

# 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 Brancaleone

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](http://editoraomnisscientia.com.br)

[contato@editoraomnisscientia.com.br](mailto: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)

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

#### **Thainara Kauanne Pacheco Almeida**

Enfermeira, Mestranda em Ciência e Tecnologia Ambiental pela UPE. Petrolina –PE.

<http://lattes.cnpq.br/8103102935355704>

#### **Nathália Xavier Lima**

Enfermeira, Residente em Saúde Mental pela UNIVASF. Petrolina –PE.

<http://lattes.cnpq.br/0888381600904906>

#### **Diego Rislei Ribeiro**

Enfermeiro, Residente em Urgência e Emergência pela UNIVASF. Petrolina –PE.

<http://lattes.cnpq.br/6860842933312678>

#### **Luzia Mendes de Carvalho Souza**

Enfermeira pela Universidade de Pernambuco (UPE). Petrolina –PE.

<http://lattes.cnpq.br/2935771485566473>

#### **Maiara Pereira dos Santos**

Enfermeira pela Universidade de Pernambuco (UPE). Petrolina –PE.

<http://lattes.cnpq.br/4518585717830284>

#### **Lessaiane Catiúscia Silva de Oliveira**

Enfermeira pela Universidade de Pernambuco (UPE). Petrolina –PE.

<http://lattes.cnpq.br/1897926036336133>

#### **Déborah Bastos Santos**

Enfermeira pela Universidade de Pernambuco (UPE). Petrolina –PE.

<http://lattes.cnpq.br/9766572114421672>

#### **Ana Cleide da Silva Dias**

Doutora em Enfermagem e Saúde pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Docente da Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF). Petrolina –PE.

### **Luciana Mayara Gomes de Sá**

Enfermeira pela Faculdade Sete de Setembro. Paulo Afonso – BA.

<http://lattes.cnpq.br/4006304573015181>

### **Márcia Sabrina Silva Ribeiro**

Enfermeira pela UNEB. Guanambi-Ba.

<http://lattes.cnpq.br/3333116460944375>

**RESUMO:** A Equipe de Saúde de Família (ESF) é componente fundamental para o fortalecimento e organização das ações no âmbito da Atenção Básica, composta por uma equipe multiprofissional inserida na comunidade. Dentre as atividades realizadas pela ESF, a Visita Domiciliar mostra-se como ferramenta que viabiliza a continuidade do cuidado. Em meio às atividades desenvolvidas durante a visita domiciliar feitas às famílias adstritas na equipe da ESF, está a aplicação da Escala de Risco Familiar de Coelho e Savassi, que funciona como uma ferramenta para permitir a estratificação de riscos e a priorização de visitas domiciliares às residências com maior vulnerabilidade. identificar e classificar o grau de risco familiar na área 038 da AME Rosa Maria Ribeiro. Estudo descritivo realizado em Petrolina na AME Rosa Maria Ribeiro situada no bairro Gercino Coelho. A aplicação da escala de Coelho e Savassi se deu em setembro. Dentre os 591 núcleos familiares visitados da área 38 (59%) verificou-se que 395 (67%) são classificadas sem risco, 89 (15%) como baixo risco, 46 (8%) como médio risco e 61 (10%) como alto risco. Na microárea 05 obteve a maior média no escore de alto risco em 19 famílias (26,02%). As situações de risco mais prevalentes, a relação morador cômodo < 1 apresentou o maior número, seguido de hipertensão arterial sistêmica e drogadição. Embora reconheça as vantagens que esta escala oferece para a organização, funcionamento e ações no que tange a visita domiciliar, percebemos que ela não é específica enquanto ao grau de risco, levando em consideração o fato da escala ser limitada, não dando assim, as informações completas para que haja uma melhor assistência a população, analisando e determinando a vulnerabilidade e prioridade das famílias.

