

SAÚDE PÚBLICA NO SÉCULO XXI: UMA ABORDAGEM SOBRE A ENFERMAGEM

VOLUME 1

Organizadora:
Polyana Felipe Ferreira da Costa



SAÚDE PÚBLICA NO SÉCULO XXI: UMA ABORDAGEM SOBRE A ENFERMAGEM

VOLUME 1

Organizadora:
Polyana Felipe Ferreira da Costa



Editora Omnis Scientia

SAÚDE PÚBLICA NO SÉCULO XXI: UMA ABORDAGEM SOBRE A ENFERMAGEM

Volume 1

1ª Edição

Triunfo – PE

2020

Editor-Chefe

Me. Daniel Luís Viana Cruz

Organizador (a)

Ma. Polyana Felipe Ferreira da Costa

Conselho Editorial

Dra. Pauliana Valéria Machado Galvão

Dr. Wendel José Teles Pontes

Dr. Walter Santos Evangelista Júnior

Dr. Cássio Brancalone

Dr. Plínio Pereira Gomes Júnior

Editores de Área – Ciências da Saúde

Dra. Camyla Rocha de Carvalho Guedine

Dr. Leandro dos Santos

Dr. Hugo Barbosa do Nascimento

Dra. Pauliana Valéria Machado Galvão

Assistentes Editoriais

Thialla Larangeira Amorim

Andrea Telino Gomes

Imagem de Capa

Freepik

Edição de Arte

Leandro José Dionísio

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)
(eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)**

S255 Saúde pública no século XXI [livro eletrônico] : uma abordagem sobre a enfermagem: volume 1 / Organizadora Polyana Felipe Ferreira da Costa. – Triunfo, PE: Omnis Scientia, 2020.
281 p. : il. ; PDF

Inclui bibliografia
ISBN 978-65-991674-6-1
DOI 10.47094/978-65-991674-6-1

1. Enfermagem – Pesquisa – Brasil. 2. Política de saúde – Brasil.
3. Saúde pública. I. Costa, Polyana Felipe Ferreira da.

CDD 610.73

Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422

Editora Omnis Scientia

Triunfo – Pernambuco – Brasil

Telefone: +55 (87) 99656-3565

editoraomnisscientia.com.br

contato@editoraomnisscientia.com.br



PREFÁCIO

Falar da enfermagem é falar do amor ao próximo concretizado em atitudes. Sua origem aponta para as atividades de pessoas dedicadas a cuidar do bem-estar dos enfermos, garantindo a eles uma situação digna, de saúde básica e de sobrevivência, antes do nascimento de Jesus Cristo. E passado milhares de anos, o desafio de cuidar dos enfermos só aumenta e com o cenário da saúde global, em virtude do aumento populacional a demanda por cuidados acompanha este ritmo. Desse modo, abnegados profissionais, saem todos os dias para trabalhar pela saúde dos outros, muitas vezes, colocando a sua em risco. Mas não é só por meio do cuidado com as pessoas que os profissionais da enfermagem podem ajudar a mudar a nossa realidade para melhor. No momento que os profissionais e estudantes de enfermagem se debruçam sobre livros e artigos e passam a redigir sobre determinada doença ou agravo, estão contribuindo, não apenas com a ciência, mas com a saúde como um todo. Nesta obra, o leitor verá o esforço e a dedicação traduzida em palavras, feitas com amor a profissão, mas com o mesmo objetivo daqueles que lidam diretamente com os enfermos, ajudar ao próximo.

Em nossos livros selecionamos um dos capítulos para premiação como forma de incentivo para os autores, e entre os excelentes trabalhos selecionados para compor este livro, o premiado foi o capítulo 11, intitulado “Perfil clínico-epidemiológico de indivíduos portadores de dermatite de contato a castanha de caju”.

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1.....18

TEORIA DA ADAPTAÇÃO E SUA APLICABILIDADE EM MEIO A PANDEMIA DO NOVO CORONAVÍRUS

Pedro Ivo Torquato Ludugerio

Maria Misrelma Moura Bessa

Ione de Sousa Pereira

Sarah Lais da Silva Rocha

Vitória Raissa Rodrigues Ferreira

Willian dos Santos Silva

Sharlene Maria Oliveira Brito

DOI: 10.47094/978-65-991674-6-1.16-27

CAPÍTULO 2.....30

PROCESSO DE TRABALHO NAS CENTRAIS DE MATERIAIS E ESTERILIZAÇÃO DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19: ESTUDO REFLEXIVO

Joyce Soares e Silva

Hilda Dandara Carvalho Santos Leite

Thayna Mayara de Oliveira Araújo Moura

Nisleide Vanessa Pereira das Neves

Luciana Karine de Abreu Oliveira

Rouslanny Kelly Cipriano de Oliveira

DOI: 10.47094/978-65-991674-6-1.28-36

CAPÍTULO 3.....39

REORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE FRENTE A PANDEMIA CAUSADA PELA COVID-19

Maria Jussara Medeiros Nunes

Sarah Mikaelly Ferreira e Silva e Silva

Luzia Cibele de Souza Maximiano
Larissa Gabrielly da Silva Morais
Francisca Gilberlania da Silva Santos Barreto
Palloma Rayane Alves de Oliveira Sinezio
Luiz Carlos Pinheiro Barrozo
Suzana Carneiro de Azevedo Fernandes
Alan Renê Batista Freitas
Nidiane Gomes da Silva
Joquebede costa de oliveira Souza
Gabriel Victor Teodoro de Medeiros Marcos

DOI: 10.47094/978-65-991674-6-1.37-44

CAPÍTULO 4.....47

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO BÁSICA: UM OLHAR SOB A ÉTICA PROFISSIONAL

Marina Pereira Moita
Paloma de Vasconcelos Rodrigues
Maria Iasmym Viana Martins
Maria da Conceição Coelho Brito

DOI: 10.47094/978-65-991674-6-1.45-51

CAPÍTULO 5.....54

APLICAÇÃO DA ESCALA DE RISCO EM UMA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Thainara Kauanne Pacheco Almeida
Nathália Xavier Lima
Diego Rislei Ribeiro
Luzia Mendes de Carvalho Souza
Maiara Pereira dos Santos

Lessaiane Catiuscia Silva de Oliveira

Déborah Bastos Santos

Ana Cleide da Silva Dias

Luciana Mayara Gomes de Sá

Márcia Sabrina Silva Ribeiro

DOI: 10.47094/978-65-991674-6-1.52-60

CAPÍTULO 6.....63

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AOS PORTADORES DE DIABETES MELLITUS NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE UMA VISITA PRÁTICA

Rannykelly Basilio de Sousa

Francisco Costa de Sousa

Melina Even Silva da Costa

Evenson François

Samuel Freire Feitosa

Antônia Gidêvane Gomes da Silva

DOI: 10.47094/978-65-991674-6-1.61-70

CAPÍTULO 7.....73

USO DE METODOLOGIA ATIVA NA ABORDAGEM DO DIABETES MELLITUS NA ATENÇÃO SECUNDÁRIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Rannykelly Basilio de Sousa

