Joyce Cavalcante Brandão
Larissa Albuquerque Leandro
Ingrid Ferreira Leite
Crisliane Lopes da Silva
José Marcos dos Santos Oliveira

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.07522191018>

CAPÍTULO 19..... 215

O IMPACTO DA MONKEYPOX NA SAÚDE DA CRIANÇA

Jhéssica Mariany Mendes Santos
Gabriella Dias Gomes
Bruna Emanuelle Santos
Larissa Ariella Gonçalves Almeida
Hilária Augusto Lopes Vieira
Vanessa Soares Pereira
Micaelle Souza Santos
Kamilla de Oliveira Santos
Laura Fabiana Rodrigues Araújo
Raquel de Sousa Oliveira
Erika Damasceno Ruas
Iara Vitória Santos


 <https://doi.org/10.22533/at.ed.07522191019>

CAPÍTULO 20..... 224

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE SÍFILIS ADQUIRIDA NO ESTADO DE TOCANTINS 2011-2021

Adriana Monteiro da Silva Costa
Anderson Luís Santos Azevedo
Beatriz Vieira Rodrigues
Davyl Bezerra Viana

João Pedro Martins Pedrosa da Cunha
Marcos Vinícius Nunes de Barros
Maria Eduarda Milhomem Neves

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.07522191020>

CAPÍTULO 21..... 232

PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO DA SEPSE EM CRIANÇAS MENORES DE 1 ANO NA REGIÃO SUDESTE ENTRE 2010 A 2019


Maria Luiza Cordeiro Campos
Ivana Picone Borges de Aragão

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.07522191021>

CAPÍTULO 22..... 244

PROJETO INTEGRADOR NO ENSINO DE ENFERMAGEM: UM OLHAR SOBRE A OBESIDADE E A DESNUTRIÇÃO NO CONTEXTO DA PANDEMIA DA COVID-19


Cristiano Rodrigues da Mota
Anelvira de Oliveira Florentino
Elienai de Farias Gama Siqueira
Italo Frizo
Kayo Augusto Saladin Pacher
Rodrigo Leal
Selma Eva Silvério

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.07522191022>

CAPÍTULO 23..... 256

TERAPIAS NEUROPROTETORAS ADJUVANTES NA ENCEFALOPATIA HIPÓXICO-ISQUÊMICA NEONATAL

Brenda Alves Fernandes
Luiz Felipe Alves Fernandes
Eithor Henrique Siqueira
Guilherme Lima Weksler
João Vitor Romão Neto Mury de Aquino
Juliana Alves Costa
Carlos Alberto Bhering

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.07522191023>

CAPÍTULO 24..... 267

SISTEMATIZAÇÃO DO CUIDADO A PESSOA ADULTA NO PERIOPERATÓRIO

Fernanda Matheus Estrela
Anderson dos Santos Barbosa
Tania Maria de Oliveira Moreira
Fabiana Costa da Silva
Juliana Marques Dourado Viena
Juliana dos Reis Naponuceno de Oliveira
Tamara Angélica da Rocha
Celeste da Silva Carneiro
Alisson Cunha Lima

Ithana Queila Borges Pizzani Ferreira
Sheyla Santana de Almeida
Sanmara Souza Pedreira Lima
Yanne Mello Rusciolelli Nunes
Aline Quelle Reis Silva
Ana Cleide da Silva Dias
Emile Aquino Pinheiro
Naiara Costa Salvador Ribeiro da Silva
Bruna Costa Leal
Larissa Lima dos Santos
Periana Mota de Oliveira
Caroline dos Santos Pinto de Oliveira
Gabriel Brasil Gil
Carleone Vieira dos Santos Neto
Andréia de Jesus Soares
Raquel Carvalho Lima
Paulo de Tarso Jambeiro Brandão
Valquíria de Araújo Hora
Felipe Teclo Moreira
Annessa Adryelle Souza Pereira
Lucas Coleta dos Reis Alves

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.07522191024>

CAPÍTULO 25..... 281

SAÚDE MENTAL E TRABALHO: UMA LEITURA PSICODRAMÁTICA

Davi Oliveira Bizerril
Jardel dos Santos Albuquerque
Mariana Vieira de Melo Bezerra
Germana Alves dos Santos
Maria Salete Bessa Jorge

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.07522191025>

CAPÍTULO 26..... 320

MOTIVOS PARA A BAIXA ADESÃO AO PRÉ-NATAL

Telma da Silva Machado
Adriana Maria Alexandre Henriques
Simone Thais Vizini
Paulo Renato Vieira Alves
Ana Paula Narcizo Carcuchinski
Morgana Morbach Borges
Márcio Josué Träsel
Denise Oliveira D'Ávila
Flávia Giendruczak da Silva

