

Benedito Rodrigues da Silva Neto
(Organizador)



Prevenção e Promoção de Saúde 2

Benedito Rodrigues da Silva Neto
(Organizador)

A black and white photograph of a hand holding a stethoscope. The chest piece of the stethoscope is in focus, and a large, semi-transparent medical cross icon is overlaid on it. The background is a dark, diagonal gradient.

Prevenção e Promoção de Saúde 2

2019 by Atena Editora
Copyright © Atena Editora
Copyright do Texto © 2019 Os Autores
Copyright da Edição © 2019 Atena Editora
Editora Chefe: Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira
Diagramação: Natália Sandrini
Edição de Arte: Lorena Prestes
Revisão: Os Autores



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição Creative Commons. Atribuição 4.0 Internacional (CC BY 4.0).

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores. Permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Conselho Editorial

Ciências Humanas e Sociais Aplicadas

Profª Drª Adriana Demite Stephani – Universidade Federal do Tocantins
Prof. Dr. Álvaro Augusto de Borba Barreto – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Alexandre Jose Schumacher – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso
Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Antonio Gasparetto Júnior – Instituto Federal do Sudeste de Minas Gerais
Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília
Prof. Dr. Constantino Ribeiro de Oliveira Junior – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Cristina Gaio – Universidade de Lisboa
Prof. Dr. Deyvison de Lima Oliveira – Universidade Federal de Rondônia
Prof. Dr. Edvaldo Antunes de Farias – Universidade Estácio de Sá
Prof. Dr. Eloi Martins Senhora – Universidade Federal de Roraima
Prof. Dr. Fabiano Tadeu Grazioli – Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Profª Drª Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionele delle Figlie de Maria Ausiliatrice
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense
Profª Drª Keyla Christina Almeida Portela – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso
Profª Drª Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Marcelo Pereira da Silva – Universidade Federal do Maranhão
Profª Drª Miranilde Oliveira Neves – Instituto de Educação, Ciência e Tecnologia do Pará
Profª Drª Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Rita de Cássia da Silva Oliveira – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Sandra Regina Gardacho Pietrobom – Universidade Estadual do Centro-Oeste
Profª Drª Sheila Marta Carregosa Rocha – Universidade do Estado da Bahia
Prof. Dr. Rui Maia Diamantino – Universidade Salvador
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

Ciências Agrárias e Multidisciplinar

Prof. Dr. Alexandre Igor Azevedo Pereira – Instituto Federal Goiano
Prof. Dr. Antonio Pasqualetto – Pontifícia Universidade Católica de Goiás
Profª Drª Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná
Profª Drª Diocléa Almeida Seabra Silva – Universidade Federal Rural da Amazônia
Prof. Dr. Écio Souza Diniz – Universidade Federal de Viçosa
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
Profª Drª Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof. Dr. Jorge González Aguilera – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Júlio César Ribeiro – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas

Ciências Biológicas e da Saúde

Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás
Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
Profª Drª Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Profª Drª Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande

Ciências Exatas e da Terra e Engenharias

Prof. Dr. Adélio Alcino Sampaio Castro Machado – Universidade do Porto
Prof. Dr. Alexandre Leite dos Santos Silva – Universidade Federal do Piauí
Profª Drª Carmen Lúcia Voigt – Universidade Norte do Paraná
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Fabrício Menezes Ramos – Instituto Federal do Pará
Prof. Dr. Juliano Carlo Rufino de Freitas – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Neiva Maria de Almeida – Universidade Federal da Paraíba
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)	
P944	Prevenção e promoção de saúde 2 [recurso eletrônico] / Organizador Benedito Rodrigues da Silva Neto. – Ponta Grossa, PR: Atena Editora, 2019. – (Prevenção e promoção de saúde; v. 2) Formato: PDF Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader Modo de acesso: World Wide Web Inclui bibliografia ISBN 978-85-7247-828-1 DOI 10.22533/at.ed.281190912 1. Política de saúde. 2. Saúde pública. I. Silva Neto, Benedito Rodrigues da. II. Série. CDD 362.1
Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422	

Atena Editora
Ponta Grossa – Paraná - Brasil
www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br

APRESENTAÇÃO

A coleção “Prevenção e Promoção de Saúde” é uma obra composta de onze volumes que apresenta de forma multidisciplinar artigos e trabalhos desenvolvidos em todo o território nacional estruturados de forma à oferecer ao leitor conhecimentos nos diversos campos da prevenção como educação, epidemiologia e novas tecnologias, assim como no aspecto da promoção à saúde girando em torno da saúde física e mental, das pesquisas básicas e das áreas fundamentais da promoção tais como a medicina, enfermagem dentre outras.

O segundo volume desta coleção tem como direcionamento uma área fundamental que se destaca entre a mais importante quando o assunto é prevenção em saúde e/ou promoção de saúde. A enfermagem, desde o seu surgimento até os dias atuais diante da grande evolução técnico-científica, carrega consigo a responsabilidade de imprimir em seus profissionais todos os aspectos inerentes à prevenção e promoção de saúde.

Portanto apresentaremos neste material um agregado organizado de forma estruturada e lógica produzido por profissionais da enfermagem, ou que se relacionam diretamente às sub-áreas onde esses profissionais estão inseridos. Cada capítulo possui seu aspecto singular e inerente, mas que coopera de forma direta com a obra em seu amplo aspecto.

Assim, a coleção “Prevenção e Promoção de Saúde” apresenta uma teoria bem fundamentada seja nas revisões, estudos de caso ou nos resultados práticos obtidos pelos pesquisadores, técnicos, docentes e discentes que desenvolveram seus trabalhos aqui apresentados. Ressaltamos mais uma vez o quão importante é a divulgação científica para o avanço da educação, e a Atena Editora torna esse processo acessível oferecendo uma plataforma consolidada e confiável para que diversos pesquisadores exponham e divulguem seus resultados.

Benedito Rodrigues da Silva Neto

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1	1
A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DA URGÊNCIA OBSTÉTRICA	
Ellizama Belem de Sousa Mesquita	
Tatyanne Silva Rodrigues	
Elliady Belem de Sousa Mesquita	
Edson Belem de Sousa Mesquita	
Elanea Brito dos Santos	
Michelly Gomes da Silva	
Marcos Vinicius de Sousa Fonseca	
Larissa Bezerra Maciel Pereira	
Avilnete Belem de Souza Mesquita	
Artur Flamengo dos Santos Oliveira	
Carla Adriana Rodrigues de Sousa Brito	
DOI 10.22533/at.ed.2811909121	
CAPÍTULO 2	12
A ENFERMAGEM NO PROCESSO DE ACREDITAÇÃO HOSPITALAR	
Márcio Soares de Almeida	
Fernanda Cajuhy dos Santos	
Pedro Henrique Costa Silva	
Verônica Oliveira da Silva Heleno	
Mariana Pitanga Carvalhal de Oliveira	
Fernanda Rocha Costa Lima	
Lucille Andrade Paiva Espinheira	
DOI 10.22533/at.ed.2811909122	
CAPÍTULO 3	23
ACOLHIMENTO DO ENFERMEIRO A MULHER VÍTIMA DE VIOLÊNCIA: REVISÃO INTEGRATIVA	
Luzia Neri dos Reis	
Leonilson Neri dos Reis	
Ernando Silva de Sousa	
Isabel Luísa Rodrigues de Sousa Viana	
Juliana Falcão da Silva	
Jucélia de Brito Lima	
Lindamaria de Oliveira Miranda	
Jailson Pereira de Sousa	
Priscila Geise Gomes	
Erinalva de Araújo Silva	
Brígida Mendes dos Santos	
Cleidiomar da Conceição Sousa Freitas	
Ana Carolina Amorim de Sousa	
Naiane de Sousa Silva	
Sayonnara Ferreira Maia.	
DOI 10.22533/at.ed.2811909123	
CAPÍTULO 4	39
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO	
Jéssica Santos Cândido da Silva	
Claudia Fabiana Lucena Spindola	
Julia Taynan Etelvino de Barros	
Maryane Martins Barros	
Alexsandro Rodrigues de Sena	
Ana Maria Tavares de Melo	