Alécia Hercídia Araújo

Tacyla Geyce Freire Muniz Januário

Melina Even Silva da Costa

Cícero Aldemir da Silva Batista

Sandra Mara Pimentel Duavy

DOI: 10.47094/978-65-991674-6-1.71-78

CAPÍTULO 8.....81

HIGIENE PESSOAL: UMA ABORDAGEM NO CONTEXTO ESCOLAR-PROJETO INTEGRADOR EM UMA ESCOLA PÚBLICA DE PORTO VELHO-RO

Vitória Maria Pereira Mesquita

Leticia Auxiliadora Fragoso da Silva

Francisco Matheus de Souza Cavalcante

Iohana Rayssa Monteiro Freitas Araújo

Raissa Fernanda Feitosa de Menezes

DOI: 10.47094/978-65-991674-6-1.79-87

CAPÍTULO 9.....90

CONFLITOS VIVENCIADOS PELA FAMÍLIA DO PORTADOR DE ALZHEIMER: UMA CONTRIBUIÇÃO DA ENFERMAGEM

Luiz Henrique dos Santos Ribeiro

Danielle Seixas Gonçalves

Ana Lúcia Naves Alves

Gustavo Nunes de Mesquita

Laisa Marcato Souza da Silva

Daniela Marcondes Gomes

Julia Gonçalves Oliveira

Leonardo Henrique Pires de Oliveira

DOI: 10.47094/978-65-991674-6-1.88-102

CAPÍTULO 10.....104

A PREVALÊNCIA DE DOENÇAS NEGLIGENCIADAS EM ALAGOAS E CONTRIBUIÇÕES DA ENFERMAGEM

Madhalena Lindha Ferreira de Lucena

Andrezza Maria Araujo Pereira Alves

Joicielly França Bispo

Julyanne Florentino da Silva Araújo
Kessia dos Santos de Oliveira
Lázaro Heleno Santos de Oliveira
Luiza Daniely Rodrigues de Siqueira
Maciel Borges da Silva
Nayara Rodrigues Lopes Ferreira
Stefany Pereira de Oliveira Higino
Yasmim dos Santos Verçosa
Mara Gabriela Brasileiro de Lucena Ferreira
DOI: 10.47094/978-65-991674-6-1.103-111

CAPÍTULO 11.....113

PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE INDIVÍDUOS PORTADORES DE DERMATITE DE CONTATO A CASTANHA DE CAJU

Lívia Karoline Torres Brito
Arthur Castro de Lima
Edmara Chaves Costa
Maria Auxiliadora Bezerra Fechine
Antonia Mayara Torres Costa
Jéssica Karen de Oliveira Maia
Antonio José Lima de Araújo Júnior
Antônia Dalila Oliveira Alves

DOI: 10.47094/978-65-991674-6-1.112-127

CAPÍTULO 12.....129

ACIDENTES DE TRABALHO COM OS PROFISSIONAIS DA ENFERMAGEM: UMA REVISÃO LITERÁRIA

Rebecca Stefany da Costa Santos
Iago Matheus Bezerra Pedrosa

Michelle Carneiro Fonseca

Edelayde Martins da Rocha

Joseilda Jorge de Souza

Maraysa Carlos de Souza do Nascimento

Rayane Karla da Silva Marques

Geane Silva

Wenysson Noletto dos Santos

Révia Ribeiro Castro

DOI: 10.47094/978-65-991674-6-1.128-143

CAPÍTULO 13.....145

ACIDENTES COM MATERIAL BIOLÓGICO ENVOLVENDO A EQUIPE DE ENFERMAGEM- UMA REVISÃO DA LITERATURA

Gabriela da Cunha Januário

André Tadeu Gomes

DOI: 10.47094/978-65-991674-6-1.144-150

CAPÍTULO 14.....152

SÍNDROME DE BURNOUT: UM MAL NA ARTE DO CUIDAR

Tatiane Marisa de Carvalho

Aline Siqueira de Almeida

Maria Inês Lemos Coelho Ribeiro

Gabriela da Cunha Januário

Andrea Cristina Alves

DOI: 10.47094/978-65-991674-6-1.151-157

CAPÍTULO 15.....159

A ESPIRITUALIDADE NA CONDUÇÃO DO PACIENTE EM TRATAMENTO ONCOLÓGICO: CONTRIBUIÇÕES PARA O ENFRENTAMENTO E RECUPERAÇÃO DA DOENÇA

ÇA

Patrick Leonardo Nogueira da Silva

Otávio Gomes Oliva

Wanessa de Jesus Oliveira Maia

Aurelina Gomes e Martins

Cláudio Luís de Souza Santos

Carolina dos Reis Alves

Roberto Nascimento Albuquerque

DOI: 10.47094/978-65-991674-6-1.158-169

CAPÍTULO 16.....171

O VÍNCULO ENTRE A EQUIPE DE ENFERMAGEM E O PACIENTE PORTADOR DE NEOPLASIA

Carla Walburga da Silva Braga

Ivanilda Alexandre da Silva Santos

Luzia Teresinha Vianna Santos

Lucélia Caroline Dos Santos Cardoso

Simone Selistre de Souza Schmidt

Kelly Cristina Milioni

Rosana da Silva Fraga

DOI: 10.47094/978-65-991674-6-1.170-176

CAPÍTULO 17.....178

PEDAGOGIA HOSPITALAR COMO CUIDADO EM SAÚDE

Weide Dayane Marques Nascimento

Valquíria Maria de Paula

Régia Carla Vasconcelos Elias

DOI: 10.47094/978-65-991674-6-1.177-189

CAPÍTULO 18.....191

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NAS PRÁTICAS DE HUMANIZAÇÃO A PARTURIENTE

Gustavo Nunes de Mesquita

Flávia Tharlles Aredes De Oliveira

Rayane Spezani Barbosa

Ana Lucia Naves Alves

Julia Gonçalves Oliveira

Luiz Henrique dos Santos Ribeiro

DOI: 10.47094/978-65-991674-6-1.190-202

CAPÍTULO 19.....204

ELABORAÇÃO DE UM WEBSITE SOBRE SEPSE PARA ENFERMEIROS DA UTI

Dalila Augusto Peres

Monna Cynara Gomes Uchôa

Valdeiza Félix de Lima

DOI: 10.47094/978-65-991674-6-1.203-217

CAPÍTULO 20.....219

O USO DAS TECNOLOGIAS PARA TRATAMENTO DE FERIDAS NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Luis Fernando Reis Macedo

Maria Neyze Martins Fernandes

Cicero Ariel Paiva Guimarães

Beatriz Gomes Nobre

Natalya Wegila Felix da Costa

Victória da Silva Soares

Joice dos Santos Rocha

Lais Laianny Evangelista Gerônimo

Erika Galvão de Oliveira

Matheus Alexandre Bezerra Diassis

Ian Alves Meneses

Kenya Waléria de Siqueira Coelho Lisboa

DOI: 10.47094/978-65-991674-6-1.218-225

CAPÍTULO 21.....228

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A GESTANTES EM TRABALHO DE PARTO: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Rute Maria Siqueira Silva

Leonilda Amanda da Silva

Mylka Mirelly de Lima Noronha

Talyta Luana Santos da Silva

Marcos Douglas Albert Silva Souza

Luiza Gabrielly dos Santos

Tatiana Neri de Almeida

Cinthia Rafaelle do Carmo Santos Marques

Érica Lanny Alves Ximenes

Sâmia Dayana Lemos de Lacerda

DOI: 10.47094/978-65-991674-6-1.226-233

CAPÍTULO 22.....236

DIFICULDADES ENCONTRADAS POR ENFERMEIROS NA INSERÇÃO DO HOMEM NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE

Túlio Paulo Alves da Silva

Cleciane Kelly Cavalcanti de Oliveira

Rute Maria Siqueira Silva

Mariana Patrícia Gomes Araújo

Talyta Luana Santos da Silva

DOI:10.47094/978-65-991674-6-1.234-247

CAPÍTULO 23.....244

ACIDENTES OCUPACIONAIS ENTRE TRABALHADORES DE ENFERMAGEM EM UNIDADE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Marcos Douglas Albert Silva Souza

