



MARCUS FERNANDO DA SILVA PRAXEDES  
(ORGANIZADOR)

QUALIDADE  
DA PRÁTICA  
DE **ENFERMAGEM**  
NO PROCESSO  
**DE CUIDAR**

---

 **Atena**  
Editora  
Ano 2022



MARCUS FERNANDO DA SILVA PRAXEDES

(ORGANIZADOR)

QUALIDADE  
DA PRÁTICA  
DE **ENFERMAGEM**  
NO PROCESSO  
**DE CUIDAR**

---

**Atena**  
Editora  
Ano 2022

**Editora chefe**

Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

**Editora executiva**

Natalia Oliveira

**Assistente editorial**

Flávia Roberta Barão

**Bibliotecária**

Janaina Ramos

**Projeto gráfico**

Bruno Oliveira

Camila Alves de Cremo

Daphynny Pamplona

Gabriel Motomu Teshima

Luiza Alves Batista

Natália Sandrini de Azevedo

**Imagens da capa**

iStock

**Edição de arte**

Luiza Alves Batista

2022 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do texto © 2022 Os autores

Copyright da edição © 2022 Atena Editora

Direitos para esta edição cedidos à Atena Editora pelos autores.

Open access publication by Atena Editora



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição *Creative Commons*. Atribuição-Não-Comercial-NãoDerivativos 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0).

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

Todos os manuscritos foram previamente submetidos à avaliação cega pelos pares, membros do Conselho Editorial desta Editora, tendo sido aprovados para a publicação com base em critérios de neutralidade e imparcialidade acadêmica.

A Atena Editora é comprometida em garantir a integridade editorial em todas as etapas do processo de publicação, evitando plágio, dados ou resultados fraudulentos e impedindo que interesses financeiros comprometam os padrões éticos da publicação. Situações suspeitas de má conduta científica serão investigadas sob o mais alto padrão de rigor acadêmico e ético.

**Conselho Editorial****Ciências Biológicas e da Saúde**

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

Profª Drª Ana Beatriz Duarte Vieira – Universidade de Brasília

Profª Drª Ana Paula Peron – Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof. Dr. André Ribeiro da Silva – Universidade de Brasília

Profª Drª Anelise Levay Murari – Universidade Federal de Pelotas

Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás



Prof. Dr. Cirênio de Almeida Barbosa – Universidade Federal de Ouro Preto  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Daniela Reis Joaquim de Freitas – Universidade Federal do Piauí  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Débora Luana Ribeiro Pessoa – Universidade Federal do Maranhão  
Prof. Dr. Douglas Siqueira de Almeida Chaves – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro  
Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Elizabeth Cordeiro Fernandes – Faculdade Integrada Medicina  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Eleuza Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Eysler Gonçalves Maia Brasil – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira  
Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Fernanda Miguel de Andrade – Universidade Federal de Pernambuco  
Prof. Dr. Fernando Mendes – Instituto Politécnico de Coimbra – Escola Superior de Saúde de Coimbra  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Gabriela Vieira do Amaral – Universidade de Vassouras  
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria  
Prof. Dr. Helio Franklin Rodrigues de Almeida – Universidade Federal de Rondônia  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Iara Lúcia Tescarollo – Universidade São Francisco  
Prof. Dr. Igor Luiz Vieira de Lima Santos – Universidade Federal de Campina Grande  
Prof. Dr. Jefferson Thiago Souza – Universidade Estadual do Ceará  
Prof. Dr. Jesus Rodrigues Lemos – Universidade Federal do Piauí  
Prof. Dr. Jônatas de França Barros – Universidade Federal do Rio Grande do Norte  
Prof. Dr. José Aderval Aragão – Universidade Federal de Sergipe  
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Juliana Santana de Curcio – Universidade Federal de Goiás  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Lívia do Carmo Silva – Universidade Federal de Goiás  
Prof. Dr. Luís Paulo Souza e Souza – Universidade Federal do Amazonas  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande  
Prof. Dr. Marcus Fernando da Silva Praxedes – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Tatiane Gonçalves Sá – Universidade do Estado do Pará  
Prof. Dr. Maurilio Antonio Varavallo – Universidade Federal do Tocantins  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Natiéli Piovesan – Instituto Federaci do Rio Grande do Norte  
Prof. Dr. Paulo Inada – Universidade Estadual de Maringá  
Prof. Dr. Rafael Henrique Silva – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Regiane Luz Carvalho – Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Renata Mendes de Freitas – Universidade Federal de Juiz de Fora  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Sheyla Mara Silva de Oliveira – Universidade do Estado do Pará  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Suely Lopes de Azevedo – Universidade Federal Fluminense  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Vanessa da Fontoura Custódio Monteiro – Universidade do Vale do Sapucaí  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Welma Emídio da Silva – Universidade Federal Rural de Pernambuco