**PALAVRAS-CHAVES:** Atenção Primária. Visita Domiciliar. Fatores De Risco. Planejamento em Saúde.

## **RISK SCALE APPLICATION IN A FAMILY HEALTH TEAM: AN EXPERIENCE REPORT**

**ABSTRACT:** The Family Health Team (FHS) is a fundamental component for the strengthening and organization of actions within the scope of Primary Care, composed of a multidisciplinary team inserted in the community. Among the activities carried out by the FHS, the Home Visit is shown as a tool that enables the continuity of care. Amid the activities developed during the home visit made to the families included in the ESF team, there is the application of the Family Risk Scale of Coelho and Savassi, which works as a tool to allow the stratification of risks and the prioritization of home visits to the homes with greater vulnerability. To identify and classify the degree of family risk in area 038 of AME Rosa Maria Ribeiro. Descriptive study conducted in Petrolina at AME Rosa Maria Ribeiro located in the neighborhood Gercino Coelho. The Coelho and Savassi scale was applied in September. Among the 591 households visited in area 38 (59%) it was found that 395 (67%) are classified as non-risk, 89 (15%) as low risk, 46 (8%) as medium risk and 61 (10 %) as high risk. In micro area 05, it obtained the highest average in the high risk score in 19 families (26.02%). The most prevalent risk situations, the comfortable room <1 ratio presented the highest number, followed by systemic arterial hypertension and drug addiction. Although it recognizes the advantages that this scale offers for the organization, operation and actions with regard to home visits, we realize that it is not specific regarding the degree of risk, taking into account the fact that the scale is limited, thus not giving complete information for better assistance to the population, analyzing and determining the vulnerability and priority of families.

**KEY-WORDS:** Primary Care. Home visit. Risk factors. Health Planning.

## 1. INTRODUÇÃO

A partir da Constituição de 1988, coube ao Estado garantir saúde a toda população, e com esse objetivo foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), que tem como doutrinas norteadoras a universalidade, integralidade e equidade. Para atender essas necessidades, a Atenção Básica (AB) veio como porta de entrada assistencial e importante ator para a comunicação entre toda a Rede de Saúde, e é constituída por um conjunto de ações e serviços, que englobam a promoção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde, visando desenvolver uma atenção integral ao indivíduo que impacte na situação de saúde e nos determinantes e condicionantes de forma coletiva (BRASIL, 2012).

A Equipe de Saúde de Família (ESF) é componente fundamental para o fortalecimento e organização das ações no âmbito da AB, composta por uma equipe multiprofissional inserida na comunidade. Dessa forma, é possível fazer o reconhecimento de forma mais eficiente às necessidades da população adstrita, garantir o cuidado de forma integralizada, equânime e contínua, assumindo a responsabilidade sanitária de sua área de abrangência (FIGUEIREDO, 2012).

Dentre as atividades realizadas pela ESF, a Atenção Domiciliar (AD) através da Visita Domiciliar (VD) mostra-se como ferramenta que viabiliza a continuidade do cuidado, o acesso indiscriminado às ações e serviços de saúde, o acompanhamento dos núcleos familiares de sua responsabilidade,

permite conhecer o contexto onde estes usuários estão inseridos. Além de possibilitar a humanização da atenção, a desinstitucionalização e a ampliação da autonomia dos usuários (BRASIL, 2013).

Em meio às atividades desenvolvidas durante a visita domiciliar feitas às famílias adstritas na equipe da ESF, está a aplicação da Escala de Risco Familiar de Coelho e Savassi. Funciona como uma ferramenta que permite a estratificação de riscos. Dessa forma, esse instrumento propõe pontuações para critérios sentinelas de grande relevância presentes no Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB). As mesmas foram selecionadas por sua relevância epidemiológica, sanitária e pelo potencial de impacto na dinâmica familiar, através de distintos mecanismos, tais como utilização de serviços de saúde, impactos socioeconômicos, nas interrelações entre os indivíduos do núcleo familiar e no trabalho (COELHO; SAVASSI, 2012; MOURA, 2016).

