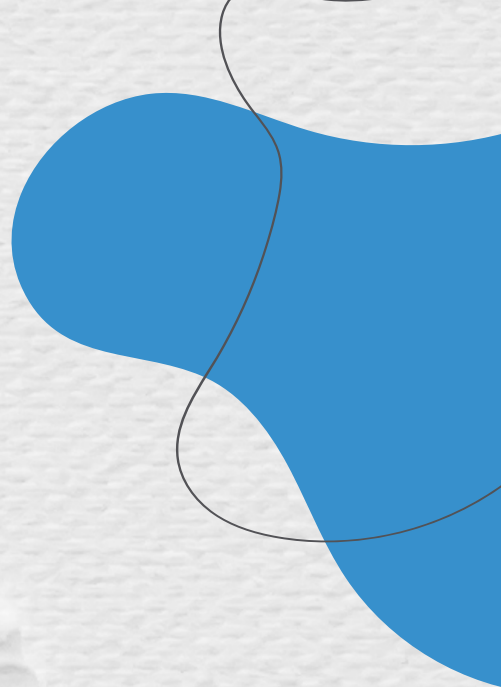


EDITORA
OMNIS SCIENTIA



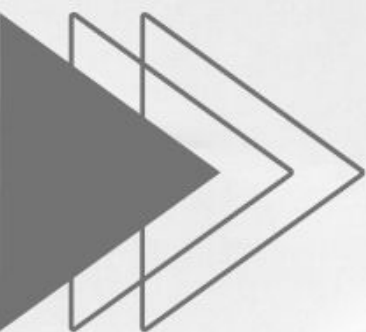
PERCURSOS QUE INTEGRAM A SAÚDE NO BRASIL