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.07522191026>

SOBRE A ORGANIZADORA..... 330

ÍNDICE REMISSIVO..... 331

CAPÍTULO 24

SISTEMATIZAÇÃO DO CUIDADO A PESSOA ADULTA NO PERIOPERATÓRIO

Data de aceite: 03/10/2022

Gabriel Brasil Gil

Fernanda Matheus Estrela

Anderson dos Santos Barbosa

Tania Maria de Oliveira Moreira

Fabiana Costa da Silva

Juliana Marques Dourado Viena

Juliana dos Reis Naponuceno de Oliveira

Tamara Angélica da Rocha

Celeste da Silva Carneiro

Alisson Cunha Lima

Ithana Queila Borges Pizzani Ferreira

Sheyla Santana de Almeida

Sanmara Souza Pedreira Lima

Yanne Mello Rusciolelli Nunes

Aline Quelle Reis Silva

Ana Cleide da Silva Dias

Emile Aquino Pinheiro

Naiara Costa Salvador Ribeiro da Silva

Bruna Costa Leal

Larissa Lima dos Santos

Periana Mota de Oliveira

Caroline dos Santos Pinto de Oliveira

Carleone Vieira dos Santos Neto

Andréia de Jesus Soares

Raquel Carvalho Lima

Paulo de Tarso Jambeiro Brandão

Valquíria de Araújo Hora

Felipe Teclo Moreira

Annessa Adryelle Souza Pereira

Lucas Coleta dos Reis Alves

RESUMO: Introdução: A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é uma metodologia de trabalho fundamental para nortear as ações do cuidado de enfermagem ao indivíduo no contexto saúde-doença tendo como objetivo reunir as atividades de enfermagem para que não sejam feitas de forma isolada e façam parte de um processo. Dessa forma, a necessidade de aplicar à SAE às pessoas no perioperatório é necessária devido aos riscos e danos oriundos desse cuidado em centro cirúrgico. Urge que os profissionais de enfermagem estejam capacitados para prestar um cuidado de qualidade, integral e humanizado às pessoas em perioperatório e suas famílias. Objetivo: O objetivo desse trabalho é descrever a sistematização da Assistência de Enfermagem ao paciente no perioperatório. Metodologia: Trata-se de um relato de experiência através da aplicação

da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), voltado para o paciente no contexto hospitalar, no perioperatório. Resultados e discussão: Foi aplicado a sistematização da assistência de enfermagem perioperatória e foi elaborado diagnósticos de enfermagem nesse período. Considerações finais: Ao aplicar a SAE no indivíduo no perioperatório a enfermeira deve realizá-lo em todas as suas etapas, e utilizar os protocolos para oferecer um cuidado holístico e integral, visando a promoção da saúde, prevenção de risco potencial e adaptação diante das necessidades em saúde.

PALAVRAS CHAVE: Enfermagem, cuidado, centro cirúrgico.

ABSTRACT: Introduction: The Systematization of Nursing Care (SAE) is a fundamental work methodology to guide the actions of nursing care to the individual in the health-disease context, aiming to bring together nursing activities so that they are not carried out in isolation and part of a process. Thus, the need to apply SAE to people in the perioperative period is necessary due to the risks and damages arising from this care in the surgical center. It is urgent that nursing professionals are trained to provide quality, comprehensive and humanized care to people in the perioperative period and their families Objective: The objective of this work is to describe the systematization of Nursing Care to patients in the perioperative period. Methodology: This is an experience report through the application of the Systematization of Nursing Care (SAE), focused on the patient in the hospital context, in the perioperative period. Results and discussion: The systematization of perioperative nursing care was applied and nursing diagnoses were prepared during this period. Final considerations: When applying the SAE to the individual in the perioperative period, the nurse must perform it in all its stages, and use the protocols to offer holistic and comprehensive care, aiming at health promotion, potential risk prevention and adaptation to the needs. in health.

INTRODUÇÃO

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é uma metodologia de trabalho fundamental para nortear as ações do cuidado de enfermagem ao indivíduo no contexto saúde-doença tendo como objetivo reunir as atividades de enfermagem para que não sejam feitas de forma isolada e façam parte de um processo. Este é denominado processo de enfermagem, podendo ser compreendido como um instrumento de trabalho da enfermagem, orientado pelo menos por uma teoria, sendo composto por etapas ordenadas, dinâmicas, interacionadas e independentes podendo ocorrer em qualquer cenário da atenção direta ao cliente (TANURE, PINHEIRO, 2019). A SAE favorece uma prática assistencial pautada no conhecimento científico contribuindo positivamente para o paciente, família, a equipe de enfermagem bem como para o serviço de saúde, tendo como foco o cuidado (ALFARO LEFREVE, 2014). Para Waldow (1998) o cuidado é a nossa prática e se caracteriza por ações e comportamentos realizados na intenção de favorecer, manter e melhorar o processo de viver-morrer, proporcionando atenção às necessidades biopsicossociais e espirituais das pessoas. Esse cuidado proposto por Waldow deve ser aplicado no período perioperatório.

Considerando a trajetória histórica, a referência pioneira é Florence Nightingale, em 1854 com adoção de práticas de enfermagem pautada no conhecimento científico através das técnicas de limpeza e organização do ambiente, importantes na prevenção de infecções sendo um marco a teoria ambientalista (NIGHTINGALE, 1898). Em 1955, Lydia Hall descreve pela primeira vez três fases para o processo de enfermagem: o histórico; o planejamento; e, avaliação (CAMPOS; DUTRA; ARAÚJO, 2004). Entretanto, o termo processo de enfermagem somente é definido pela primeira vez por Ida Orlando, em 1961, para explicar o cuidado de enfermagem. Três anos depois, em 1964, Wanda Horta inicia seus estudos e publicações e, apresenta aqui no Brasil, em 1970, o seu modelo para desenvolvimento do processo de enfermagem, fundamentado em uma abordagem humanista e empírica, a partir da teoria da motivação humana de Maslow (LEOPARDI, 1988). Seu modelo baseia-se nas leis do equilíbrio, da adaptação e do holismo. Segundo a autora (1979), a enfermagem deve reconhecer o ser humano, que tem necessidades humanas básicas, as quais são classificadas em psico-biológicas, psicossociais e psico-espirituais.

No que tange às cirurgias de grande porte foi estimado entre 187 e 281 milhões a partir de dados de 56 países, o que representa uma cirurgia para cada 25 pessoas por ano. Nas últimas décadas, as técnicas cirúrgicas foram bastante aperfeiçoadas, aumentando as oportunidades de tratamento de patologias complexas. Entretanto, ressalta-se que o potencial de ocorrência de erros pode resultar em danos para o paciente e levar à incapacidade ou a morte. Dados dos EUA estimam cirurgias em local errado de 1 para cada 50 mil e 100.000 procedimentos, equivalendo a 1500 a 2.500 eventos adversos desse tipo por ano. Considerando esses eventos que revelam a relevância do cuidado prestado por toda a equipe multiprofissional, incluindo a equipe de enfermagem, foi pensada estratégias para minimizar os danos, sendo uma delas a sistematização da assistência de enfermagem. No centro cirúrgico essa sistematização é a Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP).