CAPÍTULO 5 43

**ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA PARADA CARDIORESPIRATÓRIA NO PERÍODO GESTACIONAL:
REVISÃO INTEGRATIVA**

Tatiana Carneiro de Resende
Leonardo dos Santos Moreira
Mônica Bimbatti Nogueira Cesar
Mayla Silva Borges
Richarlisson Borges de Moraes
Kleber Gontijo de Deus
Bárbara Dias Rezende Gontijo

DOI 10.22533/at.ed.2811909125

CAPÍTULO 6 52

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO E NO TRATAMENTO DO PÉ DIABÉTICO

Iolete Araujo da Silva
Márcia Fernanda de Sousa Abreu
Michelle Diana Leal Pinheiro Matos
Francisco Lucas de Lima Fontes
Luan da Silva Moraes
Alexsandra Maria Ferreira de Araújo Bezerra
Anderson de Assis Ferreira
Teresa Raquel de Carvalho Castro Sousa
Eduardo de Lacerda Aguiar
Luanna Sousa de Moraes Lima
Dannyel Rogger Almeida Teixeira
Flaviana Mutran da Silva Barros

DOI 10.22533/at.ed.2811909126

CAPÍTULO 7 60

**ATUAÇÃO DO MÉDICO E ENFERMEIRO NAS ORIENTAÇÕES ALIMENTARES PARA
HIPERTENSOS E DIABÉTICOS**

Mariana Farias Gomes
Rebecca Soares de Andrade Fonseca dos Santos
Annick Fontbonne
Eduarda Ângela Pessoa Cesse

DOI 10.22533/at.ed.2811909127

CAPÍTULO 8 72

CUIDADOS DE ENFERMAGEM A PACIENTE PORTADORA DA SÍNDROME DE SJÖGREN

AdrielleTayany de Souza Pedrosa
Alana Laleska Azevedo Cavalcanti
Amanda Lourena Moraes Arruda
Andreia Lopes Ferreira de Lima
Andreza Cabral da Silva
Bárbara Gabriela Galdino dos Santos

DOI 10.22533/at.ed.2811909128

CAPÍTULO 9 81

**DOULAS VOLUNTÁRIAS EM UMA MATERNIDADE PÚBLICA: RESGATE E HUMANIZAÇÃO DO
PARTO NATURAL**

Vilma Maria de Santana
Mauricélia Ferreira Mendes

Kelly de Albuquerque Medeiros
Rosália Maria Ribeiro
DOI 10.22533/at.ed.2811909129

CAPÍTULO 10 88

ENFERMAGEM OBSTÉTRICA E O PARTO HUMANIZADO: CONTRIBUIÇÕES PARA VIVÊNCIA DO PROCESSO DE PARTURIÇÃO

Vilma Maria de Santana
Tatiana Ferreira do Nascimento
Rosália Maria Ribeiro
Beatriz Michaelle Cavalcanti dos Santos
Wanessa Marcella Barros Firmino
Mauricélia Ferreira Mendes

DOI 10.22533/at.ed.28119091210

CAPÍTULO 11 99

LESÕES MÚSCULO ESQUELÉTICAS RELACIONADAS AO TRABALHO DA ENFERMAGEM

Francisco das Chagas Araújo Sousa
Kadja Fernanda Tinoco
Lennara de Siqueira Coelho
Alessandra Kelly Freire Bezerra
Bianara Raelly Duarte Ibiapina dos Santos
Francirraimy Sousa Silva
Lorena Rocha Batista Carvalho
Marcelo de Moura Carvalho
Eduardo Vidal de Melo
Emmanuel Alves Soares

DOI 10.22533/at.ed.28119091211

CAPÍTULO 12 114

O ATENDIMENTO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE E O CUIDADO DE HOMENS COM ÚLCERAS VENOSAS

Patrícia Alves dos Santos Silva
Norma Valéria Dantas de Oliveira Souza
Roberto Carlos Lyra da Silva
Déborah Machado dos Santos
Dayse Carvalho do Nascimento
Thays da Silva Gomes Lima

DOI 10.22533/at.ed.28119091212

CAPÍTULO 13 129

OS EFEITOS NA FORMAÇÃO DE ESTUDANTES DE ENFERMAGEM E MEDICINA AO VIVENCIAREM O GRUPO “PUCALHAÇOS”

Valquíria Neves Perin
Fernanda de Oliveira Barros
Dirce Setsuko Tacahashi

DOI 10.22533/at.ed.28119091213

CAPÍTULO 14 145

PERCEPÇÃO DE ENFERMEIROS QUANTO AO AMBIENTE ESTRUTURAL DE UMA UNIDADE DE SAÚDE DE BELÉM

Hellen de Paula Silva da Rocha

DOI 10.22533/at.ed.28119091214

CAPÍTULO 15	152
PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS QUANTO AO PROTOCOLO DE HIPOTERMIA TERAPÊUTICA PÓS PARADA CARDIOPULMONAR	
<ul style="list-style-type: none"> Julia Taynan Etelvino de Barros Claudia Fabiana Lucena Spindola Jéssica Santos Cândido da Silva Maryane Martins Barros 	
DOI 10.22533/at.ed.28119091215	
CAPÍTULO 16	164
PROTOCOLO DE CUIDADOS PALIATIVOS EM ENFERMARIA	
<ul style="list-style-type: none"> Juliana Rodrigues Teixeira Madeleine Sales de Alencar Fabiana Vasconcelos do Nascimento Ianna Lacerda Sampaio Braga Tadeu Gonçalves de Lima 	
DOI 10.22533/at.ed.28119091216	
CAPÍTULO 17	197
RELATO DE EXPERIÊNCIA DAS ATIVIDADES EDUCACIONAIS DE ENFERMAGEM EM UMA CRECHE FILANTRÓPICA DE MANAUS	
<ul style="list-style-type: none"> Roselaine Brum da Silva Soares Arinete Veras Fontes Esteves Elaine de Oliveira Vieira Caneco Itelvina Ribeiro Barreiros Aldenira de Carvalho Caetano 	
DOI 10.22533/at.ed.28119091217	
CAPÍTULO 18	204
SEGURANÇA DO PACIENTE: REVISÃO INTEGRATIVA DAS AÇÕES DE CUIDADO PROMOVIDAS PELA ENFERMAGEM	
<ul style="list-style-type: none"> Leticia Silveira Cardoso Francielle Morais de Paula Josefine Busanello Bruna Roberta Kummer 	
DOI 10.22533/at.ed.28119091218	
CAPÍTULO 19	215
SOFRIMENTO MORAL: TENDÊNCIAS DAS PESQUISAS DE ENFERMAGEM	
<ul style="list-style-type: none"> Maicon Facco Daíse dos Santos Vargas Marcos Antonio de Azevedo de Campos Cleber Bisognin 	
DOI 10.22533/at.ed.28119091219	
CAPÍTULO 20	222
TEORIA DO CONFORTO COMO SUBSÍDIO PARA O CUIDADO CLÍNICO DE ENFERMAGEM À PARTURIENTE	
<ul style="list-style-type: none"> Ana Maria Martins Pereira Antonia de Maria Gomes Paiva Sibele Lima Costa Janaína da Silva Feitoza Palácio Laura Pinto Torres de Melo Ana Beatriz Diógenes Cavalcante 	