# Qualidade da prática de enfermagem no processo de cuidar

**Diagramação:** Camila Alves de Cremo  
**Correção:** Maiara Ferreira  
**Indexação:** Amanda Kelly da Costa Veiga  
**Revisão:** Os autores  
**Organizador:** Marcus Fernando da Silva Praxedes

## Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Q1 Qualidade da prática de enfermagem no processo de cuidar / Organizador Marcus Fernando da Silva Praxedes. - Ponta Grossa - PR: Atena, 2022.

Formato: PDF  
Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader  
Modo de acesso: World Wide Web  
Inclui bibliografia  
ISBN 978-65-258-0142-1  
DOI: <https://doi.org/10.22533/at.ed.421222004>

1. Enfermagem. 2. Saúde. I. Praxedes, Marcus Fernando da Silva (Organizador). II. Título.

CDD 610.73

Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos - CRB-8/9166

**Atena Editora**  
Ponta Grossa - Paraná - Brasil  
Telefone: +55 (42) 3323-5493  
[www.atenaeditora.com.br](http://www.atenaeditora.com.br)  
[contato@atenaeditora.com.br](mailto:contato@atenaeditora.com.br)



## DECLARAÇÃO DOS AUTORES

Os autores desta obra: 1. Atestam não possuir qualquer interesse comercial que constitua um conflito de interesses em relação ao artigo científico publicado; 2. Declaram que participaram ativamente da construção dos respectivos manuscritos, preferencialmente na: a) Concepção do estudo, e/ou aquisição de dados, e/ou análise e interpretação de dados; b) Elaboração do artigo ou revisão com vistas a tornar o material intelectualmente relevante; c) Aprovação final do manuscrito para submissão.; 3. Certificam que os artigos científicos publicados estão completamente isentos de dados e/ou resultados fraudulentos; 4. Confirmam a citação e a referência correta de todos os dados e de interpretações de dados de outras pesquisas; 5. Reconhecem terem informado todas as fontes de financiamento recebidas para a consecução da pesquisa; 6. Autorizam a edição da obra, que incluem os registros de ficha catalográfica, ISBN, DOI e demais indexadores, projeto visual e criação de capa, diagramação de miolo, assim como lançamento e divulgação da mesma conforme critérios da Atena Editora.



## DECLARAÇÃO DA EDITORA

A Atena Editora declara, para os devidos fins de direito, que: 1. A presente publicação constitui apenas transferência temporária dos direitos autorais, direito sobre a publicação, inclusive não constitui responsabilidade solidária na criação dos manuscritos publicados, nos termos previstos na Lei sobre direitos autorais (Lei 9610/98), no art. 184 do Código Penal e no art. 927 do Código Civil; 2. Autoriza e incentiva os autores a assinarem contratos com repositórios institucionais, com fins exclusivos de divulgação da obra, desde que com o devido reconhecimento de autoria e edição e sem qualquer finalidade comercial; 3. Todos os e-book são *open access*, *desta forma* não os comercializa em seu site, sites parceiros, plataformas de *e-commerce*, ou qualquer outro meio virtual ou físico, portanto, está isenta de repasses de direitos autorais aos autores; 4. Todos os membros do conselho editorial são doutores e vinculados a instituições de ensino superior públicas, conforme recomendação da CAPES para obtenção do Qualis livro; 5. Não cede, comercializa ou autoriza a utilização dos nomes e e-mails dos autores, bem como nenhum outro dado dos mesmos, para qualquer finalidade que não o escopo da divulgação desta obra.