Considerando a necessidade constante de mudança e melhoria na assistência à saúde, as quais vem sendo influenciadas pelo contexto histórico, político, econômico, cultural e social, o processo de enfermagem vem sendo aprimorado (CARPENITO, 2018). Visto que o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) em sua resolução n° 358/2009 dispõe sobre a SAE nas instituições brasileiras, considerada como uma atividade privativa do enfermeiro de modo a subsidiar as ações da assistência dentro de um centro cirúrgico. Na realidade brasileira, o modelo de sistematização de enfermagem de assistência perioperatória tem como base o atendimento das necessidades humanas básicas e o processo de enfermagem, estruturados Wanda de Aguiar horta (1978).

A SAEP define as seguintes etapas:

- Visita pré-operatória de enfermagem

- Planejamento de assistência perioperatória
- Implementação da assistência
- Avaliação da assistência com a visita pós-operatória de enfermagem e
- Reformulação da assistência a ser planejada de acordo com os resultados obtidos, procurando resolver situações não desejadas e a ocorrência de eventos adversos.

A premissa básica da SAEP é operacionalizar os conceitos da assistência de enfermagem integral, individualizada, continuada ou sistematizada, participativa, documentada e avaliada, além de adequar normas, rotinas e condutas para prestação da assistência de enfermagem. Desmembrando esses conceitos temos que assistência integral ou holística é entendida como uma experiência de bem-estar, resultante do equilíbrio dinâmico do organismo e envolve aspectos físicos, psicológico, social e espiritual. Na assistência individualizada, o paciente é único e tem direito a assistência integral.

A assistência continuada está vinculada a uma intervenção conjunta e continuada dos enfermeiros das unidades de internação centro cirúrgico e Recuperação pós-anestésica e a sistematização promove a continuidade dessa assistência. O conceito de assistência participativa preconiza que o paciente deve participar de maneira ativa de todo o processo cirúrgico, inclusive avaliando a assistência recebida. Nesse conceito, a família também é sujeito com direitos à participação. O conceito da assistência documentada valoriza registros de evoluções e dados pertinentes e concisos que devem estar presentes em todas as fases do processo. Finalmente, o último conceito é o da avaliação da assistência, porque proporcionam subsídio para a melhoria da qualidade da assistência. Acredita-se que essa fase deverá ser feita no final de cada fase do processo cirúrgico.

O objetivo desse trabalho é descrever a sistematização da Assistência de Enfermagem ao paciente no perioperatório.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência que busca compreender e considerar a complexidade do ser humano, contribuindo para a aproximação da teoria com a prática. Este relato poderá subsidiar a qualidade do cuidado em saúde através da aplicação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), voltado paciente renal no contexto hospitalar.

Considerando a importância de se aliar uma teoria de enfermagem ao à pessoa em perioperatório a enfermagem lança mão de estratégias e ferramentas contempladas nos três períodos da assistência cirúrgica, isto é:

1. Período pré-operatório imediato
2. Período transoperatório;

3. Pós-operatório imediato

Cada um desses períodos tem seu início e término que se caracteriza por uma sequência de eventos que constituem a experiência cirúrgica

1. O período pré-operatório imediato tem início na véspera da cirurgia e vai até o momento em que o paciente é recebido no centro cirúrgico
2. O período transoperatório imediato tem início quando o paciente é recebido no centro cirúrgico até o momento em que é encaminhado para sala de recuperação pós-anestésica
3. O período pós-operatório imediato se inicia na admissão do paciente na sala de recuperação e se estende até às primeiras 48 horas do pós-operatório.

Salienta-se que enquanto objetivos da SAEP podemos citar: Auxílio ao cliente e à família na compreensão e no preparo para tratamento anestésico cirúrgico proposto; A diminuição ao máximo de risco decorrente da utilização dos materiais e equipamentos necessários para o desenvolvimento desses procedimentos; Prever, prover e controlar recursos humanos e materiais e; diminuir os riscos ao ambiente.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A SAEP tem como uma das suas ferramentas mais importantes, para operacionalizar as premissas no período pré-operatório, a visita pré-operatória ao paciente cirúrgico que tem, entre outros objetivos, promover maior integração entre o enfermeiro e o paciente. No período pré-operatório, o enfermeiro tem a possibilidade de obter importantes informações a respeito do paciente. Essas informações podem ser adquiridas por meio de fonte de dados como o prontuário do paciente, o próprio paciente e a família, além do enfermeiro da unidade de internação. Os dados coletados são essenciais para avaliação de enfermagem e identificação dos problemas que servirão como base para o planejamento e implementação da assistência de enfermagem nos períodos transoperatório e pós-operatório.

Durante esse período, devemos considerar fatores como: porte da cirurgia, duração do procedimento, tipo de anestesia, estado físico geral, idade, gravidade da doença cirúrgica, estado nutricional, riscos no transoperatório e possíveis complicações. Durante a entrevista o Enfermeiro deve:

1. Pesquisar as doenças associadas com alergias, uso de medicações, fumo, álcool, drogas, religião, nível de instrução e doenças ocupacionais
2. Fazer um levantamento dos exames laboratoriais e diagnósticos como raio x, ultrassom, tomografia, ressonância magnética, eletrocardiograma, dentre outros
3. Realizar entrevista com o paciente e sua família
4. Realizar exame físico geral identificando problemas, formulando diagnósticos, fazendo prescrições necessárias para o preparo adequado

5. Orientar o paciente quanto a jejum, retirada de prótese dentária, retirada de adornos e esmaltes, higiene oral e corporal prévia, esvaziamento vesical e intestinal, desconfortos causados pela dor, checar alergias a medicações e alimentos, látex e iodo, tricotomia do local, dentre outros.
6. No que tange as comorbidades, atentar-se para o caso de medicações como anti-hipertensivos e para suspensão de anticoagulantes e antiglicemiantes orais, visto o jejum do paciente.
7. É importante anotar peso e altura pois as drogas anestésicas são calculadas com o IMC
8. Observar sinais de medo e ansiedade que são comuns
9. Ao identificar os problemas, formular os diagnósticos de enfermagem e fazer prescrições necessárias para o transoperatório.