Lanna Maria Faustino de Sousa Batista

Sayonara Aquino de Almeida

DOI 10.22533/at.ed.28119091220

CAPÍTULO 21 234

TRABALHO EM EQUIPE DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: PRÁTICAS ESPECÍFICAS DO CAMPO DE ATUAÇÃO E PRÁTICAS EXTRAFUNCIONAIS

Rute Lopes Bezerra

Arcanjo de Sousa Silva Junior

Aline Mesquita Lemos

Francisco Daniel Brito Mendes

Helder de Pádua Lima

Maria Salete Bessa Jorge

Raianne de Sousa Pereira

Sarah Raquel Rebouças Fernandes Campos

Suianne Braga de Sousa

Vanessa Almeida Pinheiro

DOI 10.22533/at.ed.28119091221

SOBRE O ORGANIZADOR..... 239

ÍNDICE REMISSIVO 240

PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS QUANTO AO PROTOCOLO DE HIPOTERMIA TERAPÊUTICA PÓS PARADA CARDIOPULMONAR

Julia Taynan Etelvino de Barros

Faculdade do Recife (FAREC), Recife, PE.

Claudia Fabiana Lucena Spindola

Faculdade do Recife (FAREC), Recife, PE.

Jéssica Santos Cândido da Silva

Faculdade do Recife (FAREC), Recife, PE.

Maryane Martins Barros

Faculdade do Recife (FAREC), Recife, PE.

RESUMO: Objetivo: Analisar a percepção dos enfermeiros quanto ao emprego da hipotermia terapêutica em pacientes reanimados pós-PCR nas UTIs. **Metodologia:** Pesquisa de caráter exploratório, descritivo, de abordagem quali-quantitativa, desenvolvida em dezembro/2017, num hospital de referência do Recife/PE. Sendo considerados os questionários dos Enfermeiros que trabalham na UTI do hospital referido, e que aceitaram participar da pesquisa voluntariamente. **Resultados:** Entrevistados 18 enfermeiros, predominando: faixa etária de 24 e 34 anos; sexo feminino; de maior formação a especialização em emergência; atuantes na área de saúde entre 4 - 6 anos. Com maioria afirmando ter conhecimento sobre a técnica de Hipotermia Terapêutica pós-PCR. Sobre a temperatura limite a ser empregada, 37% disseram ser entre 32°C - 34°C; quanto ao tempo

inicial para aplicação da técnica após o retorno da circulação espontânea, 55% afirmam ser, 1 hora; 54% dizem ser a proteção neurológica o principal objetivo da terapêutica; 64% afirmam que todos os pacientes sobreviventes pós-PCR, que permaneçam comatosos após a reanimação, independente do ritmo da PCR e do local onde ocorreu o evento, podem ser induzidos à hipotermia terapêutica.

Conclusão: Percebeu-se que, os enfermeiros não têm conhecimento do emprego da técnica referida, por não ser rotina do setor, nem uma prática utilizada no hospital, e desconhecem a existência da mesma. Nota-se a necessidade de um maior número de publicações e cursos, capacitando e norteando os profissionais, e serviços de saúde envolvidos no processo, e a construção de um protocolo, instrumento que ampara os profissionais e oferece segurança aos pacientes e familiares.

PALAVRAS-CHAVE: Hipotermia Induzida. Parada Cardiopulmonar. UTI.

PERCEPTION OF NURSES ON THE POST CARDIOPULMONARY THERAPEUTIC HYPOTHERMIA PROTOCOL

ABSTRACT: Objective: To analyze nurses' perceptions regarding the use of therapeutic

hypothermia in patients resuscitated after CRP in ICUs. **Methodology:** Exploratory, descriptive and qualitative research, conducted in December / 2017, in a referral hospital in Recife / PE. Being considered the questionnaires of nurses working in the ICU of the referred hospital, and who agreed to participate in the research voluntarily. **Results:** Interviewed 18 nurses, predominating: age group of 24 and 34 years old; women; from greater training to emergency specialization; active in the health area between 4 - 6 years. With majority claiming to have knowledge about the technique of post-PCR Therapeutic Hypothermia. About the temperature limit to be employed, 37% said to be between 32 ° C - 34 ° C; Regarding the initial time for application of the technique after the return of spontaneous circulation, 55% claim to be 1 hour; 54% say neurological protection is the main goal of therapy; 64% state that all post-CRP surviving patients who remain comatose after resuscitation, regardless of the rate of CRP and where the event occurred, can be induced to therapeutic hypothermia. **Conclusion:** It was noticed that nurses are not aware of the use of the referred technique, as it is not a routine of the sector, nor a practice used in the hospital, and are unaware of its existence. There is a need for more publications and courses, training and guiding the professionals and health services involved in the process, and the construction of a protocol, an instrument that supports the professionals and offers security to patients and families.

KEYWORDS: Induced Hypothermia. Cardiopulmonary arrest. ICU.

1 | INTRODUÇÃO

A partir do instante em que a contratilidade miocárdica e a circulação sanguínea são interrompidas, o risco de dano cerebral irreversível e morte aumentam a cada minuto, segundo Smeltzer e Bare (2005). A parada cardiorrespiratória (PCR) é uma emergência médica definida como a cessação súbita e inesperada das funções vitais e orgânicas, caracterizada pela ausência de batimentos cardíacos, de movimentos respiratórios e irresponsividade a estímulos (RECH, 2010). Apesar da evolução e aperfeiçoamento das manobras de reanimação nos últimos 50 anos, a mortalidade e sequelas neurológicas após a recuperação da circulação espontânea continuam a ser elevadas (Nolan, et al., 2007).

A PCR causa cessação abrupta do fluxo sanguíneo cerebral, produzindo isquemia dos neurônios (Pereira, 2008). A extensão do dano neurológico depende do grau de hipoxemia ao qual o tecido cerebral é submetido, ocorrendo dano permanente após 5 a 10 minutos da completa cessação do fluxo sanguíneo (Bernard, 2009).

Diante das novas descobertas científicas, surge a Hipotermia Terapêutica (HT), que tem demonstrado ser um tratamento eficaz em reduzir o dano isquêmico cerebral produzido durante diferentes insultos neurológicos, como no trauma de crânio, nos

acidentes vasculares cerebrais, na hemorragia subaracnóide e na anóxia induzida pela parada cardíaca (Azzopardi, 2009). Terapêutica clínica que consiste em, uma redução controlada da temperatura central dos pacientes com objetivos terapêuticos pré-definidos (Feitosa, 2009). A hipotermia reduz a demanda cerebral de oxigênio, promovendo proteção contra isquemia (Pereira, 2008). Muitas pesquisas têm sido realizadas e, atualmente a indução da hipotermia é o único método terapêutico que demonstrou ter algum impacto no status funcional do paciente pós-PCR, tanto que é chancelado pelas entidades internacionais que tratam de reanimação. No entanto, apesar de sua alta eficácia em reduzir a extensão do dano neurológico pós-PCR, e baixo custo, a HT tem sido um tratamento subutilizado nas UTIs (Wolfrum et al., 2007).