## APRESENTAÇÃO

Temos o prazer de apresentar a coleção “Qualidade da prática de enfermagem no processo de cuidar”. Questões relacionadas à melhoria da qualidade do cuidado em saúde estão destacadas nessa obra. A coleção divide-se em dois volumes, em que o objetivo central foi apresentar de forma categorizada e clara estudos desenvolvidos em diversas instituições de ensino e pesquisa nacionais e internacionais.

O primeiro volume traz estudos relacionados à contextualização das práticas de enfermagem e a importância da atualização dos componentes curriculares e de um processo de formação continuada que atenda à constante inovação no campo da saúde. Destaque-se também as metodologias ativas e estratégias de enfrentamento a questões relacionadas à saúde mental e a doenças reemergentes, bem como ao aprimoramento da atuação da enfermagem.

O segundo volume reúne variados estudos que abordam temáticas atuais e sensíveis a uma melhor atuação da enfermagem. Dentre algumas discussões, tem-se o atendimento de emergência ao recém-nascido, oncologia pediátrica, humanização do cuidado e questões relacionadas à mortalidade infantil. Há destaque também para o atendimento em saúde durante o período de pandemia e questões sobre o processo gerencial e de trabalho da equipe de enfermagem; síndrome de Burnout; uso de substâncias psicoativas entre profissionais de enfermagem. Por fim, alguns trabalhos discutem a questão da sexualidade e violência entre parceiros íntimos.

Ressaltamos a relevância da divulgação científica dos trabalhos apresentados, para que os mesmos possam servir de base para a prática segura dos profissionais de saúde. Nesse sentido, a Atena Editora se destaca por possuir a estrutura capaz de oferecer uma plataforma consolidada e confiável para estes pesquisadores exporem e divulguem seus resultados.

Marcus Fernando da Silva Praxedes



## SUMÁRIO

### **CAPÍTULO 1..... 1**

**METODOLOGIAS ATIVAS NO ENSINO DE ÉTICA NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO IDOSO**

Vanda Cristina dos Santos Passos

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.4212220041>


### **CAPÍTULO 2..... 9**

**CONTEXTUALIZAÇÃO DAS PRÁTICAS DE ENFERMAGEM DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE: UMA ANÁLISE DAS CONDIÇÕES NAS COMUNIDADES RIBEIRINHAS DA AMAZÔNIA**

Deyrmysson da Silva Santos

Lunna Lima Carvalho

Daniele Alves Damaceno Gondim

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.4212220042>

### **CAPÍTULO 3..... 27**


**COMPONENTES CURRÍCULARES PARA A FORMAÇÃO EM SAÚDE MENTAL NA GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM EM ALAGOAS**

John Victor dos Santos Silva

Thalita Lins Soares Silveira

Alice Correia Barros

Thyara Maia Brandão

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.4212220043>

### **CAPÍTULO 4..... 36**

**ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA - EDUCAÇÃO CONTINUADA E PERMANENTE DIRECIONADA PARA OS TRANSTORNOS RELACIONADOS AO ABUSO DE SUBSTÂNCIAS: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

Rosimeire Faria do Carmo

Allan Bruno de Souza Marques

Cássio Talis dos Santos

Lustarllone Bento de Oliveira

Eloísa Helena Rocha Lima

Lidiane Ferreira da Silva

Grazieli Aparecida Huppes

Zenobia Soares Machado


Alexandre Antônio Diogo

Abia Matos de Lima

Camila Feitosa Oliveira

Liviny Costa Machado

Bruno Santos de Assis

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.4212220044>

### **CAPÍTULO 5..... 49**


**COMPETÊNCIA EMOCIONAL DO ENFERMEIRO E A COMUNICAÇÃO TERAPÊUTICA FACE À PESSOA COM MANIFESTAÇÕES DE PERTURBAÇÃO MENTAL: ESTUDO NUM**