Frente a isso, a Escala tem como finalidade a priorização de visitas domiciliares às residências com maior vulnerabilidade, ou seja, fazer com que um domicílio que possui acamados, moradores com baixa escolaridade e uma alta proporção de habitantes por cômodo, e entre outros, receba uma quantidade maior de visitas. A priorização do atendimento permite uma melhor gestão dos recursos da unidade e proporciona um atendimento mais alinhado às demandas de cada domicílio (MOURA, 2016).

A Escala de Risco Familiar, segundo Costa et al. (2009), apresenta uma grande contribuição no sentido de melhorar a qualidade da atenção básica, no intuito da promoção e proteção da saúde, visando minimizar ou extinguir agravos detectados. Tal ferramenta de classificação de risco permite a reorganização do processo de trabalho, a visualização do território, o qual faz-se necessário estabelecer prioridades, principalmente no atendimento às famílias com vulnerabilidades sociais (MENEZES, 2012).

No intuito de orientar o processo de trabalho estabelecendo prioridades no atendimento domiciliar, fora aplicado a Escala de Risco de Coelho e Savassi, baseada em eventos sentinelas constante na Ficha A, permitindo classificar as famílias que demandam maior atenção. As informações advindas deste instrumento podem, efetivamente, ajudar outros serviços da ESF no processo de planejamento e avaliação do risco à saúde das famílias em suas áreas de atendimento, facilitando as ações de saúde a serem implementadas.

Dessa forma, foi realizada a aplicação da escala de risco pelos alunos do 7º período de enfermagem da UPE- *Campus* Petrolina, na disciplina de Saúde Coletiva III, que contribuiu para melhor entendimento da classificação de risco na vivência do serviço. Poderá propiciar a adequada destinação de recursos em saúde, de forma a priorizar as famílias mais vulneráveis, a fim de contemplar a equidade e prestar o cuidado de maneira resolutiva. Para tanto, objetivou-se identificar e classificar o grau de risco familiar na área 02 da AME Rosa Maria Ribeiro, conhecendo assim a realidade, prioridades e vulnerabilidades da mesma, para melhor planejamento das VDs, como também das ações e serviços de saúde.

## 2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo realizado por um grupo de estudantes do curso bacharelado em Enfermagem da Universidade de Pernambuco *Campus* Petrolina que passaram pela experiência de aplicação da escala de risco de Coelho e Savassi na área 038 da AME Rosa Maria Ribeiro situada no bairro Gercino Coelho da cidade de Petrolina. A aplicação da escala se deu nos dias 13 e 15 de setembro em dois turnos. A equipe foi dividida nas micro áreas em três duplas e dois trios.

Através dos dados coletados a partir da escala de Coelho e Savassi foi feita uma descrição da situação de cada micro área visitada e observada às características da área 038. Foram utilizados para a elaboração deste estudo artigos científicos, todos nacionais, escolhidos devido à sua maior relevância para com o tema abordado, e referências citadas nos artigos, limitados no período de 2006 – 2016. Dados do Ministério da Saúde também foram utilizados.

## 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 591 núcleos familiares visitados da área 38, o que representa 59%, observou-se os seguintes resultados, resultados 395 (67%) de R0, 89 (15%) de R1, 46 (8%) de R2, e 61 (10%) de R3, onde R0 é classificado como sem risco, R1 baixo risco, R2 médio risco e R3 como alto risco.