ORGANIZADORA

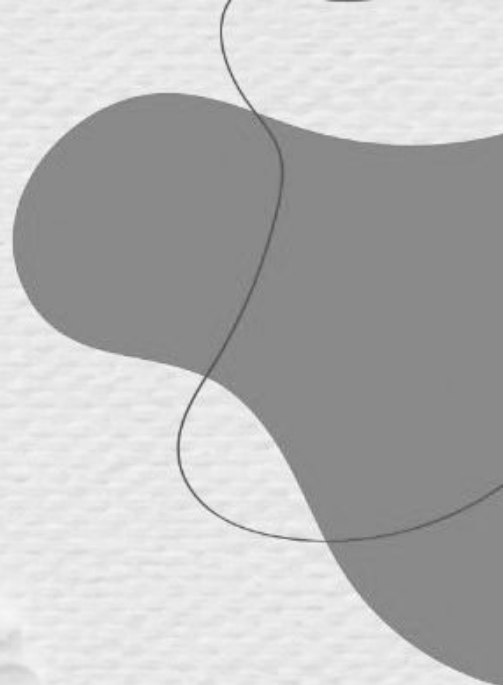
Pauliana Valéria Machado Galvão



VOLUME 1



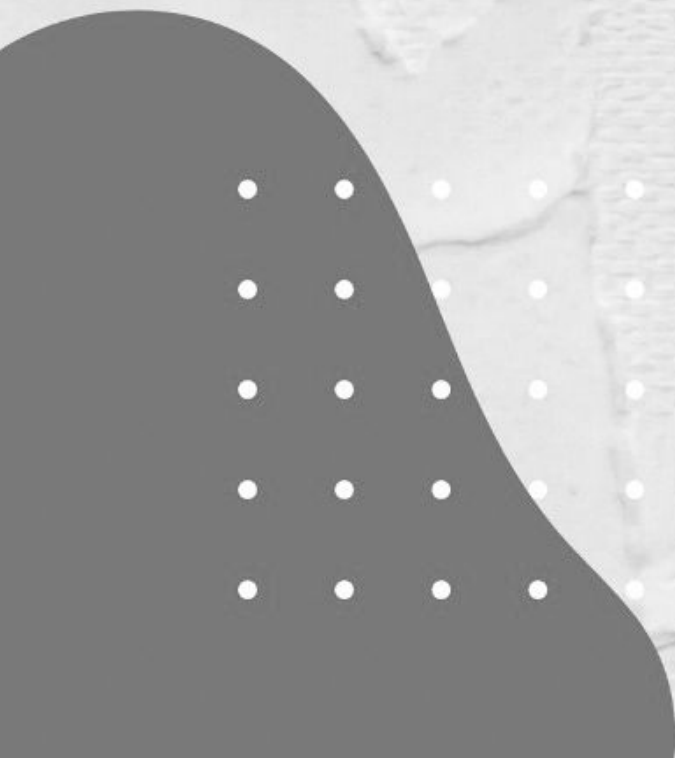
EDITORA
OMNIS SCIENTIA



PERCURSOS QUE INTEGRAM A SAÚDE NO BRASIL

ORGANIZADORA

Pauliana Valéria Machado Galvão



VOLUME 1

Editora Omnis Scientia

PERCURSOS QUE INTEGRAM A SAÚDE NO BRASIL

Volume 1

1ª Edição

TRIUNFO - PE

2022

Editor-Chefe

Me. Daniel Luís Viana Cruz

Organizadora

Dra. Pauliana Valéria Machado Galvão

Conselho Editorial

Dr. Cássio Brancaleone

Dr. Marcelo Luiz Bezerra da Silva

Dra. Pauliana Valéria Machado Galvão

Dr. Plínio Pereira Gomes Júnior

Dr. Walter Santos Evangelista Júnior

Dr. Wendel José Teles Pontes

Editores de Área - Ciências da Saúde

Dra. Camyla Rocha de Carvalho Guedine

Dra. Cristieli Sérgio de Menezes Oliveira

Dr. Leandro dos Santos

Dr. Hugo Barbosa do Nascimento

Dr. Marcio Luiz Lima Taga

Dra. Pauliana Valéria Machado Galvão

Assistente Editorial

Thialla Larangeira Amorim

Imagem de Capa

Canva

Edição de Arte

Vileide Vitória Larangeira Amorim

Revisão

Os autores



Este trabalho está licenciado com uma Licença Creative Commons – Atribuição-NãoComercial-SemDerivações 4.0 Internacional.

O conteúdo abordado nos artigos, seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Lumos Assessoria Editorial
Bibliotecária: Priscila Pena Machado CRB-7/6971

P429 Percursos que integram a saúde no Brasil : volume 1
[recurso eletrônico] / organizadora Pauliana Valéria
Machado Galvão. — 1. ed. — Triunfo : Omnis Scientia,
2022.
Dados eletrônicos (pdf).

Inclui bibliografia.
ISBN 978-65-5854-914-7
DOI: 10.47094/978-65-5854-914-7

1. Saúde pública - Brasil. 2. Política de saúde -
Brasil. 3. Serviços de saúde comunitária - Brasil.
4. Profissionais da área de saúde pública - Formação.
I. Galvão, Pauliana Valéria Machado. II. Título.

CDD23: 610.7

Editora Omnis Scientia

Triunfo – Pernambuco – Brasil

Telefone: +55 (87) 99656-3565

editoraomnisscientia.com.br

contato@editoraomnisscientia.com.br



PREFÁCIO

Discutir a saúde pública é um processo amplo, dinâmico e extremamente necessário, principalmente no contexto atual, após 30 anos da criação do Sistema Único de Saúde brasileiro e tantos questionamentos gerados sobre a sua eficiência e importância.

A pandemia do COVID-19 demonstrou que o SUS é, em sua essência, feito por profissionais que extrapolam o dever e carregam os ideais propostos quando de sua formulação. Todos precisaram se reinventar e novas estratégias e possibilidades foram criadas, admitindo-se todos os desafios, mas negando-se a ser paralisado pelas circunstâncias.

Assim, este livro pretendeu reunir trabalhos que expressam a multidisciplinaridade dos percursos que formam a construção da saúde brasileira. O olhar sobre os princípios do SUS de integralidade, equidade e universalização foi priorizado, bem como o olhar sobre a saúde de populações especiais. Só que pensar saúde é tão amplo que seria impossível não retratar diversas experiências de vivências e de estratégias educativas. Esperamos ter oportunizado uma discussão ampla e construtiva.

Capítulo Premiado: Capítulo 1 - O DESAFIO DA INTEGRALIDADE NA SAÚDE: UM OLHAR NA ASSISTÊNCIA AOS POVOS INDÍGENAS.

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1.....11

O DESAFIO DA INTEGRALIDADE NA SAÚDE: UM OLHAR NA ASSISTÊNCIA AOS POVOS INDÍGENAS

Durval Lins dos Santos Neto

Albani de Barros

DOI: 10.47094/978-65-5854-914-7/11-16

CAPÍTULO 2.....17

POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE DA MULHER E ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Antônia Dyeylly Ramos Torres Rios