## HOSPITAL GERAL PORTUGUÊS

Dorine Gomes Moreira

Carlos Laranjeira

Luís Machado Gomes

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.4212220045>

### **CAPÍTULO 6..... 62**

#### **ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL: ENSINO MEDIADO POR TÉCNICAS DE SIMULAÇÃO E DRAMATIZAÇÃO PARA DESENVOLVIMENTO DE HABILIDADES E COMPETÊNCIAS**

Dayane de Aguiar Cicolella

Márcia Dornelles Machado Mariot

Fátima Helena Cecchetto

Yasna Patrícia Aguilera Godoy

Lúcia Fabiane da Silva Luz

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.4212220046>

### **CAPÍTULO 7..... 71**

#### **O BRINQUEDO TERAPÊUTICO COMO ALIADO NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM**

Camila Stein

Tatiana da Silva Melo Malaquias

Marília Daniella Machado Araújo Cavalcante

Daniela Viganó Zanoti-Jeronymo

Kátia Pereira de Borba

Alessandra Cristina de Paula Faria Zampier

Laila Ruiz Ketly Tiradentes Ruiz

Fabiana Melo da Silva

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.4212220047>

### **CAPÍTULO 8..... 85**

#### **AÇÕES PREVENTIVAS DESENVOLVIDAS PELOS ENFERMEIROS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: DESAFIOS PARA A PRÁTICA DA PREVENÇÃO QUATERNÁRIA**


Andriele Fernanda Becker

Clarissa Bohrer da Silva

Carine Vendruscolo

Letícia de Lima Trindade

Karina Schopf

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.4212220048>

### **CAPÍTULO 9..... 99**

#### **AS METODOLOGIAS ATIVAS NO ENSINO TÉCNICO EM ENFERMAGEM: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA**

Rodolfo de Oliveira Medeiros


Luiz Fernando Fregatto

Patrícia Aparecida Aires Rodrigues

Rogério Padovan Gonçalves

Karen Daniele Rocha dos Santos


Camila Marcondes de Oliveira  
Elaine Cristina Mulato Gonçalves

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.4212220049>

**CAPÍTULO 10..... 112**

**A UTILIZAÇÃO DO ARCO DE MAGUERZ COMO ESTRATÉGIA DE ENSINO NA FORMAÇÃO DE ENFERMEIROS**


Jessica da Silva Oliveira  
Karina Angélica Alvarenga Ribeiro  
Maura Cristiane e Silva Figueira

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.42122200410>

**CAPÍTULO 11..... 117**

**ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO DA ENFERMAGEM NO CONTEXTO DO RESSURGIMENTO DO SARAMPO NO BRASIL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA**

Victor Hugo Nunes Correia  
Geórgia Maria Ricardo Félix dos Santos  
Jéssica Andréia Pereira Barbosa  
Bernardo do Rego Belmonte  
Marllon Alex Nascimento Santana  
Tatiane Bezerra de Oliveira  
Amanda Maria dos Santos Ferreira  
Marize Conceição Ventin Lima

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.42122200411>

**CAPÍTULO 12..... 129**

**CONTRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO NO ESPORTE PROFISSIONAL**

Lívia Mariah Soares  
Verônica Vieira da Silva Storch  
Karen Roberta Steagall Bigatto

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.42122200412>

**CAPÍTULO 13..... 143**

**A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA PRÁTICA DE AURICULOTERAPIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Denise de Oliveira Vedotto  
Aline dos Santos Duarte  
Bibiana Fernandes Trevisan  
Mari Ângela Victoria Lourenci Alves  
Michelle Batista Ferreira  
Rodrigo D Ávila Lauer  
Tábata de Cavata Souza

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.42122200413>


**CAPÍTULO 14..... 152**

**CUIDADOS DE ENFERMAGEM FRENTE ÀS REAÇÕES TRANSFUSIONAIS EM**

## PACIENTES ADULTOS HOSPITALIZADOS

Cristiane Marolli

Grasiele Fatima Busnello

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.42122200414>

## **CAPÍTULO 15..... 166**

### NEUROTOXOPLASMOSE E NEUROSSÍFILIS EM PACIENTE COM HIV: DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM COMO FERRAMENTA DE TRABALHO