Os autores que constituem as equipes multidisciplinares, nos diversos segmentos da saúde, necessitam estar atualizados quanto ao desenvolvimento de novos procedimentos terapêuticos, principalmente os relacionados às emergências cardiovasculares. É válido salientar a importância do enfermeiro na assistência desses eventos, bem como na PCR, sendo sua atribuição executar uma assistência de qualidade e que vise obter um resultado e um prognóstico positivo. Tal conduta terapêutica, pode apresentar inúmeras complicações potenciais em que o enfermeiro, o profissional que assiste o paciente e como gestor do cuidado, deve ter percepção para identificar estas possíveis complicações, pois a assistência prestada deverá ser intermitente e contínua, bem como abranger todo o contexto de risco que esse paciente possa ter. Tendo como subsídio às suas ações, duas ferramentas essenciais regulamentadas pela Resolução COFEN Nº 358/2009, que contribui para a organização do cuidado, a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), e Processo de Enfermagem (PE), pois ambos possibilitam identificar, compreender, descrever e prever as necessidades do ser cuidado, atendendo suas reais necessidades (Malucelli, 2010).

Assim, para guiar o presente estudo, formulou-se a seguinte questão norteadora: Qual a percepção dos enfermeiros quanto ao protocolo de hipotermia terapêutica pós parada cardiopulmonar? Neste estudo, como objetivo Geral, foi proposto uma lacuna de conhecimento na área de enfermagem, além de atualização e conhecimento sobre a terapêutica, que apesar de sua relevância, ainda é pouco explorada pela literatura nacional.

2 | METODOLOGIA

Esta pesquisa é de caráter exploratório, descritiva de abordagem quali-quantitativa. Participaram do estudo 18 enfermeiros que trabalham na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital da Restauração Governador Paulo Guerra em

Recife/PE. A escolha do local se deu devido ao grande referencial do referido hospital em urgência e emergências de várias etiologias.

Os critérios de inclusão para participarem da pesquisa foram: enfermeiros que trabalhavam na Unidade de Terapia Intensiva do referido hospital no período da coleta dos dados, e que aceitaram participar da pesquisa. Foram excluídos da pesquisa, os enfermeiros que se negaram a participar e aqueles que, por algum motivo não estivessem em condições de participar da pesquisa.

A coleta dos dados se deu no período de 04 a 08 de dezembro/2017. Foi realizada a abordagem dos participantes com explicação previa dos objetivos da pesquisa e solicitação da assinatura do TCLE, seguido pelo preenchimento de um questionário elaborado pelos autores. A participação das mesmas foi voluntária e anônima.

Os participantes do estudo forneceram informações sobre condição socioeconômicas, idade, nível de escolaridade e conhecimento sobre o tema: Hipotermia Terapêutica pós-PCR. Foram analisados nesse estudo, o perfil socioeconômico e o conhecimento sobre o protocolo de hipotermia pós PCR.

Foi realizado o levantamento de dados e análise das respostas obtidas. Os resultados foram tabulados em índices percentuais simples.

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital da Restauração Governador Paulo Guerra – HR, na cidade do Recife/PE sendo aprovado em 27 de dezembro de 2017 sob o número de CAAE: 78646417.2.0000.5198, e número de parecer: 2.400.506.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÕES

De acordo com o foco do estudo foram coletados dados que pudessem responder ao objetivo do estudo, trazendo contribuição para atualização dos profissionais de saúde e uma lacuna de conhecimento à área da enfermagem.

A partir dos dados coletados, pode-se observar o perfil sócio demográfico dos enfermeiros entrevistados, como mostra a tabela 1 a seguir; assim como a percepção de seu conhecimento referente à técnica de Hipotermia Terapêutica.

Variável (n)	N	%
Idade		
Entre 24 e 34 anos	13	72,22%
Entre 34 e 44 anos	4	22,22%
Entre 44 e 54 anos	1	5,56%
Total	18	100%

Sexo		
Masculino	7	38,89%
Feminino	11	61,11%
Total	18	100%
Nível de Escolaridade		
Graduação	3	16,67%
Especialista Completo	12	66,67%
Especialista Incompleto	2	11,11%
Mestrado Completo	1	5,56%
Mestrado Incompleto	0	0
Doutorado Completo	0	0
Doutorado Incompleto	0	0
Total	18	100%
Tempo de Conclusão de Curso		
6 meses	0	0
6 meses – 1 ano	1	5,56%
1 – 3 anos	3	16,67%
4- 6 anos	9	50,00%
7 – 9 anos	4	22,22%
10 anos ou mais	1	5,56%
Total	18	100%
Tempo de atuação na área de saúde		
6 meses	0	0
6 meses – 1 ano	0	0
1 – 3 anos	3	16,67%
4- 6 anos	7	38,89%
7 – 9 anos	6	33,33%
10 anos ou mais	2	11,11%
Total	18	100%
Condição Socioeconômica		
1 – 2 salários	4	22,22%
2 – 3 salários	3	16,67%
4 – 5 salários	9	50,00%
Acima de 5 salários	2	11,11%
Total	18	100%

Tabela 1: Características da amostra segundo dados sócio demográfico dos enfermeiros entrevistados – Recife/PE, 2017.

Cerca de 72% dos participantes, é formada por enfermeiros jovens, com faixa etária entre 24 e 34 anos, onde 61% são de mulheres, e 38% foram de homens. Sobre a máxima formação profissional, 66% dos entrevistados, têm o título de especialista completo, 16% o de graduação, 11% especialista incompleto e apenas 5% o de mestrado incompleto.

Já quando perguntados sobre o tempo de atuação na área de saúde: cerca de 38% atua a pelo menos entre 4 a 6 anos, 33% entre 7 a 9 anos, 16% entre 1 a 3 anos, e 11% entre 10 anos ou mais. Sobre a condição socioeconômica, 50% disseram receber entre 4 a 5 salários, 22% entre 1 e 2 salários, 16% recebem entre 2 e 3 salários, e 11% acima de 5 salários.

Segundo o estudo foi realizado pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), por

iniciativa do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen), *Perfil da Enfermagem no Brasil* (2015), a enfermagem hoje no país é composta por um quadro de 80% de técnicos e auxiliares e 20% de enfermeiros. Considerando a renda mensal de todos os empregos e atividades que a equipe de enfermagem exerce, constata-se que 1,8% de profissionais na equipe (em torno de 27 mil pessoas) recebem menos de um salário-mínimo por mês. A equipe de enfermagem é predominantemente feminina, sendo composta por 84,6% de mulheres. No entanto, mesmo tratando-se de uma categoria feminina, registra-se a presença de 15% dos homens. Sobre a questão de aprimoramento, 94,5% dos enfermeiros e 98% dos profissionais de nível médio (técnicos e auxiliares) que relataram participação em atividades de aprimoramento (FIOCRUZ, 2015).