Morgana de Fátima Simões Silva

Sâmia Dayana Lemos de Lacerda

Thomas Filipe Mariano da Silva

Cleciane Kelly Cavalcanti de Oliveira

Kaio Henrique de Freitas

DOI:10.47094/978-65-991674-6-1.248-253

CAPÍTULO 24.....256

ASPECTOS PSÍQUICOS E EMOCIONAIS EM GESTANTES COM SINDROME HIPERTENSIVA GESTACIONAL: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Suênya Farias Martins Nunes

Daiane Priscila da Silva Bezerra

DOI: 10.47094/978-65-991674-6-1.2256-264

CAPÍTULO 25.....265

FATORES ASSOCIADOS A PRÉ-ECLÂMPSIA EM GESTANTES PRIMÍPARAS

Luiza Gabrielly dos Santos

Tatiana Neri de Almeida

Rute Maria Siqueira Silva

Valdy Wagner de Souza Santos

Analice Pereira Canejo Ferreira

Thomaz Alexandre França Silva

Adauto Antonio da Silva Junior

Halyne Lucena Álvares

Ewerton Manoel Viera de Lima

Nathiane Mayra Marques Magalhães

David Filipe de Santana

DOI: [10.47094/978-65-991674-6-1.265-275](https://doi.org/10.47094/978-65-991674-6-1.265-275)

CAPÍTULO 15

A ESPIRITUALIDADE NA CONDUÇÃO DO PACIENTE EM TRATAMENTO ONCOLÓGICO: CONTRIBUIÇÕES PARA O ENFRENTAMENTO E RECUPERAÇÃO DA DOENÇA

Patrick Leonardo Nogueira da Silva

Faculdades Unidas do Norte de Minas (FUNORTE), Departamento de Medicina

Montes Claros – Minas Gerais

<http://lattes.cnpq.br/2202052454177821>

Otávio Gomes Oliva

Faculdades Unidas do Norte de Minas (FUNORTE), Departamento de Enfermagem

Montes Claros – Minas Gerais

<http://lattes.cnpq.br/9967529757725688>

Wanessa de Jesus Oliveira Maia

Faculdades Unidas do Norte de Minas (FUNORTE), Departamento de Enfermagem

Montes Claros – Minas Gerais

<http://lattes.cnpq.br/8428987562713549>

Aurelina Gomes e Martins

Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES), Departamento de Enfermagem

Montes Claros – Minas Gerais

<http://lattes.cnpq.br/0097473771115468>

Cláudio Luís de Souza Santos

Faculdades Unidas do Norte de Minas (FUNORTE), Departamento de Enfermagem

Montes Claros – Minas Gerais

<http://lattes.cnpq.br/6088767451353238>

Carolina dos Reis Alves

Faculdades Unidas do Norte de Minas (FUNORTE), Departamento de Enfermagem

Montes Claros – Minas Gerais

<http://lattes.cnpq.br/4090498580957301>

Roberto Nascimento Albuquerque

Faculdades Unidas do Norte de Minas (FUNORTE), Departamento de Enfermagem

Montes Claros – Minas Gerais

<http://lattes.cnpq.br/4652102550393641>

RESUMO: Este estudo objetivou identificar a percepção do paciente em tratamento oncológico quanto à contribuição da espiritualidade para a recuperação e enfrentamento da doença. Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, fenomenológico, com abordagem qualitativa, realizado no setor de oncologia de um hospital de Minas Gerais com 10 pacientes em tratamento oncológico. Utilizou-se uma entrevista semiestruturada como instrumento de coleta de dados. Os dados foram transcritos na íntegra e discutidos conforme Análise de Conteúdo. Em relação aos sentimentos e manifestações expressos pelos pacientes quanto à descoberta do diagnóstico, predominou o “desespero”, a “tristeza”, a “surpresa” e o “choro”. Quando questionados sobre as bases de apoio para o enfrentamento da doença, os pacientes mencionaram a “família”, a “religiosidade”, os “amigos” e o “médico”. Observou-se que a fé contribui no tratamento e proporciona bem-estar físico e psicológico. O significado da espiritualidade pode ser traduzido como cerne das formas encontradas para se adaptarem a um remodelamento da vida, ou seja, uma interiorização de forças que são interpretadas no cotidiano dos pacientes oncológicos. Os depoimentos reafirmam a necessidade da atenção espiritual na prática da assistência à saúde. Portanto, a construção dos significados da espiritualidade, como base fundamental de apoio, evidencia a necessidade de ampliar o foco da atenção dos profissionais de saúde incluindo dentro de suas práticas, principalmente da enfermagem, planos de cuidados abordando a espiritualidade de acordo com o estado em que o paciente se encontra.

PALAVRAS-CHAVE: Espiritualidade. Serviço hospitalar de oncologia. Enfermagem.

SPIRITUALITY IN DRIVING PATIENTS UNDER ONCOLOGICAL TREATMENT: CONTRIBUTIONS TO COPING AND RECOVERING THE DISEASE

ABSTRACT: This study aimed to identify the perception of patients undergoing cancer treatment regarding the contribution of spirituality to recovery and coping with the disease. This is a descriptive, exploratory, phenomenological study, with a qualitative approach, carried out in the oncology sector of a hospital in Minas Gerais with 10 patients undergoing cancer treatment. A semi-structured interview was used as a data collection instrument. The data were transcribed in full and discussed

according to Content Analysis. Regarding the feelings and manifestations expressed by patients regarding the discovery of the diagnosis, “despair”, “sadness”, “surprise” and “crying” predominated. When asked about the support bases for coping with the disease, patients mentioned “family”, “religiosity”, “friends” and “doctor”. It was observed that faith contributes to treatment and provides physical and psychological well-being. The meaning of spirituality can be translated as the core of the ways found to adapt to a remodeling of life, that is, an internalization of forces that are interpreted in the daily lives of cancer patients. The testimonies reaffirm the need for spiritual attention in the practice of health care. Therefore, the construction of the meanings of spirituality, as a fundamental base of support, highlights the need to broaden the focus of health professionals’ attention including within their practices, mainly nursing, care plans addressing spirituality according to the state in that the patient is in.

KEY-WORDS: Spirituality. Oncology servisse hospital. Nursing.

1. INTRODUÇÃO

O câncer é uma doença crônica degenerativa o qual o processo de formação se dá por alterações ocorridas no ácido desoxirribonucléico (DNA) dos genes de uma célula normal cujo material genético modificado recebe instruções erradas para suas atividades de replicação celular (MACHADO; SAWADA, 2008). De acordo com Nettina (2007), vários fatores favorecem o desenvolvimento do câncer, tais como: tabaco associado ao câncer de pulmão, boca, faringe, esôfago, pâncreas, colo uterino, rim e bexiga. Pesquisas mostram que alimentos ricos em gorduras foram associados a uma maior incidência de câncer de colo, próstata e mama, já o consumo excessivo de álcool etílico pode originar câncer de cabeça, pescoço, laringe e possivelmente fígado e pâncreas. Corroboram também para o desenvolvimento do câncer o fator da predisposição genética, fatores socioeconômicos, luz solar, estilo de vida sexual e infecções.

Nos últimos anos, pesquisas científicas na área da saúde têm sido realizadas com o objetivo de estudar as possíveis influências da espiritualidade na saúde do ser humano. Paralelamente, a espiritualidade vem sendo considerada uma dimensão que deve ser incluída no cuidado holístico do cliente (VOLCAN *et al.*, 2003). Jaconodino, Amestoy e Thofehrn (2008) citam que o câncer provoca alterações não só físicas como emocionais nas pessoas. É visto como a morte iminente, carregado de dor e sofrimento, o que influencia para que as pessoas tenham muitas incertezas quanto a sua cura, levando os clientes e sua família a acreditar em algo que vai além do tratamento alopático, ou seja, as terapias alternativas incluindo o suporte espiritual, o que viabiliza uma maior adesão ao tratamento desses clientes.