Eliza Paixão da Silva

Alessandra de Cássia Lobato Dias

Ana Clara Lima Moreira

Ariane Salim do Nascimento

Evelyn Rafaela de Almeida dos Santos

Geovana Brito Nascimento

Ianka Carolline Saldanha da Silva


Leilane Almeida de Moraes

Nicole Pinheiro Lobato

Pedro Israel Mota Pinto

Tatyellen Natasha da Costa Oliveira

Vitória Moraes de Sousa

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.42122200415>

## **CAPÍTULO 16..... 176**

### CONSTRUÇÃO DE UM PROGRAMA DE INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM PARA A AUTOGESTÃO DO REGIME DIETÉTICO DA PESSOA SUBMETIDA A CIRURGIA POR CANCRO GÁSTRICO

Noélia Cristina Rodrigues Pimenta Gomes

Célia Samarina Vilaça de Brito Santos

Maria Merícia Gouveia Rodrigues Bettencourt de Jesus

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.42122200416>

## **CAPÍTULO 17..... 192**


### BENEFÍCIOS DO LASER DE BAIXA INTENSIDADE APÓS MAMOPLASTIA REDUTORA: ESTUDO DE CASO

Stephanie Oliveira de Araujo

Pedro Lavigne de Castello Branco Moreira

Samara Gomes Banhos

Italla Maria Pinheiro Bezerra

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.42122200417>

## **CAPÍTULO 18..... 201**



### PERFIL DOS PACIENTES COM SÍNDROME DE FOURNIER

Ursulla Vilella Andrade

Cintia Moraes Colombo

Denize Pereira Silva

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.42122200418>

<b>CAPÍTULO 19.....</b>	<b>212</b>
<b>SOBREVIDA DE PACIENTES COM CÂNCER PANCREÁTICO METÁSTATICO SUBMETIDOS A DRENAGEM BILIAR</b>	
Michele Garcia de Caroli Massoco Debora Montezello	
 <a href="https://doi.org/10.22533/at.ed.42122200419">https://doi.org/10.22533/at.ed.42122200419</a>	
<b>CAPÍTULO 20.....</b>	<b>222</b>
<b>PERCEPÇÕES DO HOMEM FRENTE AO CÂNCER DE PRÓSTATA</b>	
Loruane Crisiely Lenartovicz Tatiana da Silva Melo Malaquias Marilia Daniella Machado Araújo Cavalcante Daniela Viganó Zanoti-Jeronymo Kátia Pereira de Borba Luana Carina Lenartovicz Alessandra Cristina de Paula Faria Zampier Laila Ruiz Ketly Tiradentes Ruiz Fabiana Melo da Silva	
 <a href="https://doi.org/10.22533/at.ed.42122200420">https://doi.org/10.22533/at.ed.42122200420</a>	
<b>SOBRE O ORGANIZADOR .....</b>	<b>238</b>
<b>ÍNDICE REMISSIVO.....</b>	<b>239</b>

## CONSTRUÇÃO DE UM PROGRAMA DE INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM PARA A AUTOGESTÃO DO RÉGIME DIETÉTICO DA PESSOA SUBMETIDA A CIRURGIA POR CANCRO GÁSTRICO

Data de aceite: 01/04/2022

### Noélia Cristina Rodrigues Pimenta Gomes

Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny  
Funchal, Portugal  
ORCID: 0000-0003-0878-9731

### Célia Samarina Vilaça de Brito Santos

Escola Superior de Enfermagem do Porto  
Porto, Portugal  
ORCID: 0000-0001-9198-2668

### Maria Merícia Gouveia Rodrigues Bettencourt de Jesus

Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny  
Funchal, Portugal  
ORCID: 0000-0001-6334-1898