No período transoperatório é realizada a recepção do enfermeiro no centro cirúrgico, havendo verificação da chegada, verificação do termo de autorização da cirurgia, o estado geral do paciente, presença de prontuário, exames laboratoriais e de imagem, se o preparo pré-operatório foi realizado: confirmando o jejum, retirada de adornos, próteses e mensuração dos sinais vitais. Nesse período, é feita a interação do enfermeiro e paciente, avaliando o estado emocional, há um preparo da sala de operação e transporte do paciente para mesa cirúrgica. Os instrumentos ou as fichas do centro cirúrgico devem contemplar desde a recepção até o fim da cirurgia, identificando os diagnósticos de enfermagem e propondo intervenções pertinentes a cada paciente, efetuando o registro das intercorrências, alterações hemodinâmicas, balanço hídrico, uso de sondas, drenos e realização de curativos. Todo o cuidado de enfermagem durante o ato anestésico até a alta da sala de cirurgia. Ainda nesse período, é papel do enfermeiro verificar a integridade da pele, infusões, acessos, monitorar o paciente e mantê-lo aquecido, auxiliar o anestesiológico na indução anestésica, proteger a pele do paciente durante a antisepsia com produtos químicos, realizar cateterismo vesical quando necessário, manter a família informada sobre o andamento da cirurgia. Importante fazer anotações relacionadas a equipe cirúrgica, anestésica, horário de início e fim do procedimento anestésico cirúrgico, tipo de anestesia, posição do paciente, localização da placa neutra de bisturi, assim como local de punções, drenos e cateteres. Observar o material esterilizado que foi utilizado, assim como, anexar indicadores químicos e, no caso de implantes, anexar o código dos produtos e prazo de validade.

Nesse período, poderá ser aplicado o protocolo para cirurgia cirúrgica, criado em 9 de julho de 2013 pelo Ministério da Saúde. São realizadas verificações que vão desde: antes da indução anestésica, antes da indução cirúrgica até antes do paciente sair da sala de cirurgia. Esta lista é uma estratégia para reduzir incidentes (seguros) cirúrgicos e foi desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde.

No que diz respeito à lista de verificação cirúrgica antes da indução anestésica é importante:

1. Revisar com o próprio paciente a confirmação de sua identificação;
2. Confirmar se o procedimento e local da cirurgia estão corretos;
3. Confirmar o consentimento para cirurgia e anestesia;
4. Confirmar o sítio cirúrgico e sua demarcação;
5. Confirmar a conexão do monitor multiparamétrico ao paciente e seu funcionamento;
6. Revisar verbalmente com o anestesista o risco de perda sanguínea do paciente, dificuldades de vias aéreas, histórico de reação alérgica e se a verificação completa de segurança anestésica foi concluída.

Antes da incisão cirúrgica importante:

1. Apresentação dos membros da equipe pelo nome e função
2. Confirmação da realização da cirurgia correta no paciente correto no sítio cirúrgico completo
3. Revisão verbal com os outros, dos elementos críticos de seus planos para cirurgia
4. Confirmação da administração de antimicrobianos profilático nos últimos 60 minutos da incisão cirúrgica
5. Confirmação da acessibilidade dos exames de imagem necessários

Antes do paciente sair da sala de cirurgia

1. Contagem de compressas e instrumentais
2. Identificação de qualquer amostra cirúrgica coletada
3. Revisão de qualquer funcionamento inadequado de equipamento ou questões que precisem ser solucionadas
4. Revisão do plano de cuidados e as providências quanto a abordagem pós-operatória e da recuperação pós-anestésica antes da remoção do paciente da sala de cirurgia.

Finalmente, a fase conclusiva do processo cirúrgico, é o período pos-operatório imediato. A recuperação pós-anestésica exige do enfermeiro observação rigorosa, competente e qualificada, pois os pacientes encontram-se em período crítico com possíveis complicações. Essa fase se subdivide em três momentos:

1. Recuperação anestésica, desde a chegada na recuperação anestésica até alta para unidade/ UTI
2. Pós-operatório imediato, primeiras 24 horas após a intervenção
3. Pós operatório mediato após primeiras 24 horas até a alta do paciente para a domicílio

Na recuperação anestésica, a equipe de enfermagem com base na prescrição médica e de enfermagem, presta cuidados intensivos voltado para a recuperação da consciência e a estabilização dos sinais vitais. De maneira geral, deve ser feito exame físico, aferir sinais vitais, verificar condição de curativo, acessos, sondas, cateteres, controlar ingestão hídrica e alimentar, estar atento as eliminações vesicais e intestinais, verificar se há infecção na ferida cirúrgica, avaliar a integridade da pele, fixação de drenos e cateteres, conversar com paciente e seus familiares para esclarecer e reforçar as orientações recebidas, fazer avaliação de todo o processo e verificar se há alguma conduta que precisa ser aprimorada e registrar os dados no prontuário do paciente. No que tange a idosos é importante salientar que a cirurgia altera o equilíbrio do organismo, o estado hidroeletrólítico, os sinais vitais e a temperatura corporal, risco de broncoaspiração, necessidade do uso de colchões piramidais ou pneumáticos dependendo da escala de braden, de forma a proteger proeminências ósseas e minimizar o risco de obtenção de lesões por pressão. A dor deve ser avaliada, administrando medicações prescritas, assim como avaliar complicações cardíacas e respiratórias, risco de TVP e embolia pulmonar visto que é uma grande causa de morbidade e mortalidade entre os idosos, sobretudo quando submetidos a procedimentos cirúrgicos

A visita pós-operatória se destaca como estratégia de avaliação da assistência prestada, procurando atender os requisitos de qualidade segundo o paciente, ou seja, satisfação da assistência transoperatória segundo os objetivos previamente estabelecidos como erros e falhas na assistência.