MMi-cro-área		R0(%)		R1(%)			R3(n)	R3(%)	TOTAL
01	86	57,72	13	11,40	12	10,52	03	2,63	114
02	88	77,19	14	12,28	04	3,51	08	7,01	114
03	57	59,37	19	19,79	06	6,25	14	14,58	96
04	47	64,38	18	24,65	05	6,85	03	4,11	73
05	80	66,11	15	12,39	12	9,91	14	11,57	121
06	37	50,68	10	13,69	07	9,59	19	26,02	73
TOTAL	395	67	89	15	46	8	61	10	591

Mediante os dados expostos, percebeu-se que as a maioria das famílias não apresentaram risco, no entanto a microárea 05 teve menor proporção de famílias sem risco, em comparação com a microárea 02, apresentando maior proporção de famílias sem risco. Ao se analisar o baixo risco da área, a microárea 04, desatou-se com maior pontuação proporcionalmente, quanto ao risco médio a microárea 01 obteve o maior valor, em relação ao alto risco foi visto que a microárea 06 destacou-se das demais (TABELA 01).

Quanto às sentinelas que teve maior prevalência, a relação morador cômodo <1 apresentou o maior número, seguido de hipertensão arterial sistêmica e drogadição. Porém algumas sentinelas como, acamados, deficiência física, e deficiência mental, mesmo não apresentando valores altos, con-

tribuem de forma significativa para o aumento do risco (TABELA 02).

Tabela 2 - Principais sentinelas identificadas.

SENTINELAS	01	02	03	04	05	06	TOTAL
Acamado	01	02	11	-	03	01	18
Deficiência Física	12	02	08	-	08	08	38
Deficiência Mental	04	04	02	-	09	08	27
Baixas Condições de Saneamento	01	-	-	-	-	-	01
Desnutrição Grave	01	-	05	-	01	01	08
Drogadição	24	38	41	31	53	32	219
Desemprego	12	19	28	15	50	36	160
Analfabetismo	08	07	13	10	23	16	77
Indivíduo <6 meses	02	0	03	04	03	04	16
Indivíduo >70	20	28	38	24	39	32	181
HAS	43	67	50	41	61	41	303
DM	17	16	22	11	35	15	116
Relação morador/cômodo >1	32	14	12	06	18	05	87
Relação morador/cômodo =1	04	11	18	08	08	12	61
Relação morador/cômodo <1	78	89	66	59	95	54	441

Conforme demonstrado pelos dados, a vulnerabilidade das micro-áreas apresenta uma diferença importante. Existem notáveis diferenças geográficas e socioeconômicas inter e intrarregionais, as quais possivelmente interagem com as condições de saúde de uma comunidade (NAKATA *et al.*, 2013). De acordo com definição da Organização Mundial de Saúde (OMS), os determinantes sociais da saúde estão relacionados às condições em que uma pessoa vive e trabalha. São condições sociais, econômicas e ambientais que influenciam a saúde dos indivíduos e populações, que repercutem em seu bem-estar como um todo e fatores de risco à população (OMS, 2010).

As diferenças entre os escores de risco familiar na área 038 indicam que, embora essas famílias pertençam à mesma área de abrangência de uma AME, há relevantes divergências quanto a alguns aspectos sociais que provavelmente influenciam o estado de saúde dos indivíduos. Assim a saúde encontra-se relacionada a apropriadas condições de vida e a políticas sociais e econômicas. Com aplicação da escala os resultados podem contribuir para priorizar o as visitas domiciliares, planejamento e ações de vigilância em saúde (NAKATA *et al.*, 2013).

Escala de Coelho e Savassi é uma ferramenta de avaliação e acompanhamento da realidade social e econômica em cada núcleo familiar, reconhecendo as reais necessidades de saúde no contexto da ESF, como forma de identificá-las e trabalhar com a prevenção e a promoção da saúde, e também para a adequada destinação de recursos, entre os cuidados de saúde direcionados a essas famílias. A priorização do atendimento permite uma melhor gestão dos recursos da unidade e proporciona um atendimento mais alinhado às demandas de cada domicílio (COSTA, 2009). No presente estudo indicou a micro-área 05 com a maior média no escore de alto risco (R3), houve a ocorrência em 19 famí-

lias (26,02%), destacando-se das demais. Esse resultado confirma as diversidades sociais do bairro. E revela a importância de existir planejamento para orientar a ação da equipe de saúde, apontar para correções de rumos e avaliação dos resultados obtidos em relação aos objetivos propostos. Considerando que as situações são dinâmicas, estão em constantes transformações (OLIVEIRA, 2006).