**RESUMO:** **Introdução:** O cancro gástrico assume, em termos de incidência mundial, a quinta posição, constituindo em Portugal, a terceira causa de morte. A cirurgia constitui o tratamento de eleição, sendo o único tratamento potencialmente curativo. A mais habitual é a gastrectomia, sendo que, pela importância das funções mecânicas e químicas do estômago, são esperadas alterações nutricionais, tornando-se crucial que os doentes sejam capazes de autogerir o seu regime dietético. **Objetivo:** Desenvolver um programa de intervenção de enfermagem promotor da autogestão do regime dietético da pessoa submetida a cirurgia por cancro gástrico. **Metodologia:** Esta investigação, após uma fase preliminar na qual foram

efetuadas uma revisão sistemática e uma revisão integrativa da literatura, foi constituída por quatro fases. Na fase I, reuniu-se o consenso sobre as intervenções de enfermagem que emergiram das revisões, através da técnica de *Delphi*. Na fase II, adequou-se a linguagem atribuída às intervenções à nomenclatura da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), recorrendo à técnica do *focus group*. Já na fase III, organizou-se o programa de intervenção, segundo a metodologia do processo de enfermagem e na fase IV, efetuou-se um pré-teste. **Resultados:** As revisões de literatura permitiram elencar 53 intervenções. Estas, após obtido o consenso, deram origem a 56 intervenções, que foram adequadas à linguagem da CIPE. O programa resultante, Pro-ARD, contempla a avaliação inicial/diagnóstica e juízo diagnóstico (parte I); a intervenção (parte II); a avaliação final/diagnóstica e juízo diagnóstico (parte III), sendo alicerçado no diagnóstico “Potencialidade para a autogestão do regime dietético”. **Conclusões:** Através das diferentes fases que constituíram esta investigação, foi possível alcançar o objetivo deste estudo, contribuindo para a otimização da intervenção de enfermagem na promoção da autogestão do regime dietético da pessoa submetida a cirurgia por cancro gástrico e, dotando a disciplina de enfermagem de uma ferramenta potencialmente promotora desta mesma autogestão.

**PALAVRAS-CHAVE:** Programa de intervenção; enfermagem, autogestão, regime dietético, cancro gástrico, cirurgia.

## CONSTRUCTION OF A NURSING INTERVENTION PROGRAM FOR SELF-MANAGEMENT OF THE DIETARY REGIME OF THE PERSON UNDERGOING SURGERY FOR GASTRIC CANCER

**ABSTRACT: Introduction:** Gastric cancer occupies the fifth position in terms of worldwide incidence, being the third leading death cause in Portugal. Surgery is the most chosen treatment, being the only potentially curative treatment. Gastrectomy is the most common one, due to the importance of the stomach mechanical functions and properties, nutritional changes are expected, making it crucial that patients can be able to self-manage their diet.

**Main goal:** To develop a nursing intervention program that promotes self-management of the dietary regime of the person undergoing surgery for gastric cancer. **Methodology:** This investigation, after a preliminary phase in which a systematic review and an integrative literature review were carried out, consisted of four phases. In the first phase, consensus was reached on the nursing interventions that emerged from the reviews carried out, using the *delphi* technique. In the second phase, the language attributed to nursing interventions was adapted to the International Classification for Nursing Practice (ICNP/CIPE) nomenclature, using the focus group technique. In the third phase, the nursing intervention program was organized according to the nursing program methodology and in the fourth phase, a pre-test was carried out. **Results:** Literature reviews made it possible to list 53 interventions. These, after reaching consensus, gave rise to 56 interventions, which were adapted to the language of ICNP/CIPE. The resulting program, Pro-ARD, includes initial assessment/diagnostic and diagnostic judgment (part I); the intervention (part II); the final evaluation/diagnosis and diagnostic judgment (part III), based on the diagnosis “Potentiality for self-management of the dietary regimen”. **Conclusions:** Through the different phases that constituted this investigation, it was possible to achieve the objective of this study, contributing to the optimization of the nursing intervention in promoting self-management of the dietary regimen of the person undergoing surgery for gastric cancer and, providing the nursing discipline with a tool that potentially promotes this same self-management.

**KEYWORDS:** Intervention program; nursing, self-management, dietary regimen, gastric cancer, surgery.

### INTRODUÇÃO

Atualmente, existe uma série de novos desafios na área da saúde, tais como o envelhecimento da população, o aumento da esperança de vida, novas epidemias, o aumento da incidência das doenças crónicas, onde se enquadram as situações de doença oncológica, exigindo aos profissionais respostas “sólidas” e complexas (World Health Organization [WHO], 2020).