Embora o modelo da SAEP preconize as visitas pré e pós-operatória, essa estratégia não tem sido fácil de ser implementada e mantida. Fica patente a missão do enfermeiro perioperatório tanto na implementação dos modelos de assistência quanto na avaliação dos resultados e na modificação do planejamento, para alcançar a meta proposta: sucesso na cirurgia, satisfação do paciente, da família e da equipe de saúde.

Considerando a importância de se aliar uma teoria de enfermagem ao PE na SAEP nas três fases (pré/ trans/ pós operatório), optamos por aliar à uma teoria de enfermagem pautada na teoria das necessidades Humanas básicas as quais são divididas em três níveis: Necessidades Psicobiológicas, Necessidades Psicossociais e Necessidades Psicoespirituais.

A coleta de dados ou visita pré operatória de enfermagem é à 1 etapa da SAEP. Nessa fase é necessário considerar as informações que permeiam as dimensões subjetivas, objetivas, históricas e atuais da vida dos indivíduos. É um momento importante de contato e emersão com as crenças e costumes, hábitos e cirurgias anteriores e itens já elencados. É necessário, estar atenta às essas informações, dentre outras, como estado emocional e as condições de entendimento do indivíduo quanto ao procedimento a ser realizado, bem como envolver a família no processo do cuidado.

Para tanto, a comunicação entre profissional e indivíduo deve se dar de maneira dialógica e negociada possibilitando a construção de um saber sobre o processo-saúde

e doença mútuo (ALVES, 2005). Desse modo, a enfermeira pode apropriar-se dos determinantes e condicionantes de saúde dos indivíduos e assim, planejar suas ações em consonância com as necessidades, na perspectiva do fomento a autonomia e consequente melhoria e manutenção da saúde.

Assim, ao término da coleta de dados, a enfermeira resume para o indivíduo o que foi dito, abrindo espaço para esclarecimentos e negociação, oportunizando a realização da educação em saúde já desde o início do processo (DAVINI, 2019; BRASIL, 2009).

Ainda na Visita pré operatória de enfermagem, à enfermeira irá avaliar, conforme problemas encontrados, problemas potenciais e situações de bem estar referentes as condições biológicas, psíquicas, sociais e espirituais, uma vez que o foco do atendimento é a pessoa e não a doença. Essa etapa culmina na tomada de decisão ou seja: as respostas da pessoa, família ou coletividade humana que constituem a base para a seleção das ações ou intervenções com as quais se objetiva alcançar os resultados esperados. Cabe salientar que os diagnósticos devem ser apresentados por prioridade e o grande diferencial do enfermeiro para o médico é eles diagnosticam doenças e nós diagnosticamos respostas humanas decorrentes de problemas de saúde e processos de vida, Essa fase será baseada na taxonomia II da NANDA International (North American Nursing Diagnosis Association) e deverá pautar-se nos quatro modelos de adaptação. A estrutura do NANDA-I contém sete eixos ou dimensões da resposta humana. Na taxonomia atual são organizados e aprovados 244 diagnósticos, distribuídos em 13 domínios e 47 classes. O diagnóstico de enfermagem é formado de componentes estruturais: título do diagnostico, definição, fatores relacionados, características definidoras, condições associadas, fatores de risco e população em risco. Estes componentes estruturais irão compor 3 tipos (1-Diagnostico com foco no problema- composto de título, fator relacionado e característica definidora, 2-Diagnósticos de risco- composto de título e fatores de risco e diagnósticos de promoção a saúde- composto de título, fator relacionado e característica definidora).

Os principais diagnósticos de enfermagem elaborados ao paciente perioperatório são:

Pd Respiratório ineficaz relacionado por processo anestésico cirúrgico, evidenciado por dispneia.

Risco de lesão por pressão evidenciado por restrição ao leito

Risco de quedas devido à idade avançada

Risco de sangramento relacionado à cirurgias de grande porte

Medo relacionado ao processo anestésico-cirúrgico, evidenciado pela apreensão/ ansiedade.

Ansiedade relacionado à anestesia evidenciado por verbalização e duvidas sobre à mesma.

Processos familiares interrompidos relacionados ao comprometimento do estado de saúde e processo anestésico cirurgico de um membro da família evidenciado por interrupção

nas atividades sociais de costume.

A 2ª etapa do PE na SAEP à Planejamento de assistência perioperatória corresponde ou estabelecimento das metas são os resultados esperados ou comportamento final que se deseja alcançar. Essa fase é realizada após formular os diagnósticos estabelecendo objetivos e resultados esperados, e implantação e desenvolvimento de intervenções específicas. As intervenções de enfermagem são realizadas por meio das prescrições de enfermagem, com base no planejamento realizado (ALFARO-LEFEVRE, 2014). O resultado esperado deve ter relação com o diagnóstico de enfermagem, ser centrado no paciente, ser alcançável, conter limite de tempo, ser mensurável e ser objetivo. O registro e o monitoramento dos resultados esperados (RE) possibilitam obter indicadores capazes de apontar o quanto a equipe de enfermagem contribui para o atendimento das necessidades apresentadas por aqueles que demandam seus cuidados. Dessa forma os profissionais de enfermagem devem: evitar que os diagnósticos de risco evoluam para problemas, minimizar ou solucionar os problemas e manter um diagnóstico com foco na promoção. O resultado esperado deve ser pautado no Nursing Outcomes Classification (NOC), o qual é uma taxonomia complementar a taxonomia da NANDA-I, dividida em 7 domínios (saúde funcional, saúde fisiológica, saúde psicossocial, conhecimento em saúde, saúde percebida, saúde familiar e saúde comunitária) e 32 classes, com 490 resultados de enfermagem (MOORHEAD et al., 2016). Dessa forma o enfermeiro pode avaliar suas condutas, mantê-las ou modifica-las de modo a melhorar a qualidade do cuidado prestado pela equipe de enfermagem.