Wanda de Aguiar Horta idealizou a Teoria das Necessidades Humanas Básicas para a enfermagem, aplicando as idéias de Maslow ao processo de cuidar, onde o mesmo é psicólogo e pesquisador do comportamento humano. Nesta abordagem da teoria aplicada à profissão, a enfermeira é o agente responsável que realiza o processo de planejamento para cuidar das necessidades básicas do

cliente, estabelecendo uma ação direta e atuante da enfermagem diante dos problemas apresentados por ele. Com esta adaptação, Horta trouxe para a enfermagem a observação, interação e intervenção junto ao cliente para satisfazer suas necessidades humanas básicas (REGIS; PORTO, 2006). A equipe de enfermagem, por trabalhar diretamente com cliente oncológico, está sendo chamada cada vez mais a se preparar para enfrentar a problemática do cliente portador de doença crônica degenerativa ou fora de possibilidades terapêuticas. Uma vez que este o coloca face a face com as frustrações de um trabalho com poucos retornos gratificantes, onde se torna necessário enfrentar as construções culturais cumulativas, que medeiam o significado imputado às emoções no dia-a-dia do seu trabalho (FERREIRA, 1995).

Assim, observa-se a necessidade de ampliar a quantidade e qualidade de informações na oncologia por meio de pesquisas que fundamentam o crescimento profissional, atentando para a urgência da elaboração sistematizada do cuidado a cerca da espiritualidade do cliente. Diante de um diagnóstico de doença incurável, o sofrimento espiritual pode ser o problema que mais demanda suporte, interferindo com desfechos positivos das intervenções. O sofrimento espiritual não identificado frequentemente é o culpado em um plano terapêutico mal sucedido. O uso de estratégias espirituais de enfrentamento pode aumentar o auto-fortalecimento, levando o cliente à busca do significado e do propósito na enfermidade. Isto implica dizer que o cuidado holístico incorpora a facilidade de várias estratégias espirituais de enfrentamento para a proteção e a total integridade dos clientes (TEIXEIRA; LEFEVRE, 2007).

A tendência crescente da enfermagem em ver o indivíduo numa perspectiva holística gera questionamentos sobre a assistência espiritual. O preceito básico do “holismo” o qual o todo individual (corpo, mente e espírito) é mais do que a soma de suas partes, essas dimensões interagem e assim, tratando uma delas, as demais serão afetadas. Embora esta interdependência exista, as intervenções de enfermagem são escolhidas e implementadas segundo as alterações associadas a cada dimensão. A dimensão espiritual é uma parte integrante do indivíduo, sendo importante para os enfermeiros avaliá-la e nela intervir quando necessário. Entretanto, essa dimensão deve ser diferenciada do aspecto religioso do indivíduo e do seu comportamento psicossocial. Para diferenciar esse aspecto, é importante que haja estudos que definam a espiritualidade através de reflexões onde sua especificidade seja levada em conta (BENKO; SILVA, 1996).

Mesmo com os avanços da medicina moderna, sabe-se que o prognóstico para o tratamento do câncer implica em uma série de cuidados que muitas vezes demandam tempo e limitam a capacidade funcional do cliente, alterando suas funções biológicas e até o seu aspecto psicológico, o que pode agravar o estado de saúde do mesmo. Atualmente, pesquisas científicas buscam demonstrar que a espiritualidade de um cliente com câncer tende a ativar positivamente a mente humana traduzindo a um bom prognóstico terapêutico quimioterápico e radionizante. Sendo assim, objetivou-se identificar a percepção do paciente em tratamento oncológico quanto à contribuição da espiritualidade para a recuperação e enfrentamento da doença.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Artigo da monografia intitulada “A contribuição da espiritualidade do cliente oncológico para o enfrentamento da doença” apresentada ao Departamento de Enfermagem das Faculdades Unidas do Norte de Minas/FUNORTE. Montes Claros (MG), Brasil. 2010.

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, fenomenológico, com abordagem qualitativa, realizada no setor de oncologia do Hospital Santa Casa de Misericórdia (HSCM) – Irmandade Nossa Senhora das Mercês, localizada no município de Montes Claros, Minas Gerais. Esta instituição hospitalar configura-se uma referência no atendimento de pacientes oncológicos, sendo um centro de alta complexidade em pleno funcionamento desde o ano de 2003, e apresenta uma média mensal de 570 atendimentos oncológicos.

Foi enviada uma carta de apresentação e um Termo de Consentimento Institucional (TCI) à direção clínica do HSCM para autorização do estudo. A instituição foi devidamente orientada quanto às diretrizes da pesquisa, com assinatura de ciência autorizando a pesquisa. A coleta de dados foi realizada no segundo semestre de 2010, durante o mês de novembro, pelo pesquisador responsável, sendo que os pacientes foram entrevistados em uma sala reservada antes e após as sessões de radioterapia e/ou quimioterapia.

Participaram do estudo 10 pacientes em tratamento oncológico e internados no HSCM cujos quais foram selecionados aleatoriamente por meio dos prontuários de pacientes em cuidados paliativos, sendo estes fornecidos pela unidade oncológica, na qual os mesmos se encontravam em diferentes estágios do tratamento. Para tanto, foram adotados os seguintes critérios de inclusão para participação no estudo: (1) ter 18 anos ou mais; (2) não apresentar limitações ou restrições fonoaudiológicas (deficiência auditiva e/ou vocal), tendo em vista a gravação oral dos depoimentos; e (3) pacientes devidamente agendados para a realização de quimioterapia e/ou radioterapia na data da aplicação da entrevista. Sendo assim, as entrevistas ocorreram antes e após as sessões de quimioterapia e/ou radioterapia.

Para coleta de dados, utilizou-se entrevista semiestruturada, aplicando roteiro testado previamente com outros familiares de pacientes com perfis oncológicos semelhantes e contendo as seguintes questões norteadoras: (1) O que você sentiu ao receber o diagnóstico da doença? (2) Quais foram as suas bases de apoio para o enfrentamento da doença? (3) Qual foi a contribuição dessa base para o andamento do tratamento? (4) Como esta a sua fé? O que mudou depois do diagnóstico médico? (5) O que Deus significa para você hoje, depois do diagnóstico da doença? (6) Seu médico ou enfermeiro abordam com você assuntos religiosos? (7) Você acha importante falar sobre isso? Por quê?

Para a captação e armazenamento dos depoimentos dos participantes, fez-se o uso de um celular com gravador MP3. O término da entrevista foi determinado por meio da saturação dos dados. Os depoimentos foram transcritos na íntegra, e analisados através da Análise de Conteúdo (BRADIN, 2009), percorrendo três fases: (1) pré-análise, (2) exploração do material e (3) tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Após análise das entrevistas dos participantes, foram estabelecidas

cinco categorias de análise para este estudo, sendo elas: “sentimentos sobre o diagnóstico oncológico”, “bases para o enfrentamento da doença”, “espiritualidade e tratamento”, “significado e espiritualidade”, e “a importância da abordagem da espiritualidade no tratamento de pacientes oncológicos pelo profissional”.

Os participantes foram devidamente informados quanto aos preceitos da pesquisa e aceitaram participar espontaneamente do estudo por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foi garantido o sigilo e o anonimato dos participantes do estudo. Os depoimentos foram identificados por meio de códigos compostos por uma letra do alfabeto latino (“P”), seguidos de números arábicos de 1 a 10 (P1-P10).