Em posse da análise das questões respondidas pelos entrevistados, o gráfico 1, traça o perfil do conhecimento dos enfermeiros intensivistas a cerca do protocolo de hipotermia terapêutica, onde vemos que, cerca de 61% refere conhecer a técnica de hipotermia terapêutica, enquanto que 39% dos enfermeiros entrevistados, ainda desconhece a técnica.

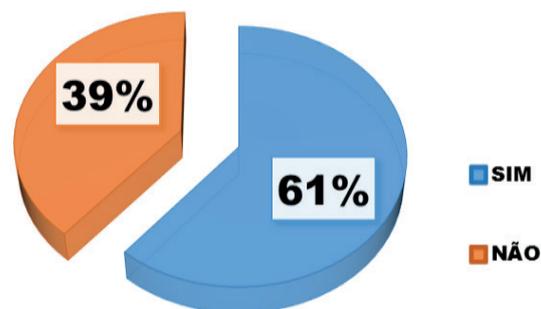


Gráfico 1: Aspectos referente ao conhecimento da técnica da Hipotermia terapêutica pós-PCR. Recife/PE, 2017.

A Hipotermia Terapêutica é uma técnica que vem sendo utilizada para minimizar os efeitos danosos da isquemia durante a parada cardiorrespiratória. Apesar de ser um método de fácil utilização e baixo custo, possui indicações específicas e cuidados intensivos durante sua realização.

Durante as pesquisas foi possível perceber a atuação direta dos profissionais de enfermagem, que são os executores do procedimento, e a necessidade de competência técnica e científica para identificação dos possíveis riscos que estes pacientes possuem e para as intervenções necessárias para o sucesso da terapia (MONTENEGRO, 2012).

Apesar de o ILCOR sugerir o protocolo de HT pós-PCR, observa-se que não houve a preocupação em realizar um protocolo frente às complicações potenciais que esses pacientes podem vir a desenvolver. Neste sentido, o enfermeiro, cujo papel

na recuperação do indivíduo é de fundamental importância, deve desenvolver um plano de cuidados de forma sistematizada, a fim de prevenir tais complicações, bem como facilitar a recuperação deste paciente, onde faz-se necessário, conhecimento técnico científico, no que tange a avaliação do paciente como um todo, atentando-se quanto aos sinais de instabilidade que este paciente possa ter (WALDRIGES et al., 2014).

Embasado na coleta de dados, o gráfico 2 representa o conhecimento dos enfermeiros sobre o limite de temperatura a ser empregado na indução à técnica. Observa-se que 37% do entrevistados afirmaram ser entre 32°C e 34°C a temperatura ideal no emprego da técnica, enquanto que os que referiram ser entre 32°C e 33°C, e ainda 33°C e 34°C foram de respectivamente 27%, numa margem de 9% disseram que a temperatura a ser atingida deveria ser <32°C.

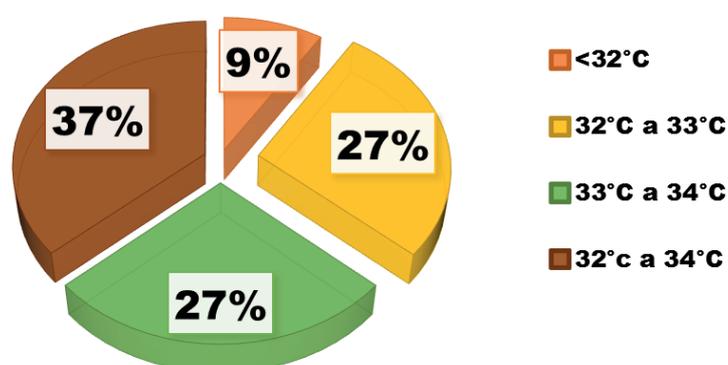


Gráfico 2: Aspectos relativos ao limite da temperatura utilizada para empregar a técnica de Hipotermia Terapêutica. Recife/PE, 2017.

Esta terapêutica pode ser classificada em três tipos: hipotermia leve (34°C à 32°C); hipotermia moderada (32°C à 28°C) e hipotermia grave (menor que 28°C). Estes níveis podem ser considerados estágios, contudo trabalhos clínicos recentes enfatizam que a temperatura ideal para obter o efeito terapêutico desejado seria entre 32°C à 34°C. (PEDROSA, 2007).

Segundo a AHA (2015), “Todos os pacientes adultos comatosos (ou seja, sem resposta sensata a comandos verbais) com RCE – Retorno da Circulação Espontânea, após a PCR devem ser submetidos ao CDT (Controle Direcionado da Temperatura), tendo como temperatura-alvo entre 32°C e 36°C, mantida continuamente durante pelo menos 24 horas.”

Esse alvo representa um equilíbrio entre os benefícios clínicos e os efeitos adversos, que se exacerbam muito a temperaturas mais baixas. Arritmias cardíacas são freqüentes abaixo de 31°C e abaixo de 28°C o risco de FV aumenta muito. Além disso, essa faixa de temperatura (32°C a 34°C) é facilmente atingida com métodos não-invasivos de resfriamento. De acordo com RECH (2010) a proteção

contra isquemia neural promovida pela HT é melhor compreendida quando a temperatura corporea alcança os 32° C, pois a taxa metabólica cerebral, juntamente com o consumo de O₂ e CO₂, cai em até 50% diminuindo assim a acidose intra e extracelular promovida pela mudança do metabolismo de aeróbio para anaeróbio após uma PCR.

A partir dos dados colocados, os valores representados no gráfico 3 fazem referência ao limite de tempo que deve ser iniciado à indução da técnica terapêutica após o retorno da circulação espontânea. Vê-se que, 55% referem que em até 1 hora após o retorno da circulação espontânea seria o momento ideal para o início da terapêutica, enquanto que 18% afirmam ser em até 3 e 4 horas depois, e 9% disseram ser em até 6 horas.

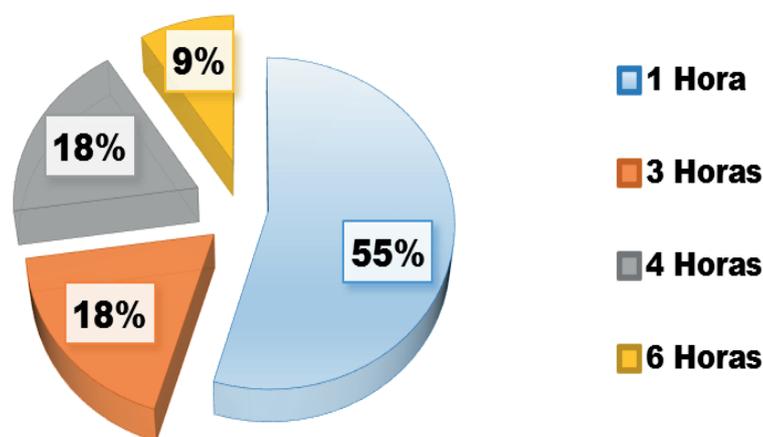


Gráfico 3: Aspectos relativos ao limite de hora para iniciar a técnica de Hipotermia terapêutica. Recife/PE, 2017.

A literatura científica nos mostra que o resfriamento deve ser iniciado o mais breve possível após o retorno da circulação espontânea para se obterem os melhores resultados funcionais, porém parece haver benefício do início da terapia mesmo quando seu início é retardado em até até 6 horas após o evento (ZHAO,2008).