Taiane Soares Vieira

Letícia Lacerda Marques

Melquesedec Pereira de Araújo

Joice Simionato Vettorello

Fabiane Lopes dos Santos

Raul Ricardo Rios Torres

Luiz Cirino da Silva Neto

DOI: 10.47094/978-65-5854-914-7/17-29

CAPÍTULO 3.....30

AS EXPERIÊNCIAS DO ENSINO SOBRE A SAÚDE DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA NOS CURSOS DE MEDICINA

Ana Beatriz da Silva

Harlan Azevedo Fernandes Gadêlha

Heitor Lenin Lisboa dos Santos

Maria Jussara Medeiros Nunes

Pedro do Vale Cardoso

Suzana Carneiro de Azevedo Fernandes

DOI: 10.47094/978-65-5854-914-7/30-41

CAPÍTULO 4.....42

PROFESSORES UNIVERSITÁRIOS: REPERCUSSÕES DO RETORNO ÀS ATIVIDADES DOCENTES PRESENCIAIS DE ENSINO PÓS PANDEMIA COVID-19

Carina do Carmo Couto

Aline Groff Vivian

Dóris Cristina Gedrat

DOI: 10.47094/978-65-5854-914-7/42-53

CAPÍTULO 5.....54

PARASITOLOGIA POR MEIO DE TÉCNICAS E IMAGENS: PERCURSO EDUCATIVO PARA INTEGRAÇÃO DA SAÚDE

Ana Lúcia Moreno Amor

Aldery Souza dos Passos

Edemilton Ribeiro Santos Junior

Érica Santos Bomfim

Karine Sampaio de Carvalho

Luiz Henrique Silva Mota

Manuella Silva Correia

Mariana Soares de Almeida

Raíssa da Silva Santos

Raoni dos Santos Andrade

Wesley Araújo de Albuquerque

Rebeca Correa Rossi

Glauber Andrade dos Santos

DOI: 10.47094/978-65-5854-914-7/54-66

CAPÍTULO 6.....67

VIVÊNCIAS DO ESTÁGIO SUPERVISIONADO DE ENFERMAGEM EM UM HOSPITAL ESCOLA

Thaisy Sarmiento Batista de Oliveira Lima

Janaína de Sousa Paiva Leite

Ana Paula Ramos Machado

Georgiana de Sousa Garrido
Vanei Pimentel Santos
Maria Juliana Viana dos Santos Oliveira
Maria Julieta Viana dos Santos Oliveira
Rosana Fernandes Dantas Gomes

DOI: 10.47094/978-65-5854-914-7/67-76

CAPÍTULO 7.....77

VIVÊNCIA DO ENFERMEIRO NO PRONTO SOCORRO DURANTE A PANDEMIA DO CORONAVÍRUS

Rúbia Mara Maia Feitosa
Fabíola Chaves Fontoura
Ana Priscila Marcolino Torres
Geordânia Freires Barros
Maria Laudinete Menezes de Oliveira

DOI: 10.47094/978-65-5854-914-7/77-85

CAPÍTULO 8.....86

INTERDISCIPLINARIDADE EM CUIDADOS PALIATIVOS: DESAFIOS E PERSPECTIVAS

Janaína de Sousa Paiva Leite
Vanei Pimentel Santos
Thaisy Sarmiento Batista de Oliveira Lima
Ana Paula Ramos Machado
Maria Juliana Viana dos Santos Oliveira
Georgiana de Sousa Garrido
Maria Julieta Viana dos Santos Oliveira
Rosana Fernandes Dantas Gomes
Rosângela Alves Almeida Bastos

DOI: 10.47094/978-65-5854-914-7/86-95

CAPÍTULO 9.....96

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A UM PACIENTE COM UROSTOMIA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Carlos Antonio de Lima Filho

Matheus Vinicius Barbosa da Silva

Amanda de Oliveira Bernardino

João Henrique Siqueira Gomes

Maria Julya Santos Lobo

Pedro Henrique Rezende Gava

Marianne Rose Mignac de Barros Monteiro Melo

Ana Fernanda Vieira Ramos

Thayuane Gabryelle de Oliveira Silva

Lorena Evellyn Pereira de Paula

DOI: [10.47094/978-65-5854-914-7/96-105](https://doi.org/10.47094/978-65-5854-914-7/96-105)

O DESAFIO DA INTEGRALIDADE NA SAÚDE: UM OLHAR NA ASSISTÊNCIA AOS POVOS INDÍGENAS

Durval Lins dos Santos Neto¹;

Centro Universitário Tiradentes (UNIT), Maceió, Alagoas.

<http://lattes.cnpq.br/7962367863112678>

Albani de Barros²;

Centro Universitário Tiradentes (UNIT), Maceió, Alagoas.