O estudo obedeceu aos preceitos éticos estabelecidos pela Resolução nº 466/2012, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), cujo qual regulamenta a realização de pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012). O projeto de pesquisa foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Unidas do Norte de Minas (CEP FUNORTE), sob parecer consubstanciado nº 1.415/2010.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

1.1. Perfil socioeconômico e demográfico dos entrevistados

Por meio deste estudo, é possível observar a proporção equivalente entre pacientes do sexo masculino e feminino, faixa etária superior a 70 anos (40,0%) com idade média total de 58,1 anos ($\pm 16,775$), donas de casa/do lar (50,0%), diagnóstico de câncer prostático (50,0%), fazem uso de tratamento misto (quimioterapia + radioterapia) (60,0%) com tempo menor que um ano (60,0%).

Tabela 1 – Perfil socioeconômico e demográfico dos entrevistados. Montes Claros (MG), Brasil. (n=10)			
Variáveis	n	%	MAP \pm DP
Sexo			
Masculino	05	50,0	-
Feminino	05	50,0	-
Faixa etária (anos)			
[30,50]	03	30,0	35,666 \pm 0,577
[50,70]	03	30,0	60,333 \pm 4,725
[70,+]	04	40,0	73,250 \pm 3,862
Profissão			
Autônomo/Aposentado	03	30,0	-
Comerciante	01	10,0	-
Dona de casa/do lar	05	50,0	-
Não informado	01	10,0	-
Diagnóstico			

Carcinoma de colo uterino	01	10,0	-
Carcinoma intestinal	01	10,0	-
Carcinoma mamário	01	10,0	-
Carcinoma mamário e ósseo	01	10,0	-
Carcinoma prostático	05	50,0	-
Linfoma de Hodgkin	01	10,0	-
Tratamento			
Quimioterapia (Q)	00	0,0	-
Radioterapia (R)	02	20,0	-
Misto (Q+R)	06	60,0	-
Não iniciou	01	10,0	-
Não informado	01	10,0	-
Tempo de tratamento (anos)			
< 1	06	60,0	-
[1,2]	01	10,0	-
≥ 2	01	10,0	-
Não iniciou	01	10,0	-
Não informado	01	10,0	-
Fonte: Autoria própria, 2010			

1.2.Sentimentos sobre o diagnóstico oncológico

De acordo com os entrevistados, em relação aos sentimentos e manifestações expressos pelos mesmos, predominou o “desespero”, a “tristeza”, a “surpresa” e o “choro” citados nos depoimentos abaixo:

“Eu fiquei em desespero, na hora a gente acha que vai morrer [...]”. (P3)

“Na hora senti tristeza [...], fiquei triste, depois eu entreguei pra Deus [...]”. (P2)

“Eu fiquei muito chocada, desesperada fiquei chorando na hora que ele falou que eu tinha que fazer uma cirurgia de emergência”. (P1)

As atitudes e sentimentos relatados pelos dos pacientes acima, vêm de encontro a afirmativa mencionada por Susaki, Silva e Possari (2006) que comentam que Elizabeth Kübler-Ross foi a pioneira em descrever as atitudes e reações emocionais suscitadas pela aproximação da morte em clientes terminais, reações humanas que não dependem de um aprendizado só cultural. Seus trabalhos descrevem a identificação dos cinco estágios que um paciente pode vivenciar durante sua terminalidade, que são: negação, raiva, barganha, depressão e aceitação. Girondi e Radunz (2007) dizem que é difícil estar preparado para receber um diagnóstico de câncer. Essa patologia provoca medo da morte iminente, da limitação física e social, da dor e perda da auto-estima. Para Caetano *et al.* (2009), o diagnóstico de câncer de mama despertou nas mulheres sentimentos de angústia e desespero, que foram minimizados na esperança da cura depositadas em Deus.

1.3. Bases para o enfrentamento da doença

Dentre os entrevistados, foi questionado sobre as bases de apoio que as mesmas encontraram como ajuda no enfrentamento da doença. Dentre as bases relatadas, encontravam-se a “família”, a “religiosidade”, os “amigos” e o “médico”, segundo depoimentos abaixo:

“Quando recebi a notícia, eu recebi apoio da família, da igreja, pedi muita força a Deus e a família e confiei nos médicos”. (P3)

“Primeiro mesmo foi o meu médico, ele foi bem realista, disse para eu ter muita fé em Deus e depois foi minha família, minha esposa, meus pais e todos da minha família me deu muita força. A igreja foi a peça fundamental [...]”. (P4)

“Foi minha família, Deus e os amigos”. (P7)

“Deus, meus colegas de serviço, a família e a igreja”. (P8)

Para Hoffmann, Muller e Frasson (2006), em momentos de dependência e fragilidade o apoio de outras pessoas fortalece a autoconfiança, o que possibilita um melhor enfrentamento das situações de sofrimento, como foram reafirmadas nas falas citadas anteriormente. Segundo Marques (2003), a espiritualidade favorece a aceitação da doença e a reabilitação mental e física, auxiliando na redução da angústia relacionada à doença, bem como o aproveitamento da ajuda fornecida pelas outras pessoas. Diante das circunstâncias nota-se a importância da base de apoio na melhora psicoemocional e espiritual dos clientes oncológicos, pois o impacto causado pela doença acarreta alterações no estado emocional dificultando a aceitação do câncer e gerando uma explosão de sentimentos. A base de apoio principal e fundamental, a espiritualidade, pode amenizar esses sentimentos negativos, fortalecendo assim o psicológico, contribuindo para melhoria da qualidade de vida dos clientes oncológicos.

1.4. Espiritualidade e tratamento

A partir dos depoimentos, percebe-se que a fé pode contribuir significativamente para o percurso do tratamento, proporcionando bem-estar físico e psicológico, sendo que 90% dos entrevistados têm a fé e a espiritualidade como força que proporciona ajuda no enfrentamento da doença, enquanto os outros 10% não observou resultado na ajuda psicológica e física que a fé e a espiritualidade proporcionaram aos outros 90%. Foi questionado sobre como está a fé depois do diagnóstico da doença:

“Bem mais [...]”. (P1)

“[...] a fé aumentou mais, [...]. Hoje rezo mais que antes, [...] toda hora eu acredito que ele está comigo, faço pedido a Deus, peço a Deus que me dê muita força [...]”. (P3)

“[...] Depois que eu fiquei doente tudo mudou muito na minha vida, mudou bastante aí a gente passa a reconhecer e vê Deus em tudo, até nas pequenas coisas [...]. [...] mais aí quando você tá doente a presença de Deus é tão forte que te dá força pra fazer o tratamento porque é pesado demais [...]”. (P4)

“Antes minha fé estava pouca, agora ela está mais [...]”. (P9)

Seidl, Troccoli e Zannon (2001) afirmam que a religiosidade atua de forma positiva. É uma

estratégia de enfrentamento importante diante de situações consideradas difíceis, como é o caso do diagnóstico do câncer que produz um forte impacto na vida do cliente cujo tratamento é permeado de eventos estressores.