Alguns resultados esperados são:

Pd Respiratório ineficaz relacionado por processo anestésico cirúrgico, evidenciado por dispneia. RE- Estado respiratório não comprometidas. Indicador: permeabilidade de vias áreas.

Risco de lesão por pressão evidenciado por restrição ao leito de cirurgia. RE- pele e mucosas não comprometidas. Indicador- integridade tecidual não comprometida

Risco de quedas devido à idade avançada. RE- Ocorrências de queda: nenhuma; indicador: nenhuma queda da cama

Risco de sangramento relacionado à cirurgias de grande porte. RE- Ocorrência de sangramento: nenhuma. Indicador- nenhum sangramento significativo no transoperatório e pós operatório

Medo relacionado ao processo anestésico-cirúrgico, evidenciado pela apreensão/ ansiedade. RE. Melhora do medo. Indicador: compreensão do processo de saúde e doença.

Ansiedade relacionado à anestesia evidenciado por verbalização e dúvidas sobre à mesma. RE- Melhora da Ansiedade. Indicador- Compreensão sobre à anestesia

Processos familiares interrompidos relacionados ao comprometimento do estado de saúde e processo anestésio cirúrgico de um membro da família evidenciado por interrupção nas atividades sociais de costumes. RE- Processos familiares não comprometidos.

Indicador: bem estar familiar.

A 3ª etapa do PE na SAEP à Implementação da assistência ou intervenção são os cuidados de enfermagem propriamente ditos para o alcance das metas.

Os cuidados relacionados aos diagnósticos são:

Padrão respiratório ineficaz- Monitorar SSVV; principalmente FR e sat de O₂, Monitorar sons pulmonares; Posicionar a paciente para minimizar o esforço respiratório; Iniciar e manter o uso de oxigênio suplementar, conforme prescrito;

Risco de lesão por Pressão- Aplicar escala de braden, mudança de decúbito, uso de coxins e colchão pneumático, orientações de educação e saúde para pacientes e familiares sobre prevenção de lesões;

Risco de quedas- Aplicar escalas de risco de queda diariamente, deixar grades levantadas, orientar pacientes e familiares sobre ações preventivas para evitar quedas.

Risco de sangramento- Monitorar exame laboratorial de HB e Ht, Monitorar sinais vitais pelo monitor multiparamétrico, checar necessidade de sangue antes da cirurgia, dentre outros.

Medo- Explicar todo o procedimento anestésico ao paciente, se assegurar que ele tenha compreendido e internalizado da segurança do processo anestésico, chamar o anestesista para estreitar vínculos e tirar qualquer dúvida existente.

Ansiedade-Minimizar ansiedade pela explicação de todo processo anestésico cirúrgico, compartilhar informações com os familiares, dentre outros;

Processos Familiares interrompidos- Estimular a presença dos familiares; Otimizar um sono tranquilo, alívio da dor, controle emocional; Monitorar padrão de sono e quantidade de horas dormidas; Proporcionar ambiente calmo e seguro

A 4ª etapa do PE na SAEP, Avaliação da assistência com a visita pós-operatória de enfermagem ou avaliação refere-se ao julgamento da eficácia das intervenções propostas. Ressalta-se que essa etapa é um processo contínuo de verificação de mudanças nas respostas do indivíduo para determinar se as ações ou intervenções de enfermagem alcançaram o resultado esperado. (COELHO, MENDES, 2011- <https://doi.org/10.1590/S1414-81452011000400026>). Após a realização das intervenções, é realizado o acompanhamento e avaliação do cuidado ofertado. (BRUNNER & SUDDARTH'S, 2018). Nos casos negativos, a enfermeira deverá avaliar novamente os resultados esperados e trabalhar junto com a equipe de saúde na formulação/mudanças nas ações para melhoria da condição de saúde deste indivíduo, e assim realizar o planejamento para a alta do indivíduo.

A 5 etapa do PE na SAEP, à Reformulação da assistência a ser planejada de acordo com os resultados obtidos, procurando resolver situações não desejadas e a ocorrência de eventos adversos. Nessa etapa à enfermeira irá verificar se todas às metas foram alcançadas e se necessário reformular seu plano de cuidados.

A alta hospitalar é uma etapa importante da SAEP, pois direciona o plano e a

implementação das ações, no decorrer do período entre admissão e alta hospitalar, com a finalidade de prever a continuidade do cuidado ao cliente no domicílio (PEREIRA e col., 2007). A enfermeira através da identificação das necessidades do indivíduo na coleta de dados durante o histórico desenvolve um plano de ação completo para melhoria da saúde dessa pessoa. O planejamento da alta é um acordo entre enfermeira, indivíduo e familiar desenvolvido ainda no hospital e que se estenderá à casa do indivíduo após sua alta. Segundo a OMS (2002) o planejamento da alta se torna uma estratégia de preparo do indivíduo e família para assumir responsabilidades pela continuidade do cuidado. Aspectos da educação em saúde são indispensáveis para a continuidade desses cuidados. A enfermeira durante o plano de alta, poderá formular um roteiro para ser entregue ao indivíduo contendo informações sobre o procedimento que fora realizado, os cuidados necessários além da orientação que qualquer alteração que seja identificada, retorne à unidade. A enfermeira desenvolve então seu planejamento visando adaptar o indivíduo promovendo medidas de enfrentamento a nova problemática.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Entretanto, apesar dos avanços no conhecimento científico e tecnológico do profissional de enfermagem e do desenvolvimento de ferramentas que viabilizam a melhoria do seu serviço, as ações da enfermeira na atualidade estão quase sempre estabelecidas no modelo assistencial hegemônico, seguindo uma lógica tecnicista e intervencionista. Deste modo, a SAEP ocorre de maneira fragmentada e sem continuidade das ações e avaliação dos resultados esperados, observando o indivíduo apenas pelo problema de saúde exibido e, trabalhando só com as necessidades fisiológicas, sem se atentar para as necessidades sociais, espirituais e emocionais dos indivíduos, em destaque, ao paciente perioperatório. Ao aplicar a SAEP no indivíduo, a enfermeira deve realizá-lo em todas as suas etapas, e utilizar os protocolos para oferecer um cuidado holístico e integral, visando a promoção da saúde, prevenção de risco potencial e adaptação diante das necessidades em saúde.