Um estudo realizado submetendo ratos a anóxia cerebral, comparou o desfecho neurológico nos ratos submetidos ao resfriamento imediato e naqueles que tiveram o procedimento retardado em até 1 h, o resultado funcional foi melhor em ratos resfriados precocemente (ZHAO,2008).

Sobre o objetivo do emprego da Hipotermia terapêutica, o gráfico 4 mostra que, 55% dos enfermeiros intensivistas entrevistados afirmam que o principal objetivo do emprego á técnica de hipotermia terapêutica, é a proteção neurológica. Em contra partida, 45% disseram ser o controle hemodinâmico.

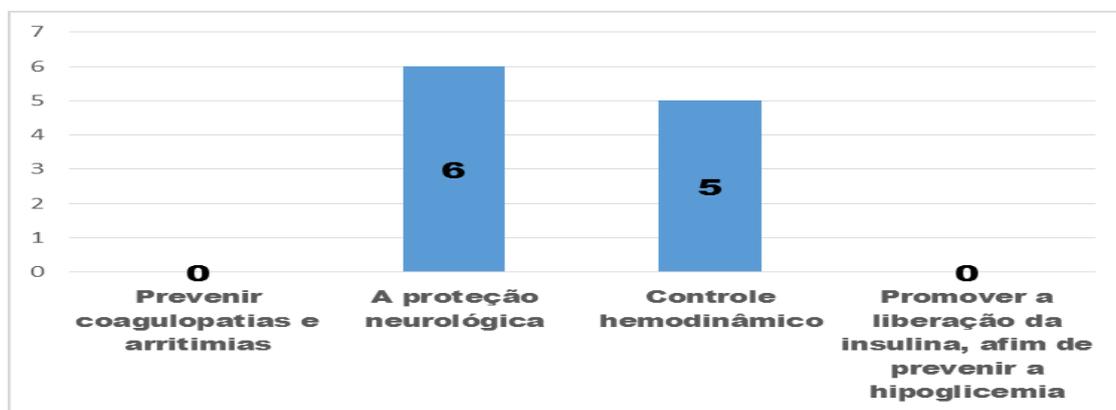


Gráfico 4: Objetivo do emprego da Hipotermia Terapêutica. Recife/PE, 2017.

Analisando os dados coletados, 55% dos enfermeiros intensivistas entrevistados afirmam que o principal objetivo do emprego à técnica de hipotermia terapêutica, é a proteção neurológica. Em contra partida, 45% disseram ser o controle hemodinâmico.

Feitosa Filho et al (2009), “Os principais mecanismos benéficos postulados da hipotermia nos pacientes comatosos recuperados de PCR são: redução do consumo cerebral de oxigênio, supressão de reações químicas associadas com lesões de reperfusão, redução de reação de radicais livres que aumentam o dano cerebral, redução da liberação de cálcio intracelular, modulação de apoptose, modulação de resposta inflamatória e proteção de membranas lipoproteicas”.

Segundo o gráfico 5, o qual representa o ritmos pós-PCR que podem ser indicado a prática terapêutica, 64% do entrevistados referiram que, todos os pacientes sobreviventes pós-PCR que permaneçam comatosos após a reanimação, independente do ritmo da PCR e do local onde ocorreu o evento, podem ser submetido à técnica terapêutica. No entanto, 18% disseram ser os pacientes com sangramento ativo ou coagulopatias que devem ser submetidos. Já 9% dos enfermeiros afirmaram que os pacientes reanimados por mais de 60 minutos, ou paciente com estado de como prévio à PCR, são os mais indicados a inserção à hipotermia.

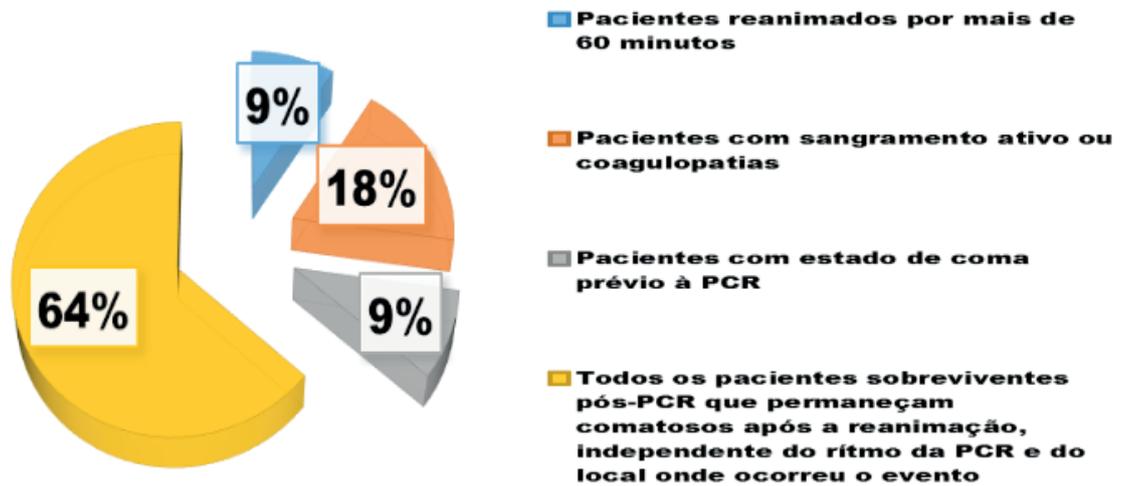


Gráfico 5: Aspectos relacionados aos ritmos pós-PCR onde pode ser empregado a técnica de Hipotermia Terapêutica. Recife/PE, 2017.

A recomendação das diretrizes do ILCOR(International Liaison Committee on Resuscitation - 2010) é a aplicação do HT a todos os pacientes que retornam inconscientes após uma PCR em FV extra-hospitalar, devendo ser resfriados a 32 a 34 grau por 12 a 24 horas. Este resfriamento pode ser benéfico, também para paciente com PCR em outros ritmos e em paradas cardíacas intra-hospitalar.

Feitosa Filho (2009) et al apud, “ Não se deve realizar HT em pacientes em choque cardiogênico após retorno da circulação espontânea ou em pacientes com coagulação primária ou gestantes. Outros pacientes que devem ser excluídos, segundo Correa (2011), “ pacientes reanimados por mais de 60 minutos, aqueles com retorno da circulação espontânea há mais de 6 horas, os estados de coma prévio à PCR, , os sangramento ativo ou coagulopatia, os em pós-operatório de grande porte há menos de 14 dias, choque séptico e os pacientes terminais”.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo atendeu parcialmente aos objetivos, visto que a não adesão total ocorre ainda por se tratar de uma terapêutica a critério médico e não obter uma padronização dos cuidados pela equipe de enfermagem. Além de limitações quanto ao número de publicações, bem como a opinião dos profissionais de enfermagem, que embora tenha participação em tempo integral durante o procedimento, poucos são os enfermeiros que têm se interessado pela temática.

Apesar de ser um método recomendado pela *American Heart Association* (AHA) e pela *Internacional Liaison Committee on Resuscitation* (ILCOR), e de sua alta eficácia em reduzir a extensão do dano neurológico pós-PCR, a hipotermia terapêutica é um procedimento pouco divulgado, discutido e utilizado na produção científica brasileira. Principalmente pela falta de estrutura dos hospitais e falta de

aprimoramento dos profissionais a respeito de sua utilização.