A doença oncológica tem uma prevalência elevada em todo o mundo. Em 2018, o número de novos casos de cancro, em todo o mundo, nos dois sexos, foi de 18 078 957, num total de 7 632 819 272 habitantes. Tendo por base estes dados, as previsões para 2040 apontam para uma incidência de 29,5 milhões de novos casos de cancro em todo o mundo (International Agency for Research on Cancer [IARC] 2018a; WHO, 2020). Em Portugal, à semelhança do que acontece no mundo, o cancro do estômago ocupa a quinta

posição em termos de incidência (5%) e, no que diz respeito à mortalidade, encontra-se na terceira posição (7,9%), sendo a incidência mais elevada no sexo masculino (5,3%) do que no sexo feminino (4,5%), tendo, em 2018, surgido 2 885 novos casos de cancro gástrico e se verificado 2 275 óbitos (IARC, 2018b).

O risco de cancro é modulado por interações complexas entre fatores genéticos, metabólicos e ambientais ao longo da vida. A dieta, os desequilíbrios metabólicos/desequilíbrios hormonais, os estilos de vida, a exposição profissional e a infeção por *helicobacter pylori* são considerados importantes contribuintes para o aumento das taxas de incidência de cancro em todo o mundo (Hinkle *et al.*, 2018; Sands, 2010; Song *et al.*, 2015). Apesar da origem do cancro gástrico ser considerada multifatorial, a dieta à base de carne, carboidratos e sal são fatores de riscos para o desenvolvimento da doença. Em relação ao sal, embora quantidades suficientes de sal sejam necessárias, o consumo excessivo pode atuar como um estimulante da mucosa gástrica, levando à gastrite atrófica, aumento da síntese de ácido desoxirribonucleico (DNA) e proliferação celular, proporcionando assim a base para a incidência de cancro gástrico. Como fatores protetores da doença encontram-se documentados as frutas, as verduras, o caroteno e a vitamina C (American Cancer Society, 2017; Hernández-Ramírez & López-Carrillo, 2014; Lever-Rosas *et al.*, 2014; Smyth *et al.*, 2020; Song *et al.*, 2015; Yusefi *et al.*, 2018).

A cirurgia é o tratamento de eleição no cancro gástrico ressecável, dizendo respeito à remoção do estômago - gastrectomia - total ou parcial, sendo este considerado o único tratamento potencialmente curativo da doença (Castro *et al.*, 2017; Du *et al.*, 2011; Hinkle *et al.*, 2018; Laporte *et al.*, 2014; Lever-Rosas *et al.*, 2014; Mello *et al.*, 2010; Park & Park, 2010; Pfeifer, 2000; Robalo, 2005; Sands, 2010; Smyth *et al.*, 2020; Zali *et al.*, 2011). Vários são os autores que afirmaram que, pela importância das funções mecânica e química do estômago no trato digestivo, são esperadas consequências nutricionais após a cirurgia ao cancro gástrico, não esquecendo que, na maioria das vezes, as pessoas já se encontravam em condições nutricionais comprometidas pela doença antes da própria cirurgia (Castro *et al.*, 2017; Eng *et al.*, 2018; Hinkle *et al.*, 2018; Papini-berio & Burini 2001; Sands, 2010). Sendo assim, é mandatório dar atenção a esta componente, o que nem sempre é acurado, ou realizado integralmente, permitindo a instalação ou agravamento da desnutrição iatrogénica nestes doentes (Eng *et al.*, 2018; Hinkle *et al.*, 2018; Lim *et al.*, 2020; Papini-berio & Burini, 2001; Robalo 2005; Sands, 2010).

Neste sentido, é função e responsabilidade do enfermeiro ajudar a pessoa a se adaptar à nova situação, sendo a habituação à alteração dos hábitos alimentares a mais marcante. A intervenção deve ser, também, dirigida para a motivação da pessoa no desenvolvimento de competências que promovam a sua autonomia, a capacidade de tomada de decisão, a capacidade de autogestão e, conseqüentemente, a adaptação aos novos hábitos de vida.