Cabe ressaltar que a utilização da Prática baseada em evidências compreende o processo que integra a competência clínica individual e os resultados de pesquisa bem fundamentados (pautado em 5 etapas: definição do problema, identificação das informações necessárias, busca de estudos, avaliação da aplicabilidade dos dados obtidos e determinação de sua utilização para o paciente). Desta forma, urge que os enfermeiros realizem pesquisas para extrair os melhores níveis de evidência para prestar um cuidado seguro aos pacientes.

Para além da SAEP ser trabalhada com foco nas evidências, cabe salientar a importância da educação em saúde a qual se constitui uma ferramenta importante para melhoria do cuidado e das condições de saúde e vida. A educação em saúde desenvolvida pelo a enfermeira é garantida pela lei do exercício profissional no artigo 8º, onde a enfermeira

participa de atividades de educação em saúde, proporcionando uma melhor qualidade de vida do indivíduo, família e comunidade.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução 358/2009 Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências.** Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Brasília, 2009. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente** / Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BOHLKE, M. **Diagnóstico e tratamento da insuficiência renal aguda.** Rev. Med. UCPel, Pelotas, v. 1, n. 1, jul./dez. 2003.

CHANES, M. **SAE Descomplicada.** São Paulo: Guanabara Koogan, 2018.

LEITE FCS, Estrela FM, Silva Júnior GM, Cerqueira MOS, Miranda MC, Oliveira TSR de, *et al.* Sistematização da Assistência de Enfermagem aplicada ao idoso com sepse. **Rev enferm UFPE** on line. 2020;14:e244715. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2020.244715>

LEOPARDI, M. T. Sister Callista Roy – teoria da adaptação. In: **Teorias em enfermagem: instrumentos para a prática.** Florianópolis: Papa-Livros, 1999. p.109-114.

MAZONI, Simone Roque et al. **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem e a contribuição brasileira.** Rev. bras. enferm., Brasília, v. 63, n. 2, p. 285-289, Apr. 2010.

NANDA. **Diagnóstico de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2018-2020.**

ROY, S.C. ANDREWA, H. A. The Roy Adaptation Model. 2 ed. Stamford, Connecticut: Appleton & Lange, 1999.

TANNURE, MC, GONÇALVES, AMP. **SAE - Sistematização Da Assistência De Enfermagem - 2ª Ed.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2021.

ROTHROCK, J. C. **Alexander - Cuidados de Enfermagem ao Paciente Cirúrgico.** 13ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007.

SILVA, Natália Chantal Magalhães da; OLIVEIRA, Ana Railka de Souza; CARVALHO, Emília Campos de. **Conhecimento produzido sobre os resultados da “Nursing Outcomes Classification - NOC”:** revisão integrativa. Rev. Gaúcha Enferm., Porto Alegre, v. 36, n. 4, p. 104-111, Dec. 2015.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **BRUNNER & SUDDARTH. Tratado de enfermagem médico-cirúrgica.** 12ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara -Koogan, 2011.

SOLANO, J.P.C. Frequência de sintomas no último ano de vida de idosos: avaliação de Necessidades em cuidados paliativos. 2009. 97p. Dissertação (Mestrado em Ciências). Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2009.

PRADO, Marta Lenise do et al . Arco de Charles Maguerez: refletindo estratégias de metodologia ativa na formação de profissionais de saúde. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro , v. 16, n. 1, p. 172-177, Mar. 2012 .

SANTOS, OFP et al. **Insuficiência Renal Aguda**. In: *Conduitas no Paciente Grave*. 3ª ed. São Paulo: Atheneu, 2006, v.1.

SHARON, L. L. et.al. **Tratado de enfermagem médico cirúrgica**: avaliação dos Problemas clínicos. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013- 1802p

TANNURE, MC, GONÇALVES, AMP. **SAE - Sistematização Da Assistência De Enfermagem** - 2ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2021.

ÍNDICE REMISSIVO

A

Amputação 57, 58, 59, 61, 62, 63, 64, 65

Asma 173, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 182, 183, 289

Atenção primária à saúde 20, 27, 101, 131, 134, 150, 170, 175, 222, 250

B

Boas práticas de fabricação 197, 199, 212, 213

C

Câncer 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 117, 118, 119, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 136, 137, 138, 247, 289

Câncer de mama 111, 112, 113, 114, 115, 117, 118, 119, 129, 136, 138

Covid-19 9, 10, 11, 12, 13, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 68, 69, 70, 75, 133, 135, 141, 142, 143, 145, 148, 150, 151, 152, 244, 245, 246, 247, 248, 254, 255

D

Direito à saúde 3, 4, 5, 15, 155

Discentes 245, 246, 249, 330

Docentes 30, 35, 37, 41, 85, 96, 107, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 138, 139, 141, 142, 143, 149, 174, 178, 182, 245, 249, 275, 278, 279, 322, 325, 327