<http://lattes.cnpq.br/4243397331601145>

RESUMO: A Saúde Pública no Brasil é regida pelos princípios da descentralização, da participação da comunidade e do atendimento Integral. Nesse último ponto, enfatizamos que tal regra induz que os serviços em saúde devem contemplar desde a prevenção de doenças até os cuidados paliativos. Chamamos atenção para o ponto fundamental: a saúde dos povos originários deve ser primordialmente promovida pelo governo brasileiro, e subsidiariamente por outras instituições e organizações, embora historicamente essa lógica tenha sido invertida. Ao longo da pesquisa demonstramos as formas pelas quais o serviço público é prestado a esses povos e como ele é distribuído na hierarquia do Ministério da Saúde. São ressaltados os desafios da distribuição do serviço, principalmente devido à distribuição desigual dos profissionais de saúde no contexto brasileiro e o resultado da omissão governamental para as populações indígenas. Nesse cenário, o presente artigo tem a finalidade de analisar – através de uma pesquisa bibliográfica quali-quantitativa, nas plataformas públicas de pesquisa e nos documentos oficiais do governo brasileiro – a questão da saúde indígena. O enfoque do trabalho é a prestação ou não do serviço, pois antes de pensar na qualidade dos serviços de média e alta complexidade, deve-se analisar se o serviço, seja qual for, abrange universal e integralmente os povos originários.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde dos povos indígenas. Integralidade. Sistema Único de Saúde.

THE CHALLENGE OF INTEGRALITY IN HEALTH: A LOOK AT ASSISTANCE TO INDIGENOUS PEOPLES

ABSTRACT: The Public Health in Brazil is conducted by the principles of decentralization, community participation and comprehensive care. On this last point, we emphasize that this rule implies that health services must cover everything from disease prevention to palliative care. We draw attention to the fundamental point: the health of indigenous peoples must be provided primarily by the Brazilian government, and secondarily by other institutions and organizations, although historically this logic has been inverted. Throughout the research, we demonstrate the ways in which the public service is provided to these peoples and how it is distributed in the hierarchy of the Ministry of Health. The challenges of service distribution are highlighted, mainly due to the unequal distribution of health professionals in the Brazilian context and the result of government omission for indigenous populations. In this scenery, this article aims to analyze – through a qualitative and quantitative bibliographical research, in public research platforms and in official documents of the Brazilian government – the issue of indigenous health. The focus of the work is the provision or not of the service, because before thinking about the quality of medium and high complexity services, one must analyze whether the service, whatever it may be, universally and integrally covers the original peoples.

KEY-WORDS: Health of Indigenous Peoples. Integrality. Health Unic System.

INTRODUÇÃO

O presente trabalho visa expor introdutoriamente a questão da saúde indígena no Brasil. Para alcançar esse objetivo foi realizada uma revisão bibliográfica sobre a temática nas plataformas *PUBmed*, *BVS* e *Scholar* para poder traçar um paralelo entre a disponibilidade dos serviços públicos de atenção à saúde no Brasil e a sua prestação aos povos originários.

Não houve foco sobre a qualidade do serviço prestado, mas se o serviço chega ou não às mais distantes localidades em que estes povos se encontram distribuídos no território brasileiro.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica sobre a temática nas plataformas *PUBmed*, *BVS*, *Scholar* e documentos públicos sobre a temática. Dessa forma, os procedimentos metodológicos utilizados incluíram uma busca avançada, com as palavras-chaves da pesquisa, além de fichamentos, mapeamentos e análise dos conteúdos dos artigos selecionados. Os textos elencados foram redigidos entre os anos de 2018 e 2022. No

artigo, foi feita uma abordagem qualitativa e quantitativa de natureza básica com objetivo descritivo.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

A Constituição Federal de 1988, em seu artigo 198, define que os serviços públicos de saúde, no país materializado a partir do Sistema Único de Saúde (SUS), é regido pelas seguintes diretrizes: Descentralização, Participação da Comunidade e o Atendimento Integral (BRASIL, 1988). Em que pese, a descentralização implicar na divisão de tarefas e responsabilidades dos entes federal, estadual e municipal; a participação da comunidade indica que todos os brasileiros, de maneira bem sucinta, têm o direito de opinar como deveriam ser executados os serviços; e a integralidade engloba todos os serviços ofertados pelo sistema, e esses devem contemplar a prevenção, a promoção, o tratamento e a reabilitação (DE FIGUEIREDO, 2003).

Considerando o caráter de universalidade que a saúde pública no Brasil foi delineada a partir da construção da seguridade social, bem como da compreensão de que essa universalidade incorpora também demandas para grupos específicos, merece nossa atenção a relação entre saúde pública e os povos originários, convencionalmente denominados de população indígena.