Nesta pesquisa, a maior proporção das famílias avaliadas encontra-se classificada como sem risco 395 núcleos familiares (67%). Em um estudo realizado na USF Nossa Senhora de Belém, do município de Porto Alegre também encontrou maior proporção de famílias sem risco (68,5%). Mesmo os resultados sendo a maioria das famílias consideradas sem risco, ainda existem importantes diferenças locais que devam ser consideradas no planejamento das ações em saúde (NAKATA *et al.*, 2013). A sentinela mais prevalente na área foi relação morador/cômodo, definida pelo número de moradores no domicílio dividido pelo número de cômodos na residência, apresentou em sua maioria relação  $>1$  em todas as micro-áreas. Esse resultado indica menor vulnerabilidade de geração de conflitos em determinadas residências, influenciando diretamente na qualidade de vida (SAVASSI; LAGE; COELHO, 2012).

A segunda sentinela mais prevalente na área foi hipertensão arterial sistêmica (HAS), apresentando maior prevalência na micro-área 02 entre as famílias visitadas. O diabetes mellitus (DM) também representou uma das mais pontuadas, assim como a HAS ela está entre as doenças mais comuns no Brasil (SILVA, *et al.*, 2006). Ambas as doenças representam no cenário atual um importante problema de saúde pública mesmo com os esforços desenvolvidos pelas estratégias de saúde. Esse fato revela a significância das ações e serviços para promoção, prevenção e tratamento das doenças crônicas não transmissíveis, que requerem uma atenção integral e continuada por parte dos profissionais de saúde (NAKATA *et al.*, 2013).

Com relação à drogadição, terceira sentinela mais prevalente que caracteriza a utilização compulsiva de drogas lícitas e /ou ilícitas, que apresentem potencial para causar dependência química (SAVASSI; LAGE; COELHO, 2012), pode estar relacionada com outros determinantes sociais, como o desemprego, que também foi uma sentinela de grande destaque nas famílias em risco, representado uma população vulnerável a outros agravos a saúde. Ambas as sentinelas foram mais prevalentes na micro-área 5, a qual representa o percentual de maior risco. (NAKATA *et al.*, 2013)

A quantidade de famílias com indivíduos maiores de 70 anos representa um grau elevado de risco para a área, onde com o avançar da idade aumentam os riscos para hipertensão, diabetes e outras doenças crônicas, além do risco para quedas e conseqüentemente suas sequelas (SAVASSI; LAGE; COELHO, 2012). Outro fator de risco observado foi à quantidade relativamente significativa de acamados encontrados principalmente na micro-área 03, que é compreendido como indivíduos restritos ao seu próprio domicílio, sendo que essa população já necessita de um cuidado maior da ESF sendo assim necessária a potencialização desses cuidados (SAVASSI; LAGE; COELHO, 2012).



## 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com os resultados obtidos com a aplicação da escala de Coelho-Savassi, pudemos observar que na área em estudo a maioria das famílias não está em risco, porém, apesar desse resultado, ainda há famílias expostas a médio e alto riscos.

Com isso, denotamos que alguns elementos sociais, como por exemplo: o acesso à saúde, a educação e a oportunidade no mercado de trabalho, não estão cumprindo o seu papel social, ficando assim, ociosos. Com o resultado, percebemos que podemos decidir quais as famílias prioritárias para realização das visitas, assim como, estabelecer metas para o acompanhamento, considerando a disponibilidade de tempo necessário da equipe responsável por estas, para dar continuidade a estratégia, bem como integrar os serviços de assistência básica à saúde, para que se possa atingir o princípio da universalidade, integralidade e equidade.