Tantos os cuidados pós parada e HT precisam ser explorados pelos enfermeiros para desenvolverem habilidades e técnicas, como também, seguirem uma sistematização da assistência de enfermagem (SAE), que estejam aliadas as diretrizes da SOBRATI e da AHA. Por tudo isso, se faz necessário a discursão da temática, abrindo espaço para que todos os profissionais envolvidos no processo possam ter domínio da técnica. A criação de um protocolo operacional padrão dentro dos serviços de UTI pode ser uma alternativa para oferecer uma maior segurança e um embasamento teórico, com base na literatura científica, às equipes intensivistas que estejam dispostas a pôr em prática o procedimento.

REFERÊNCIAS

Agência Fiocruz de Notícias - **Pesquisa inédita traça perfil da enfermagem no Brasil**, 2015. [Internet]. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/pt-br/content/pesquisa-inedita-traca-perfil-da-enfermagem-no-brasil> Acesso em: 21/11/2017.

AMERICAN HEART ASSOCIATION 2015. **American Heart Association Guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care**. Circulation 2015.

Azzopardi D, Strohm B, Edwards AD, Halliday H, Juszczak E, Levene M, Thoresen M, Whitelaw A, Brocklehurst P; Steering Group and TOBY Cooling Register participants. **Treatment of asphyxiated newborns with moderate hypothermia in routine clinical practice: how cooling is managed in the UK outside a clinical trial**. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. 2009;94(4):F260-4.

Bernard S. **Hypothermia after cardiac arrest: expanding the therapeutic scope**. Crit Care Med. 2009;37(7 Suppl):S227-33.

COFEN – **Conselho Federal de Enfermagem**, 2009. [Internet]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html Acesso em: 21/11/2017.

Correia, GPB; Pereira RJ. **Análise do uso da hipotermia terapêutica em pacientes após parada cardiorrespiratória**, Revista intensiva, 24 a 28, n34, out-nov 2011.

Feitosa-Filho GS, Sena JP, Guimarães HP, Lopes RD, **Hipotermia terapêutica pós parada cardiorrespiratória: evidências e aspectos práticos**. Revista Brasileira de Terapia Intensiva. 2009;21(1):65-71

Intensive Basic Support, **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Terapia Intensiva – SOBRATI**, 2010 – 2015.

International Liaison Committee on Resuscitation – ILCOR, 2010. [Internet]. Disponível em: <http://ilcor.uniweb.be/en/consensus-2010/questions-2010/>. Acesso em: 27/11/2017.

Malucelli A, Bonnet M, Cubas MR et al. **Sistema de Informação para apoio à Sistematização da Assistência de Enfermagem**. Rev. Bras. Enferm. [Internet]. 2010 [Cited 2013 Dec 20], 63(4): 629-36. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n4/20.pdf>

Montenegro, Ada Macedo. **Cuidados de enfermagem na hipotermia terapêutica pós-PCR**. Revista Brasileira de Terapia Intensiva, 2012.

Nolan JP, Morley PT, Vanden Hoek TL, Hickey RW, Kloeck WG, Billi J, Böttiger BW, Morley PT, Nolan JP, Okada K, Reyes C, Shuster M, Steen PA, Weil MH, Wenzel V, Hickey RW, Carli P, Vanden Hoek TL, Atkins D; International Liaison Committee on Resuscitation.

Therapeutic hypothermia after cardiac arrest: an advisory statement by the advanced life support task force of the International Liaison Committee on Resuscitation.

Circulation[online] 2003;108(1):118-21. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000091&pid=S0103507X200900010001000014&lng=pt. Acesso em 05 out 2017.

Pedroza, JR; Cavalcanti, I; Cantinho, F; Assad, A. **Cuidado pós ressuscitação: hipotermia terapêutica** – Medicina Perioperatória. Sociedade Brasileira de Anestesiologia, 2007. P: 1290.

PEREIRA, João Carlos R. G. **Abordagem do Paciente Reanimado pós Parada Cardiorrespiratória.** Revista Brasileira de Terapia Intensiva, vol. 20, nº 02, p. 190-195, 2008.

RECH, Tatiana H.; VIEIRA, Sílvia R. R. **Hipotermia terapêutica em pacientes pós-parada cardiorrespiratória: mecanismos de ação e desenvolvimento de protocolo assistencial.** Revista Brasileira de Terapia Intensiva, vol. 22, nº2, p. 196-205, 2010

SMELTZER, Suzanne C.; BARE, Brenda G. **Brunner & Suddarth: Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica.** Ed. Guanabara-Koogan, vol 01, 2005.

Waldrigues, MC; Wagner, BV; Mêrces, NNA; Perly, T; Almeida, EA; Caveião, C. **Complicações da hipotermia terapêutica: diagnóstico e intervenção de enfermagem.** Revista de pesquisa Cuidado é Fundamental online, 2014. 6(4): 1666 – 1676.

Wolfrum S, Radke PW, Pischon T, Willich SN, Schunkert H, Kurowski V. **Mild therapeutic hypothermia after cardiac arrest - a nationwide survey on the implementation of the ILCOR guidelines in German intensive care units.** Resuscitation. 2007;72(2):207-13.

Zhao D, Abella BS, Beiser DG, Alvarado JP, Wang H, Hamann KJ, *et al.* **Intra-arrest cooling with delayed reperfusion yields higher survival than earlier normothermic resuscitation in mouse model of cardiac arrest .** Resuscitation. 2008;77(2):242-9.

SOBRE O ORGANIZADOR

BENEDITO RODRIGUES DA SILVA NETO - Possui graduação em Ciências Biológicas pela Universidade do Estado de Mato Grosso (2005), com especialização na modalidade médica em Análises Clínicas e Microbiologia (Universidade Candido Mendes - RJ). Em 2006 se especializou em Educação no Instituto Araguaia de Pós graduação Pesquisa e Extensão. Obteve seu Mestrado em Biologia Celular e Molecular pelo Instituto de Ciências Biológicas (2009) e o Doutorado em Medicina Tropical e Saúde Pública pelo Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública (2013) da Universidade Federal de Goiás. Pós-Doutorado em Genética Molecular com concentração em Proteômica e Bioinformática (2014). O segundo Pós doutoramento foi realizado pelo Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Ciências Aplicadas a Produtos para a Saúde da Universidade Estadual de Goiás (2015), trabalhando com o projeto Análise Global da Genômica Funcional do Fungo *Trichoderma Harzianum* e período de aperfeiçoamento no Institute of Transfusion Medicine at the Hospital Universitätsklinikum Essen, Germany. Seu terceiro Pós-Doutorado foi concluído em 2018 na linha de bioinformática aplicada à descoberta de novos agentes antifúngicos para fungos patogênicos de interesse médico. Palestrante internacional com experiência nas áreas de Genética e Biologia Molecular aplicada à Microbiologia, atuando principalmente com os seguintes temas: Micologia Médica, Biotecnologia, Bioinformática Estrutural e Funcional, Proteômica, Bioquímica, interação Patógeno-Hospedeiro. Sócio fundador da Sociedade Brasileira de Ciências aplicadas à Saúde (SBCSaúde) onde exerce o cargo de Diretor Executivo, e idealizador do projeto “Congresso Nacional Multidisciplinar da Saúde” (CoNMSaúde) realizado anualmente, desde 2016, no centro-oeste do país. Atua como Pesquisador consultor da Fundação de Amparo e Pesquisa do Estado de Goiás - FAPEG. Atuou como Professor Doutor de Tutoria e Habilidades Profissionais da Faculdade de Medicina Alfredo Nasser (FAMED-UNIFAN); Microbiologia, Biotecnologia, Fisiologia Humana, Biologia Celular, Biologia Molecular, Micologia e Bacteriologia nos cursos de Biomedicina, Fisioterapia e Enfermagem na Sociedade Goiana de Educação e Cultura (Faculdade Padrão). Professor substituto de Microbiologia/Micologia junto ao Departamento de Microbiologia, Parasitologia, Imunologia e Patologia do Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública (IPTSP) da Universidade Federal de Goiás. Coordenador do curso de Especialização em Medicina Genômica e Coordenador do curso de Biotecnologia e Inovações em Saúde no Instituto Nacional de Cursos. Atualmente o autor tem se dedicado à medicina tropical desenvolvendo estudos na área da micologia médica com publicações relevantes em periódicos nacionais e internacionais. Contato: dr.neto@ufg.br ou neto@doctor.com