Devemos destacar que os povos originários no Brasil são aqueles grupos que habitavam as terras brasileiras antes da chegada dos grandes navegadores e, conseqüentemente, os colonizadores. Segundo a Fundação Nacional de Assistência ao Índio FUNAI (2019), a população indígena do Brasil Pré-Colonial era de cerca de 3 a 5 milhões, e que quase 2 milhões desses viviam no litoral. Nessa época, esses povos estavam divididos em aproximadamente 1.000 sociedades, com diferentes características culturais e organização social.

Já em 2010, data do último Censo nacional, essa população era de pouco menos de 818 mil, distribuídos em 305 etnias e 274 línguas falantes (IBGE, 2010), ou seja, menos de 20% da população original. Essa redução drástica se deu devido às práticas reiteradas de abandono e sub assistência dessa parcela de brasileiros. Esses povos sofreram, principalmente, após 1758, as restrições pombalinas – que impuseram a obrigatoriedade da língua portuguesa como a única língua oficial da colônia portuguesa na América – e as sucessivas tentativas de “civilização” dos povos indígenas do país até meados de 1970, cujo prognóstico dava conta da certeza de extinção (DAVIS, 1978). E, portanto, não haveria a necessidade de assistência em saúde a essa parcela populacional.

Apesar da criação do Serviço de Proteção ao Índio (SPI), em 1910, e sua posterior substituição em 1967, por parte do governo brasileiro pela Fundação Nacional do Índio; esse cenário de negligência e apagamento somente seria revertido a partir do final da década de 1980.

Além da década de 1980 representar um período importante para a consolidação do processo de redemocratização do país, nessa década também ocorreram vários avanços no âmbito da construção de direitos sociais, em especial na área da saúde. Concomitante à 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, também ocorreu a 1ª Conferência de Saúde do Índio. Nela foi editada a recomendação para a criação de um subsistema de serviços em saúde voltado à essa parcela da população brasileira, o Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI). Também foi estabelecido que esse sistema deveria ficar sob a coordenação do Ministério da Saúde e Previdência Social.

Esses avanços foram obtidos em razão da participação das diversas representatividades indígenas. No entanto, um fato chama a atenção: os serviços de saúde indígena à época estavam sob a égide do Ministério da Justiça, já que a FUNAI estava a ele vinculada (FIOCRUZ, 2019). No entanto, frente aos argumentos citados, tal normativa representou uma enorme conquista, mesmo diante desse impasse.

O SIASI só viria a ser efetivado em 1999 através da Lei 9.836. Essa normativa acrescentou o subsistema de serviços de saúde indígena na estrutura do SUS, conferido pela lei 8.080/90 e incluiu, desde então, o subsistema na hierarquia do Sistema Único de Saúde. Tal iniciativa representou, de fato, o marco institucional da atenção à saúde dos povos originários na agenda do Ministério da Saúde, que de forma delegada, é prestado pela Fundação Nacional de Saúde - FUNASA (FIOCRUZ, 2019).

Após essa data, os povos originários passaram a contar, em tese, com a atenção integral à saúde e teriam ao seu dispor tanto a rede pública de serviços em saúde quanto a rede privada, uma vez que de forma complementar, esta pode ofertar serviços que em determinadas localidades não o sejam pelo ente público, por deficiência da sua rede.

O grande desafio, agora, consiste no fato de que muitos desses povos ainda vivem em Territórios Indígenas (TI's): cerca de 505, conforme o Censo (IBGE, 2010), estando muitos desses grupos localizados em espaços geograficamente dispersos e com dificuldades de acesso. Essa distribuição, inevitavelmente, proporciona um afastamento dos serviços públicos, vez que a maioria desses territórios se encontram nas regiões Norte e Nordeste, em área rural e urbana, respectivamente (IBGE, 2010). Para enfrentar essa questão, a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas – PNASPI, estabeleceu a criação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas - DSEIs.

Aliado a isso, Campos, Machado e Girard (2009) apontam, em seu artigo para a Revista Divulgação em Saúde para Debate, que essas regiões concentravam, em dezembro de 2009, apenas 22,5% dos profissionais médicos do país para atender à uma população de 36% da demografia nacional, enquanto que a região Sudeste no mesmo período esboçava a cifra de 60% dos médicos para 42% dos habitantes do Brasil distribuídos nessa região, o que demonstra a desigualdade de distribuição dos profissionais médicos no território brasileiro para os moradores das regiões Norte e Nordeste e, conseqüentemente, aos grupos mais afastados dos grandes centros urbanos, como é o caso dos indígenas.