E

Educação em saúde 33, 140, 142, 143, 145

Encefalopatia hipóxico isquêmica 256, 257, 258, 262, 263, 264

Enfermagem 42, 43, 51, 59, 68, 71, 75, 76, 77, 79, 83, 85, 86, 87, 99, 109, 111, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 126, 127, 128, 129, 161, 162, 163, 165, 170, 173, 176, 183, 215, 242, 244, 245, 249, 250, 253, 254, 267, 268, 269, 270, 271, 272, 274, 275, 276, 277, 278, 279, 280, 323, 325, 327, 328

Envelhecimento 78, 79, 83, 85, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 151

Esquistossomose 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43

Estratégia de Saúde da Família 30, 40, 107, 164

F

Família 169, 170

I

Instituto Nacional de Câncer 79, 81, 90, 93, 109, 119, 128, 138

M

Medicamentos 33, 107, 124, 135, 136, 175, 178, 179, 180, 181, 182, 196, 197, 198, 199, 203, 204, 205, 206, 207, 209, 210, 211, 212, 213

Ministério da Saúde 4, 12, 26, 28, 29, 30, 31, 39, 40, 41, 56, 75, 83, 87, 89, 91, 95, 97, 102, 104, 105, 106, 109, 113, 115, 116, 117, 119, 128, 133, 135, 138, 147, 150, 153, 156, 157, 158, 159, 161, 169, 222, 225, 226, 228, 229, 253, 272, 279, 284, 288, 289, 316, 320, 321, 323, 324, 327

Monkeypox 10, 215, 216, 217, 218, 219, 220, 222, 223

N

Neoplasias 77, 79, 90, 100, 112, 113, 117, 119, 248

O

Óbito materno 321

Organização Mundial da Saúde 2, 56, 106, 131, 142, 146, 147, 160, 169, 226, 246, 254

P

Pandemia 9, 10, 11, 12, 13, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 68, 69, 70, 71, 74, 141, 142, 143, 145, 148, 150, 151, 244, 245, 246, 247, 248, 252, 254

Políticas públicas 2, 3, 7, 9, 12, 13, 15, 17, 20, 21, 25, 26, 27, 45, 48, 51, 52, 53, 55, 57, 66, 79, 80, 82, 101, 112, 113, 119, 125, 142, 148, 151, 153, 154, 157, 160, 162, 251

População idosa 122, 141, 142, 143, 144, 146, 147, 148, 149

Pré-natal 72, 230, 232, 240, 241, 320, 321, 322, 323, 324, 325, 326, 327, 328, 329

Próstata 77, 78, 79, 80, 81, 83, 84, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 122, 129, 136, 137, 138

Psicodrama 281, 282, 283, 284, 285, 293, 296, 297, 298, 301, 302, 303, 304, 305, 306, 308, 311, 312, 313, 314, 315, 317, 318

Psicologia da Saúde 141, 144

Q

Qualidade de vida 7, 39, 46, 48, 50, 56, 78, 79, 80, 83, 84, 122, 125, 126, 127, 128, 130, 131, 132, 137, 138, 142, 145, 147, 148, 150, 164, 168, 187, 194, 252, 258, 279, 281, 284, 287, 315, 326

R

Relações humanas 46, 281, 283, 313

Revisão de literatura 13, 14, 17, 44, 79, 86, 92, 93, 154, 176, 219, 258, 262, 264, 281, 283,

284, 320

S

Saúde pública 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 19, 28, 39, 42, 43, 44, 45, 49, 55, 56, 75, 79, 81, 88, 99, 101, 106, 109, 112, 132, 137, 154, 156, 160, 175, 213, 216, 225, 230, 231, 232, 247, 253, 328, 330

Sepse 232, 233, 234, 235, 236, 237, 238, 239, 240, 241, 242, 243, 279

Serviços públicos 5, 15, 49

Sífilis 71, 72, 224, 225, 226, 227, 228, 229, 230, 231, 321, 322, 323

Sistemas de atenção à saúde 131

Sistematização da assistência de enfermagem 267, 268, 269, 270, 279

Sistema Único de Saúde 2, 3, 5, 7, 8, 11, 12, 13, 18, 49, 75, 102, 104, 105, 106, 113, 115, 116, 117, 118, 132, 138, 153, 154, 161, 162, 164, 224, 226, 230, 232, 247, 330

Sofrimento psíquico 148, 282, 292, 293, 294, 313, 315

T

Trabalho 2, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 15, 17, 19, 23, 24, 26, 30, 31, 33, 34, 35, 36, 39, 40, 41, 42, 44, 46, 48, 50, 54, 55, 56, 61, 68, 70, 73, 74, 75, 76, 79, 83, 87, 92, 96, 113, 121, 122, 133, 135, 141, 142, 143, 147, 149, 155, 159, 161, 162, 163, 165, 166, 168, 169, 176, 184, 187, 194, 220, 231, 235, 244, 245, 246, 248, 254, 267, 268, 270, 281, 282, 283, 284, 285, 286, 287, 288, 289, 290, 291, 292, 293, 294, 295, 296, 297, 298, 300, 301, 302, 303, 304, 305, 306, 307, 308, 309, 310, 311, 312, 313, 314, 315, 316, 317, 318, 326, 327

Transexuais 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 160

Transtorno 51, 56, 57, 58, 59, 61, 62, 63, 64, 65, 160, 184, 185, 186, 187, 188, 191, 195, 281, 312

Transtornos associados ao uso de drogas 69

Transtornos do espectro do autismo 187

Travestis 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 160

V

Varíola 3, 4, 10, 19, 216, 217, 218, 219, 221, 222

Vigilância epidemiológica 29, 30, 226

Saúde pública e saúde coletiva:

Núcleo de saberes e práticas 2



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


Ano 2022

Saúde pública e saúde coletiva:

Núcleo de saberes e práticas 2



🌐 www.atenaeditora.com.br
✉ contato@atenaeditora.com.br
📷 @atenaeditora
📘 www.facebook.com/atenaeditora.com.br

Atena
Editora
Ano 2022