ÍNDICE REMISSIVO

A

Acreditação hospitalar 12, 13, 14, 15, 19, 20, 21

Amamentação 39, 40, 41

Assistência de Saúde 145, 150

Atenção Básica 6, 7, 23, 57, 60, 61, 64, 70, 121, 145, 146, 147, 149, 150, 151, 212

Atenção Psicossocial 234, 235, 236, 237, 238

Atuação 1, 2, 3, 4, 5, 7, 9, 12, 14, 15, 17, 20, 21, 25, 39, 43, 45, 48, 49, 50, 52, 54, 55, 59, 60, 62, 63, 65, 68, 69, 80, 86, 88, 90, 91, 92, 93, 94, 96, 97, 109, 116, 117, 121, 125, 127, 129, 132, 134, 138, 139, 141, 142, 147, 150, 156, 157, 200, 205, 234, 235, 236, 237

B

Benefícios 3, 39, 41, 47, 50, 91, 112, 132, 158, 171, 175, 188, 228

C

Centros de saúde 114, 151

Creche 197, 199, 200, 201, 202, 203

Cuidado de Enfermagem 97, 143, 222, 224, 231

Cuidados paliativos 164, 165, 166, 167, 168, 175, 187, 190, 192, 193, 194, 195, 196

Cuidados paliativos em enfermagem 164

D

Diabetes mellitus 52, 53, 54, 55, 56, 58, 59, 70, 71

Doença de Raynaud 72

Doulas 81, 82, 83, 84, 85, 86

E

Educação e Saúde 197

Enfermagem 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 29, 30, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 41, 42, 43, 46, 51, 54, 55, 56, 58, 59, 72, 73, 74, 75, 80, 84, 86, 88, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 119, 120, 121, 123, 125, 126, 127, 128, 129, 131, 132, 133, 134, 135, 138, 140, 141, 142, 143, 144, 147, 148, 151, 154, 155, 157, 161, 162, 163, 176, 188, 197, 199, 200, 201, 202, 203, 204, 205, 206, 207, 208, 209, 210, 211, 212, 213, 214, 215, 216, 217, 218, 219, 220, 221, 222, 224, 225, 226, 228, 231, 232, 233, 234, 235, 236, 237, 238, 239

Enfermagem Obstétrica 43, 88, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 228

Equipe de Enfermagem 14, 15, 17, 18, 19, 21, 34, 42, 99, 100, 101, 102, 108, 111, 113, 120, 121, 123, 125, 143, 157, 161, 176, 205, 213, 235, 236, 237, 238

Estratégia de Saúde da Família 34, 60, 62, 126, 127, 218, 219

Estrutura Física 145, 147, 149, 150, 151, 211

F

Fatores de risco 52, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 62, 101, 111, 146, 185

Formação profissional 15, 65, 86, 95, 129, 142, 156, 202, 209, 211, 220

H

Hipertensão 36, 56, 60, 61, 63, 70, 71, 75, 115, 122, 148, 175, 200

Hipotermia Induzida 152

Hospital 12, 13, 14, 19, 21, 22, 43, 55, 59, 74, 75, 82, 83, 88, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 117, 126, 130, 132, 134, 139, 140, 141, 143, 152, 153, 154, 155, 164, 188, 190, 194, 207, 212, 213, 214, 222, 228, 239

Humanização 37, 81, 82, 86, 88, 90, 91, 92, 93, 94, 96, 97, 98, 123, 126, 129, 143, 146, 150, 196, 224, 232

Humanização da assistência 81, 82, 90, 94, 96, 129, 224

L

Leite materno 39

M

Manejo de sintomas 164

Mulher 2, 10, 24, 25, 26, 27, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 43, 51, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 88, 89, 90, 91, 92, 94, 95, 97, 122, 148, 198, 223, 225, 227, 228, 229, 230, 232

P

Parada Cardiopulmonar 152, 154

Parto Humanizado 81, 92, 98, 230

Pé diabético 52, 54, 55, 56, 57, 58, 59

Pesquisas em saúde 215

S

Saúde da Mulher 10, 30, 34, 81, 122, 148

Saúde do homem 114, 127

Saúde do trabalhador 100, 112

Segurança do Paciente 12, 17, 21, 22, 204, 205, 206, 207, 208, 209, 210, 211, 212, 213, 214

Síndrome de Sjögren 72, 73, 74, 77, 80

Sofrimento Moral 215, 216, 217, 218, 219, 220

T

Teoria do conforto 222, 224, 225, 231, 232

Trabalho 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 26, 34, 37, 47, 48, 57, 67, 69, 70, 73, 81, 83, 84, 85, 86, 88, 90, 91, 92, 94, 95, 96, 97, 99, 100, 101, 103, 106, 107, 109, 111, 112, 113, 116, 122, 123, 124, 128, 129, 131, 133, 134, 135, 136, 137, 139, 140, 141, 142, 144,

148, 150, 151, 182, 185, 197, 198, 199, 204, 208, 209, 210, 211, 216, 217, 218, 219, 220, 222, 223, 224, 225, 226, 227, 228, 229, 230, 231, 232, 234, 235, 236, 237, 238

Trabalho de parto 11, 81, 84, 85, 86, 88, 90, 91, 92, 94, 222, 223, 224, 225, 226, 227, 228, 229, 232

Transtornos Traumáticos Cumulativos 100

U

Úlcera varicosa 114

Urgência obstétrica 1, 2, 3, 4, 6, 7, 9

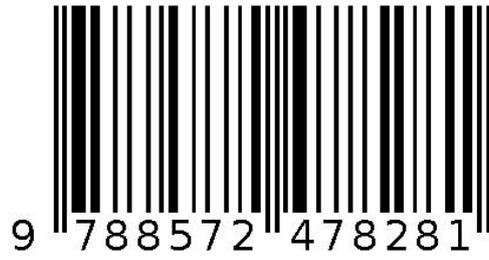
UTI 74, 108, 109, 111, 113, 152, 162, 166, 183, 195

V

Violência Doméstica 24, 25, 26, 27, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38

Voluntariado 84, 86, 129, 135, 136

Agência Brasileira do ISBN
ISBN 978-85-7247-828-1



9 788572 478281