Importante também considerar, a distribuição desigual das Unidades Básicas de Saúde (UBS), que para Rodrigues, Amaral e Simões (2007) estão principalmente distribuídas nas capitais e apresentam, mesmo nessas, a deficiência na assistência. Sobre esse aspecto, Simões (2016) também enfatiza que mesmo em um único estado há a distribuição desigual dos serviços de saúde, pois as localidades mais afastadas desses núcleos urbanos tendem a receber menos recursos para prover tais serviços.

Para tentar solucionar o déficit de profissionais médicos nos interiores do Brasil, o Governo Federal criou em 2013 o Programa Mais Médicos (PMM) que nas palavras de Schweickardt et al (2017) prestou o apoio e o fortalecimento da Atenção Básica à Saúde, buscando a melhoria dos indicadores em saúde indígena (FONTÃO, 2017). Tal programa foi executado sob a forma de chamamento público aos médicos formados, inclusive fora do território nacional e que passaram a exercer as atividades médicas no Brasil. Mas, por decisão do próprio governo, em 2019 o PMM mudou suas regras e passou a se chamar de Programa Médicos pelo Brasil, cuja principal mudança foi a necessidade do registro do diploma no Ministério da Educação e Cultura do Brasil (MEC), restringindo a lista de profissionais aptos a integrar o programa.

Atualmente, a estrutura do subsistema conta com 34 DSEIs, que desde 2010 são gerenciados pela Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI). Cada DSEI tem a possibilidade de atender casos de baixa complexidade e conta com meios para a remoção de casos mais complexos para a rede referenciada (FUNAI, 2016). Tal sistematização, apesar de apresentar avanços na questão da atenção à saúde indígena, ainda se mostra ineficaz e necessita de melhorias, conforme apontado. E Wenczenovicz (2018) que evidenciou, em seus estudos, que os casos de desassistência e negligência estatal vem resultando, inclusive na morte de muitos indígenas.

CONCLUSÃO

A história do Brasil mostra a questão indígena tratada de forma negligente e integracionista ao forçar os povos originários ao processo de aculturação e sobreposição dos seus costumes e padrões culturais. No campo da saúde também não foi diferente, pois até a década de 1990 os serviços sempre foram esporádicos e meramente assistencialistas. As primeiras transformações significativas no tocante a proteção da saúde dos povos originários ocorreu pela pressão de grupos sociais e de lideranças indígenas, resultando em avanços jurídicos importantes que foram incorporados na Constituição Federal de 1988 e desde então muitas mudanças foram experimentadas por esses povos.

É verdade que há muito o que se fazer, mas o principal passo já foi dado lá em 1990, quando o as populações indígenas tiveram suas vozes ouvidas pelo Governo Federal, que passou a perceber a existência de singularidades na cultura indígena e que tais aspectos devem ser respeitados. Por isso o modo de execução dos serviços deve ser direcionado às peculiaridades desse público. Mas somente com a amplificação dos anseios das populações originárias, através dos seus representantes legítimos, é que haverá, de fato, a melhoria na

prestação desses serviços, atingindo assim a integralidade e a universalidade no âmbito da saúde pública desses grupos sociais.

DECLARAÇÃO DE INTERESSES

Nós, autores deste artigo, declaramos que não possuímos conflitos de interesses de ordem financeira, comercial, político, acadêmico e pessoal com a editora, com as instituições citadas ou com o público alvo da pesquisa.

REFERÊNCIAS

- BRASIL, Senado Federal. Constituição da república federativa do Brasil. **Brasília: Senado Federal, Centro Gráfico**, 1988.
- CAMPOS, F.E.; MACHADO, M. H.; GIRARDI, S. N. A fixação de profissionais de saúde em regiões de necessidades. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 44, p. 13-24, maio 2009.
- DAVIS, S. H. et al. **Vítimas do milagre: o desenvolvimento e os índios do Brasil**. Zahar, 1978.
- DE FIGUEIREDO, N. M. A. **Ensinando a cuidar em saúde pública**. Difusão, 2003.
- FONTÃO, M. A. B. et al. (2017). Projeto Mais Médicos na saúde indígena: reflexões a partir de uma pesquisa de opinião. **Interface**, 1(1): p. 1169 – 1180.
- FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. **Política nacional de atenção à saúde dos povos indígenas**. Brasília, 2002.
- FUNDAÇÃO NACIONAL DO INDIO. FUNAI. **Coletânea da Legislação Indigenista Brasileira**. Brasília: Imprensa Oficial, 2016.
- FUNDAÇÃO NACIONAL DO ÍNDIO. FUNAI. **Índios no Brasil: quem são**. Portal Brasília: Imprensa Oficial, 2019.
- INTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico 2010: características gerais dos indígenas**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.
- RODRIGUES, C. G.; AMARAL, P. V. M.; SIMÕES, R. F. **Distribuição da rede de oferta de serviços de saúde na região Norte: uma análise espacial multivariada**. Texto para discussão n° 308. Belo Horizonte: UFMG/Cedeplar, 2007.
- SCHWEICKARDT, J. C. (2017). **Relatório de Pesquisa**. A produção do trabalho e o Programa “Mais Médicos” no Estado do Amazonas. FAPEAM/FIOCRUZ Amazonas.
- SIMÕES, R. et al. Rede Urbana da oferta de serviços de saúde: uma análise de clusters espaciais para minas gerais. **Anais**, p. 1-27, 2016.
- WENCZENOVICZ, T. J. et al. **Saúde indígena: reflexões contemporâneas**. 2018.