1.5. Significado da espiritualidade

Nas afirmativas dos clientes, pode-se inferir que o significado da espiritualidade como cerne das formas encontradas para adaptarem a um remodelamento da vida, ou seja, uma interiorização de forças que são interpretadas no cotidiano dos clientes oncológicos ao lidarem com as formas de terapias e procedimentos por parte das equipes multiprofissionais:

“Deus é quem nos sustenta [...]”. (P1)

“Com Deus a gente tem mais força [...]. É um mistério de ânimo que só se sente [...]. Um milagre [...]”. (P3)

“Acreditar em Deus te leva a confiar na cura. Deus é tudo, não se pode esquecer Dele nunca [...]”. (P4)

“É muito importante ter Deus. Sem Ele não somos nada! [...]”. (P10)

Teixeira e Lefevre (2008) relatam que a fé é muitas vezes vista como um “remédio” muito poderoso e fortalecedor espiritual para os clientes com câncer, pois estes mantêm a esperança em busca de um significado e de confiança em um ser superior. Isto favorece fortalecimento e serenidade para aceitar a doença. A religiosidade propicia serenidade para enfrentar as adversidades da doença, se constituindo estratégia de suporte espiritual usado frequentemente entre os clientes com doença maligna. Desta maneira, os entrevistados relataram que a espiritualidade é de fundamental importância para o enfrentamento da doença e esperam que os profissionais de saúde também abordem a espiritualidade durante o tratamento.

1.6. A importância da abordagem da espiritualidade no tratamento de pacientes oncológicos pelo profissional

A entrevista realizada com os pacientes na unidade oncológica do hospital em questão reafirma a necessidade da atenção espiritual na prática da assistência à saúde:

“Dá mais força [...]”. (P7)

“Mais esperança; paz de espírito; intimidade [...]”. (P5)

“É, acho que o médico tem que falar em Deus nessa hora [...] Senti a falta deles falarem [...]”. (P7).

“Quando fala me dá mais esperança, mais conforto [...]”. (P6).

Okon (2005) em seus estudos concorda com as teorias de Horta, no sentido em que clientes querem ser tratados como pessoas, e não como doenças, e serem observados como um todo, incluindo-se os aspectos físico, emocional, social e espiritual. Ignorar qualquer uma dessas dimensões torna

a abordagem do cliente incompleta. Peres *et al.* (2007) relata que a atenção ao aspecto da espiritualidade se torna cada vez mais necessária na prática de assistência à saúde. Cada vez mais a ciência se curva diante da grandeza e da importância da espiritualidade na dimensão do ser humano. A transcendência de nossa existência torna-se a essência de nossa vida à medida que esta se aproxima do seu fim. Para Wachholtz e Keefe (2006), a dimensão da espiritualidade torna-se realmente de grande importância. O cuidado paliativo é a modalidade de assistência que abrange as dimensões do ser humano além das dimensões física e emocional como prioridades dos cuidados oferecidos, e conhecendo a espiritualidade como fonte de grande bem-estar e de qualidade de vida ao se aproximar a morte.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Observou-se na entrevista que, durante o percurso do tratamento, os pacientes têm buscado apoio a fim de ajustarem a nova realidade. Sendo assim, a espiritualidade tornou-se a porta principal de sentido para o enfrentamento da doença. Entretanto os pacientes entrevistados sentem a necessidade de cuidados espirituais por parte dos profissionais de saúde durante as terapêuticas. As pessoas de modo geral ao se sentirem acometidas por qualquer tipo de patologia ficam mais reflexivas e questionam suas crenças religiosas e espirituais, ou seja, refletem profundamente as suas histórias de vida. Portanto os clientes entrevistados ressaltam a importância da sua espiritualidade preservada como contribuição fundamental, auxiliando no enfrentamento da doença e o tipo de terapêutica realizada.

Vê-se a espiritualidade, muitas vezes, como um tratamento poderoso tanto para alma quanto para o físico dos clientes oncológicos. Pois esses mantêm a esperança em busca de um significado diferente da existência, a partir da patologia diagnosticada que é confirmada pela confiança em Deus. A espiritualidade representa uma importante fonte de suporte e conforto para os clientes oncológicos durante esse período de sofrimento, trazendo-lhe serenidade para enfrentar as adversidades da doença. Sobre esse aspecto a espiritualidade torna-se uma estratégia de suporte freqüentemente empregada e de suma importância para clientes que deparam no cotidiano com a expectativa da cura do câncer. Observou-se nos prontuários que a espiritualidade tem sido abordada apenas de forma empírica pelos profissionais no cotidiano da jornada de trabalho. Talvez isso se deva ao fato da fé ter uma conotação abrangente não mensurável técnica ou clinicamente, e que para muitos extrapolam os parâmetros humanos.

Constata-se que a construção dos significados da espiritualidade, como base fundamental de apoio para os clientes oncológicos, evidencia a necessidade de ampliar o foco da atenção dos profissionais de saúde incluindo, dentro de suas práticas, principalmente da enfermagem, planos de cuidados abordando a temática da espiritualidade de acordo com o estado que o cliente se encontra. Desde 2001 a Associação Norte Americana dos Diagnósticos de Enfermagem (NANDA), incluem diagnósticos de cunho espiritual (risco de Angústia Espiritual) como parte integrante dos planos de cuidados. Porém, neste presente estudo foi observado que não há nenhum registro dessas práticas nos prontuários dos clientes entrevistados.

5. DECLARAÇÃO DE INTERESSES

Declaramos que não há conflitos de interesses.

6. REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa, Portugal: ed. 70; 2009.

BENKO, M. A.; SILVA, M. J. P. Pensando a espiritualidade no ensino de graduação. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 4, n. 1, p. 71-85, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Regulamenta a realização de pesquisas envolvendo seres humanos e dá outras providências. Brasília: CNS, 2012.

CAETANO, E. A.; GRADIM, C. V. C.; SANTOS, L. E. S. Câncer de mama: reações e enfrentamento ao receber o diagnóstico. **Revista Enfermagem UREJ**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 257-261, 2009.

FERREIRA, N. M. L. A. A difícil convivência com o câncer: um estudo das emoções na enfermagem oncológica. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 48, n. 4, p. 446-447, 1995.

GIRONDI, J. B. R.; RADUNZ, V. A enfermeira como cuidadora do seu familiar com diagnóstico de câncer. **Cogitare Enfermagem**. Santa Catarina, v. 12, n. 2, p. 164-170, 2007.

HOFFMANN, F. S.; MULLER, M. C.; FRASSON, A. L. Repercussões psicossociais, apoio social e bem estar espiritual em mulheres com câncer de mama. **Psicologia, Saúde & Doença**. Lisboa, Portugal, v. 7, n. 2, p. 239-254, 2006.

JACONODINO, C. B.; AMESTOY, S. C.; THOFEHRN, M. B. A utilização de terapias alternativas por pacientes em tratamento quimioterápico. **Cogitare Enfermagem**. Santa Catarina, v. 13, n. 1, p. 61-66, 2008.

MACHADO, S. M.; SAWADA, N. O. Avaliação da qualidade de vida de pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico adjuvante. **Texto & Contexto - Enfermagem**. Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 750-757, 2008.

MARQUES, L. F. A saúde e o bem-estar espiritual em adultos porto-alegrenses. **Psicologia: Ciência e Profissão**. Brasília, v. 23, n. 2, p. 56-65, 2003.

NETTINA, S. M. **Prática de Enfermagem**. 8ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

OKON, T. R. Spiritual, religious, and existential aspects of palliative care. **Journal of Palliative Medicine**. New York, v. 8, n. 2, p. 392-414, 2005.

PERES, M. F. P. et al. A importância da integração da espiritualidade e da religiosidade no manejo da dor e dos cuidados paliativos. **Revista de Psiquiatria Clínica**. São Paulo, v. 34, Supl. 1, p. 82-87, 2007.

REGIS, L. F. L. V.; PORTO, I. S. A equipe de enfermagem e Maslow: (in) satisfações no trabalho. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 59, n. 4, p. 565-568, 2006.