Embora reconheça as vantagens que esta escala oferece para a organização, funcionamento e ações no que tange a visita domiciliar, percebemos que ela não é específica enquanto ao grau de risco, levando em consideração o número de pessoas acometidas com determinadas sentinelas e pelo fato da escala ser limitada, não dando assim informações completas para que haja uma melhor assistência à população, analisar e determinar a vulnerabilidade das famílias, determinar suas prioridades e a partir disso, desenvolver planejamento em saúde, ela ainda é pouco conhecida e utilizada pelas equipes de ESF. Além disso, esse instrumento ainda apresenta algumas falhas no seu contexto, sendo necessário uma avaliação mais criteriosa de suas sentinelas para saber se elas realmente são determinantes para alcançar os objetivos que a própria escala determina

## 5. DECLARAÇÃO DE INTERESSES

Declaramos que não há conflitos de interesses.

## 6. REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde). Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/pnab.php>>. Acesso em: 04 de outubro de 2016

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013**. Redefine a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, maio 2013. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/>>. Acesso em 04 de outubro de 2016.

Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde - CDSS. Redução das desigualdades no período de uma geração. Igualdade na saúde através da acção sobre os seus determinantes sociais. **Relatório Final da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde**. Portugal, 2010. Organização Mundial da Saúde.

COSTA C. M. A aplicação da escala de risco familiar no Programa de Saúde da Família como estratégia de priorização das visitas domiciliares pelos Agentes Comunitários de Saúde. Rio de Janeiro. 2009. 71f. **Dissertação** (Mestrado em Saúde da Família). Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro.

FIGUEIREDO, E.N. A Estratégia Saúde da Família na Atenção Básica do *SUS*. UNIFESP. **UMA-SUS**. 2012. Disponível em: <[http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca\\_virtual/esf/2/unidades\\_conteudos/unidade05/unidade05.pdf](http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade05/unidade05.pdf)>. Acesso em: 04 de outubro de 2016

MENEZES,H.R.A; CARDELLI,A.A.M; VIEIRA,G.B; MARTINS,J.T.; FERNANDES,M.V.; MARRERO,T. **Classificação do risco familiar segundo escala de coelho e savassi – um relato de experiência**. Disponível em: <<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/download/.../pdf>> Acesso em 04 de outubro de 2016.MOURA, F. M. N .;MARINHO, A. D. P.;OLIVEIRA, L. L.;SANTOS, M. L.; ARAÚJO,J. O. L. A.; FERREIRA, M. J. M. **Aplicação da escala de risco familiar na atenção básica**. Disponível em: <<http://www.revistaprex.ufc.br/index.php/EXTA/articlehh/download/225/150>>Acesso em 04 de outubro de 2016.

Nakata T. P.; Lenice K. I. ; Vargas R. K. ; Moreira W. P.; Mallmann D. Ê. R.; Rosset C. I. Classificação de risco familiar em uma Unidade de Saúde da Família. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, vol. 21, 2013, pp. 1-7 Universidade de São Paulo, São Paulo. Brasil. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281428540011>>. Acesso: 08 out. 2016.

OLIVEIRA, José Antônio Puppim de. Desafios do planejamento em políticas públicas: diferentes visões e práticas. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 2, p. 273-287, Apr. 2006 . Available from

SILVA, T.R. et al . Controle de diabetes Mellitus e hipertensão arterial com grupos de intervenção educacional e terapêutica em seguimento ambulatorial de uma Unidade Básica de Saúde. **Saude soc.**, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 180-189, Dec. 2006 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902006000300015&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902006000300015&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 08 Out 2016.

SAVASSI, L. C. M; LAGE, J. L; COELHO, F. L. G. Sistematização de um instrumento de estratificação de risco familiar: escala de risco familiar de Coelho-Savassi. **Journal of Management and Primary Health Care**, v. 3, p. 179-185, 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-76122006000200006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-76122006000200006&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 08 outubro de 2016.

# 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>