Índice Remissivo

A

- Acessibilidade 30
- Acesso à informação 55, 58, 63
- Acolhimento dos profissionais 68, 74
- Adaptar conteúdos curriculares 42, 44
- Assistência ao paciente 78, 81, 87, 93, 97, 99
- Assistência à saúde 20, 22, 24, 25, 26, 79, 87
- Assistência em enfermagem 97
- Atenção à saúde 12, 14, 15, 16, 18, 24, 28, 33, 34, 38
- Atividades práticas 68, 70, 74, 75, 100
- Aulas online 42, 44, 47, 48
- Aulas presenciais 42, 44, 45, 48, 49
- Avaliações presenciais 42, 44

C

- Comunicação à distância 42
- Condições precárias de habitação 55, 57
- Conhecimento científico 35, 56, 63
- Consultas de enfermagem 97
- Conteúdos teóricos 68, 70
- Covid-19 42, 43, 44, 45, 50, 52, 53, 81, 83, 84, 85
- Cuidado em saúde 30, 32, 35, 38
- Cuidado paliativo 87, 89, 90, 92, 93
- Cuidados paliativos 11, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95
- Curso de enfermagem 68, 97
- Cursos de graduação 51, 68, 69

D

- Deficiência 14, 15, 30, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 39, 63, 98, 105
- Desenvolvimento da terapêutica 87, 88
- Dinâmicas de sala 42, 44
- Distribuição do serviço 11
- Doenças crônicas 70, 87, 88, 89
- Doenças mortais 87, 88

Doenças parasitárias 55, 57, 58, 61

E

Educação 19, 23, 30, 32, 33, 34, 39, 42, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 52, 55, 57, 58, 63, 64, 65, 66

Educação em saúde 55, 58, 63, 64

Educação inclusiva 30, 32, 34

Enfermagem 24, 28, 29, 40, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 81, 82, 83, 84, 89, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105