SEIDL, E. M. F.; TRÓCCOLI, B. T.; ZANNON, C. M. L. C. Análise fatorial de uma medida de estratégias de enfrentamento. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. Brasília, v. 17, n. 3, p. 225-234, 2001.

SUSAKI, T. T.; SILVA, M. J. P.; POSSARI, J. F. Identificação das fases do processo de morrer pelos profissionais de Enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**. São Paulo, v. 19, n. 2, p. 144-149, 2006.

TEIXEIRA, J. J. V.; LEFEVRE, F. Religiosidade no trabalho das enfermeiras da área oncológica: significado na ótica do discurso do sujeito coletivo. **Revista Brasileira de Cancerologia**. Rio de Janeiro, v. 53, n. 2, p. 159-166, 2007.

TEIXEIRA, J. J. V.; LEFEVRE, F. Significado da intervenção médica e da fé religiosa para o paciente idoso com câncer. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 1247-1256, 2008.

VOLCAN, S. M. A. et al. Relação entre bem-estar espiritual e transtornos psiquiátricos menores: estudo transversal. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 37, n. 4, p. 440-445, 2003.

WACHHOLTZ, A. B.; KEEFE, F. J. What physicians should know about spirituality and chronic pain. **Southern Medical Journal**. Massachusetts, v. 99, n. 10, p. 1174-1175, 2006.

ÍNDICE REMISSIVO

A

abordagem dinâmica 195
aceitação do tratamento 163, 164
acidentes de trabalho 25, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 128, 129, 130, 131, 133, 139, 141
Ações de Alimentação 64, 66
ações de extensão 64, 68
ações lúdicas de educação 71
acolhimento do grupo 54
adaptação 9, 10, 11, 14, 15, 16, 17, 18, 67, 68, 153, 169, 177
adaptações na rotina 21, 27
Agente Comunitários de Saúde 31, 33
agentes estressores 8, 11
Alzheimer 81, 82, 83, 84, 85, 87, 90, 94
área de oncologia 163
assistência ao parto 182, 184, 188, 191, 192
assistência a população 45
assistência às parturientes e puérperas 182
assistência de enfermagem 163, 166, 199, 207, 216
assistência e cuidado 144, 147
assistência humanizada 163, 166, 184, 190, 191
assistência qualificada 182, 184, 196
assuntos autoexplicativos 54, 57
Atenção Básica 37, 39, 42, 45, 46, 47, 51, 52, 60, 61, 64, 66, 69
Atenção Básica à Saúde 37, 39
atenção global ao indivíduo 169, 170
atenção primária 30, 32, 55, 57, 62, 68, 69, 101
Atenção Secundária 64, 66
atendimento integral ao doente 169
atividade de reabilitação 211, 215
atividades educativas 33, 56, 71
autonomia e dignidade 169

B

bem-estar 13, 16, 49, 145, 148, 151, 157, 159, 160, 161, 169, 176, 191
biossegurança 121, 122, 127, 128

C

características clínico-epidemiológicas 105, 109
casos suspeitos 30, 32, 34
categorização de Bardín 121
cenário pandêmico 8, 11, 17, 18, 23
Cicatrização de Feridas 211, 213
classes hospitalares 169, 174, 177, 179
comportamento do indivíduo 9, 11
comportamento social 37, 39
conceito da sepse 195
condições sociais 49, 96, 99
conduta terapêutica 211
conflitos vivenciados 81, 85
conhecimentos necessários aos pacientes 53
conhecimento técnico-científico 211
construção individual e coletiva 71, 73
continuidade do cuidado 45, 46
cor fisiológica da pele 105
coronavírus 9, 10, 11, 15, 18, 23, 24, 33, 35

cotidiano profissional 38
COVID-19 10, 11, 12, 13, 14, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 101
crianças do ensino fundamental 71, 73, 77
critérios clínicos 195, 207
Cronótipo diurno 121
cuidado integral ao paciente 38
cuidados ao paciente 196, 197, 211
cuidados diretos 136, 137
cuidados sistematizados 81
cultura de segurança 121
cumprimento das regras 37, 39
curativos e coberturas 211, 215

D

danos na pele 105
declínio progressivo 81
Dengue 96, 97, 98, 99
dermatite 105, 106, 107, 108, 109, 112, 119
desafios éticos 37, 39, 40, 41
descamação da pele 105, 110, 112
desenvolvimento sensorial 72, 77
desigualdades sociais 96
despersonalização 143, 144, 146, 147
destreza manual 72, 77
Diabetes mellitus (DM) 53, 54, 63, 64
direito adquirido 169, 178
direito de crianças e adolescentes 169, 180
disfunção 195, 196, 197, 201, 202
disfunção orgânica 195, 196, 197, 201, 202
dispositivos móveis 195, 198
distanciamento social 10, 12, 14, 16, 30, 33
doença 10, 23, 24, 33, 34, 55, 58, 59, 60, 63, 65, 69, 81, 82, 83, 84, 85, 87, 88, 89, 90, 96, 97, 99, 100, 101, 106, 139, 143, 144, 151, 152, 153, 154, 155, 157, 158, 159, 163, 164, 165, 166, 167, 170, 171, 172, 195, 203, 209, 211, 212
doença altamente incapacitante 81
Doença de Alzheimer 81, 84, 85
doenças negligenciadas (DN) 96, 97

E

educação em saúde 54, 58, 64, 69, 71, 73, 89
efeitos da doença 81
empatia 163, 164, 167, 184
enfermagem 9, 10, 17, 18, 23, 24, 25, 28, 32, 34, 35, 36, 42, 47, 53, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 66, 70, 73, 74, 81, 84, 85, 89, 96, 98, 100, 101, 108, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 145, 146, 147, 148, 149, 151, 152, 153, 159, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 167, 178, 184, 185, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 194, 197, 198, 199, 204, 205, 206, 207, 208, 209, 211, 212, 213, 214, 215, 216, 217, 218
Enfermagem 11, 18, 21, 22, 28, 31, 34, 39, 40, 42, 44, 48, 52, 54, 60, 66, 72, 73, 74, 81, 85, 97, 103, 121, 122, 123, 125, 126, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 138, 141, 144, 145, 148, 149, 150, 151, 154, 159, 160, 161, 163, 165, 167, 183, 186, 193, 195, 204, 205, 206, 208, 209, 211, 213, 214, 217, 218
enfrentamento de dilemas éticos 38, 41
equipamentos de proteção individual 21, 27, 28, 108, 114, 125, 126, 131
equipe de saúde 30, 32, 34, 50
Equipe de Saúde de Família (ESF) 45, 46
equipe multiprofissional 35, 45, 46, 167
Escala de Risco Familiar 45, 47
escola hospitalar 169, 171
esquistossomose 96, 97, 98, 99, 100, 101
esterilização 20, 22, 23, 24, 26, 28
esterilização na pandemia 20, 22, 26

estilo de vida 15, 58, 81, 152
estratégias 14, 15, 16, 30, 33, 34, 35, 38, 39, 40, 41, 50, 57, 59, 64, 67, 68, 87, 89, 98, 102, 128, 129, 130, 149, 153, 161, 169, 172, 177
estratégias planejadas 30
estratificação de riscos 45, 47
Estresse 144, 148, 149
estudo epidemiológico 96, 98
ética 37, 39, 40, 41, 42, 43, 184, 213, 215
ética profissional 37, 39, 42
exaustão emocional 143, 144, 146, 147
exercício das condutas 37, 39
experiência da prática 71, 73
Exposição percutânea 121