Enfermagem cirúrgica 97

Ensino superior 30, 33, 34, 35, 40, 44, 45, 46, 47, 51

Envelhecimento da população 87, 88

Equipe multiprofissional 87, 90, 92

Estágio supervisionado 68, 69, 70, 74, 75

Estratégias educacionais 31

Estudantes de medicina 31, 37, 39

Expectativa de vida 87, 88

Experiência 60, 68, 69, 70, 72, 73, 75, 77, 80, 97, 99, 105

Experiência prática 68, 70

F

Formação do profissional 68

Formas de infecção 56, 60

H

Hospital escola 68

Hospital universitário 17, 18, 68, 69, 70, 97, 100

Humanização do cuidado 18

I

Infraestrutura doméstica 42

Integralidade 11

Interdisciplinaridade 87, 89, 90, 91, 93

Internação hospitalar 77, 80

Internet 42, 43, 46, 48, 62

L

Laboratórios de ensino e pesquisa 56

M

Ministério da saúde 11, 14, 28

Modalidades de ensino 42

Modo remoto 42, 44

N

Necessidade de inclusão 31, 38

Novas exigências do trabalho 42, 44

P

Parasitos 56

Parasitos intestinais 56, 59, 62

Período de estágio 68, 70, 71, 73, 74

Pessoas com deficiência 30, 32, 33, 34, 35, 38, 39

Políticas públicas 18, 19, 20, 21, 25, 26, 27, 28, 32

Políticas públicas de saúde 18, 19, 25

Populações indígenas 11, 15

Popularização da ciência 56

Prática de enfermagem 97, 99

Pré-natal 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29

Princípios da descentralização 11

Processo de enfermagem 74, 97, 99

Professor e aluno 42, 46

Professores 43, 45, 52, 53

Professores universitários 42, 44, 46, 52

Profissionais de saúde 11, 16, 22, 32, 79, 81, 83, 85, 103

Protocolos 36, 78, 80, 81, 84

Q

Qualidade dos serviços 11

R

Reabilitação 13, 31, 33, 38, 98

S

Saúde da mulher 18, 27

Saúde das pessoas com deficiência 30, 32, 34, 38

Saúde dos povos indígenas 11

Saúde indígena 11, 12, 14, 15, 16

Saúde pública no Brasil 11

Serviço público 11, 92, 94

Sistema único de saúde 11, 13, 14, 27, 78, 79, 80, 84, 89

Situação de vulnerabilidade 55, 57

T

Técnicas laboratoriais 56, 60

Tecnologias da informação 42, 45

U

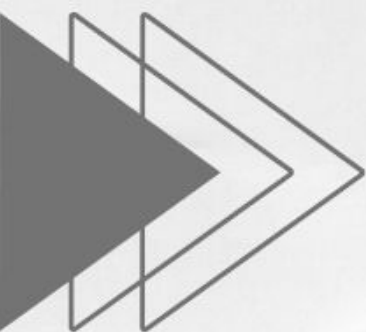
Urostomia 97, 100, 101, 103

V

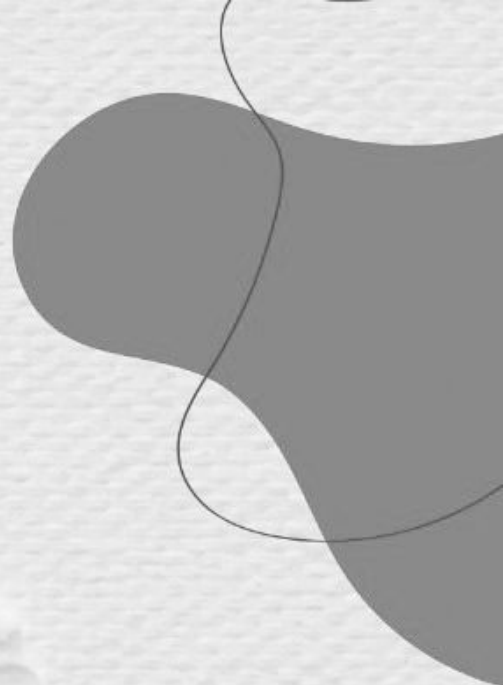
Verificação do prontuário 97

Vetores 56

Vivência de enfermeiros do pronto socorro 77



EDITORA
OMNIS SCIENTIA



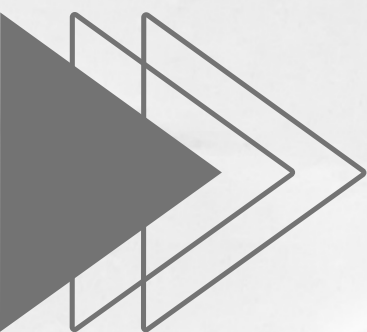
editoraomnisscientia@gmail.com 

<https://editoraomnisscientia.com.br/> 

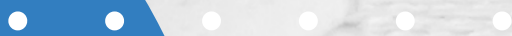
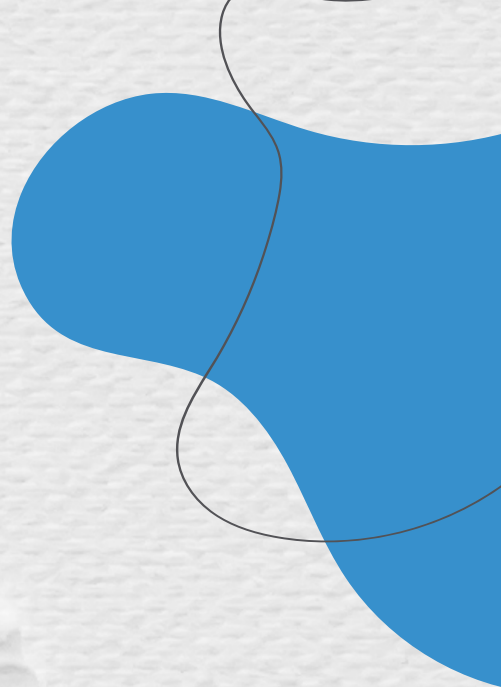
@editora_omnis_scientia 

<https://www.facebook.com/omnis.scientia.9> 

+55 (87) 9656-3565 



EDITORA
OMNIS SCIENTIA



editoraomnisscientia@gmail.com 

<https://editoraomnisscientia.com.br/> 

@editora_omnis_scientia 

<https://www.facebook.com/omnis.scientia.9> 

+55 (87) 9656-3565 