F

facilitadoras da comunicação 64
falência de órgãos 195
falta de sigilo 38, 40
fatores de risco 21, 49, 164, 195
ferramenta educacional 64
forma insalubre 105
formas de atendimento 169
fortalecimento da ética 38
funções cognitivas 81, 82
funções neurológicas 81

G

grau de risco familiar 45, 47

H

habilidades motoras 72, 77
hábitos de higiene 71, 73, 75, 77
hábitos saudáveis 9, 15, 63
Hepatite B 132, 136, 139, 140
higiene pessoal 24, 71, 73, 74, 75, 76, 77, 165
hipertensão arterial sistêmica 45, 48
humanização 38, 41, 46, 84, 169, 171, 182, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 193

I

impacto nos familiares 81, 83
importância das tecnologias 211, 213
inclusão das tecnologias 64, 68
inclusão e exclusão 105, 136, 138, 172, 183, 213
incumbência do profissional 211, 214
inovações e tecnologias 211
inspeção da pele 105, 109
integralidade da assistência 30, 32
isolamento 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19, 30, 33, 34
isolamento social 9

L

leishmaniose 96, 97, 98, 101, 102
lesões de coloração 105
limitações graves 121
líquido da castanha do caju (LCC) 105

M

manejo da castanha de caju 105

materiais perfurocortantes 121, 124, 126, 127, 131, 141
material biológico 124, 125, 126, 127, 130, 131, 132, 133, 134, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142
mediadores 64, 68, 201
medicação prescrita 54
medidas preventivas 32, 35, 136, 140, 148
metodologia ativa 63, 66, 67, 70
metodologias de ensino 9, 15, 71, 73
Ministério da Saúde 10, 11, 25, 27, 34, 42, 48, 51, 55, 60, 64, 66, 69, 85, 99, 102, 116, 129, 160, 175, 183, 186, 189
modo interdisciplinar 71, 73
monitoramento das famílias 30, 32
mudança constante 9, 11
mudança de hábitos 16, 53

N

neoplasia 162, 163, 165, 166, 167
Norma Regulamentadora 32 121, 131
Nutrição 64, 66

O

ocorrência de acidentes 136, 137
oncologia 141, 151, 153, 154, 163, 166, 172, 180
organização das ações 45, 46

P

pacientes oncológicos 151, 154, 155, 158, 160
papel da enfermagem 54
participação ativa e efetiva 71, 73
parto 55, 183, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 194
patologia 54, 57, 59, 81, 82, 128, 143, 145, 146, 147, 156, 159, 207, 215
patologias 98, 101, 136, 137
Pedagogia hospitalar 169, 170, 180
pedagogo em hospitais 169
percepções especiais 72, 77
percutânea 124, 125, 126, 127, 129, 136, 137, 139, 140
perda da impressão digital 105, 115
período de pademia 30
Plano de Ação 64, 66, 67, 68
políticas públicas 52, 84, 101, 169, 175, 178
portador de neoplasia 163
pós-exposição ocupacional 136, 140
posologia 54
prática de atividades físicas 54
práticas de saúde 38, 58
práticas humanizadas 182, 184
prevenção 10, 17, 22, 24, 30, 33, 34, 35, 46, 49, 50, 61, 68, 72, 84, 100, 101, 108, 113, 114, 115, 118, 129, 131, 139, 140, 147, 148, 185, 197, 214
primeiros sinais da doença 81
primeiros sintomas 30, 33
princípios fundamentais da bioética 38, 40
prioridade das famílias 45
priorização de visitas domiciliares 45, 47
problema social 143, 145
problemática vivenciada 81
processo de cuidado 167, 182, 213
processo de cura 169, 178
processo de ensino e aprendizagem 71, 73, 173
processo de escolarização 169, 176
processo de humanização 183
processo educacional 71, 73, 179

profissionais capacitados 20, 22
profissionais de saúde 14, 21, 33, 37, 50, 58, 151, 196
Projeto Integrador 71, 73, 74
promoção de saúde 71, 84, 101
propagação de infecções 20, 22
prurido 105, 106, 107, 110, 111, 112
punção venosa 124, 127, 136, 139, 140

Q

quadro séptico 195, 207
qualidade da assistência 81, 85
qualidade de vida 9, 17, 18, 50, 58, 65, 68, 83, 84, 107, 115, 132, 148, 149, 157, 159, 160, 169, 211, 216
qualificação da equipe 38
quebra de vínculo 38, 40

R

reação inflamatória 106, 107, 195
reações adversas 54
readaptação no atendimento à saúde pública 30
recém-nascido 183, 185, 191
recuperação 35, 54, 151, 153, 163, 165, 166, 171, 172, 173, 178
recuperação da saúde 54, 171
reeducação alimentar 54, 59
relações interpessoais 16, 17, 182, 184, 215
reorganização da assistência de enfermagem 30, 32
Reprocessamento de EPI'S 21
respeito à privacidade 37, 39
resposta adaptativa 9, 11, 16
ressecamento 105, 110, 112
risco de contaminação 21, 27
risco ocupacional 121
riscos ocupacionais 28, 118, 122, 136, 137
rotina social 169

S

sangue 122, 124, 125, 126, 127, 136, 137, 140
saúde 9, 10, 11, 12, 13, 14, 17, 21, 22, 23, 25, 26, 27, 28, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 37, 39, 40, 41, 42, 46, 47, 49, 50, 51, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 65, 66, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 76, 77, 78, 79, 82, 83, 84, 86, 89, 96, 98, 100, 101, 103, 107, 108, 109, 113, 115, 118, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 145, 147, 148, 149, 151, 152, 153, 158, 159, 160, 165, 166, 170, 171, 174, 175, 176, 177, 179, 180, 184, 185, 187, 188, 189, 191, 193, 196, 198, 204, 207, 209, 211, 212, 213, 214, 215, 216, 217
Saúde Pública 10, 37, 61, 104, 131, 143, 145, 161, 167, 193
sensibilização 41, 64, 68, 69
sentidos de autonomia 71, 77
sepsis 195, 196, 197, 198, 199, 200, 201, 202, 203, 204, 206, 207, 208, 209
serviço de urgência e emergência 143, 145
Serviços médicos de emergência 144
serviços públicos 37, 39
sigilo profissional 38, 39, 40
sinais e sintomas 143, 145, 196, 197, 199, 201, 206
síndrome 82, 143, 145, 146, 147, 148, 149, 196, 197, 200, 207
Síndrome de Burnout 134, 143, 144, 147, 148, 149
situações de instabilidade 8, 11
situações de risco 45
sobrecarga de trabalho 33, 121, 125, 128
solidariedade e respeito 169
subnotificação dos acidentes 121
superfícies cutâneas 105, 113, 115

T

taxas de mortalidade materna e neonatal 183
técnicos de enfermagem 125, 126, 127, 136
tecnologia educativa (Website) 195
Tecnologias em Saúde 211, 213
Teoria de Adaptação 9
trabalho do enfermeiro 38, 39
tratamento de feridas 211, 212, 213, 214, 215, 216, 217, 218
tratamento oncológico 151, 153, 154, 169, 170, 171, 172, 173, 176, 178, 180, 181
troca de conhecimentos 64, 67, 69
tuberculose 96, 97

U

Unidade Básica de Saúde 30, 32, 52, 54, 56, 57, 61
unidade de saúde 59, 64
unidade de terapia intensiva (UTI) 195
uso de protocolos 211, 215

V

valores morais 37, 39
vigilância epidemiológica 96, 101
vínculo emocional 163
vínculo paciente-profissionais 37
Visita Domiciliar 45, 46

editoraomnisscientia@gmail.com



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



@editora_omnis_scientia



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



editoraomnisscientia@gmail.com



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



@editora_omnis_scientia



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