Assim, atendendo à experiência profissional, constato que os doentes, submetidos a



cirurgia por cancro gástrico, apresentam algumas dificuldades em adaptar-se às alterações impostas pela intervenção cirúrgica, nomeadamente no que se refere aos hábitos alimentares. E, porque se desconhece qualquer programa de intervenção de enfermagem promotor da autogestão, quer da doença, quer das suas alterações fisiológicas, nomeadamente digestivas (alimentares), quer dos sintomas, dirigido à pessoa com cancro gástrico submetido a tratamento cirúrgico em Portugal e, mais concretamente na Madeira, decidiu-se investigar nesta área.

A presente investigação teve como objetivo geral desenvolver um programa de intervenção de enfermagem promotor da autogestão do regime dietético, com a finalidade de dotar a disciplina de enfermagem de uma ferramenta que seja promotora da autogestão do regime dietético, contribuindo para a otimização da assistência em enfermagem, através da minimização das complicações, melhor recuperação pós-operatória e qualidade de vida da pessoa com cancro gástrico submetida a intervenção cirúrgica. Esta investigação, decorre da investigação desenvolvida no âmbito do Doutoramento em Enfermagem do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar - Porto (ICBAS).

## METODOLOGIA

Este programa emerge das revisões de literatura realizadas, dos resultados obtidos através dos peritos no domínio dos cuidados de enfermagem ao doente com cancro gástrico submetido a cirurgia, com recurso à técnica *Delphi* e dos resultados que advieram da participação dos peritos na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, através do *focus group*. Numa fase preliminar, conheceu-se o estado da arte da temática em apreço, através de uma RSL, que permitiu identificar os estudos que elencavam as intervenções de enfermagem eficazes na recuperação pós-operatória, e a realização de uma RIL, que permitiu elencar as intervenções de enfermagem, com base na evidência científica, promotoras do processo de autogestão da alimentação/sintomas digestivos, na pessoa submetida a cirurgia por cancro gástrico.

Após esta fase preliminar, na primeira fase metodológica deste estudo, tendo por base a revisão da literatura, recorreu-se a técnica de *Delphi* com o objetivo de obter consenso sobre as intervenções de enfermagem a contemplar no programa de intervenção de enfermagem, sendo que o consenso dos peritos foi obtido após três rondas.

Numa segunda fase, no sentido de promover uma discussão presencial, para validação da nomenclatura atribuída, pelo investigador, a cada intervenção de enfermagem, utilizando como referencial/guia orientador o catálogo da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), utilizou-se a técnica do *Focus Group*. Tendo por base os resultados obtidos na fase I e II, organizou-se o programa de intervenção para a autogestão do regime dietético adequado ao tipo de população definida como população-alvo: doentes com cancro gástrico com indicação para tratamento cirúrgico.

Atendendo a que a CIPE permite a utilização de uma terminologia que representa o que os enfermeiros apreciam, diagnosticam, assim como as ações que empreendem para ajudar na resolução dos problemas de saúde das pessoas e a avaliação dos resultados sensíveis à sua intervenção (Barra & Sasso, 2012; Figueira *et al.*, 2018; OE, 2016), pensamento este que se encontra subjacente à metodologia do processo de enfermagem, utilizámos esta metodologia na organização do programa de intervenção.

O processo de enfermagem é considerado uma ferramenta metodológica sólida, baseada numa estrutura teórica e científica, para planear, organizar e sistematizar os cuidados, permitindo aos enfermeiros, a organização do trabalho, a autonomia para a tomada de decisões e, sobretudo, a qualidade na assistência focada no cuidado integral e individual (Benedet *et al.*, 2016; Costa & Silva, 2018). Neste sentido, a metodologia do processo de enfermagem, utilizada na conceção do programa de intervenção, teve por objetivo garantir um cuidar individualizado organizando e prestando os cuidados de enfermagem que o doente necessita e em que a pessoa é o centro de todo o processo (Potter & Perry, 2006; Potter *et al.*, 2017).

A metodologia do processo de enfermagem contempla cinco etapas, todas elas inter-relacionadas e dinâmicas: avaliação inicial; diagnóstico; planeamento; implementação; e avaliação final. Na fase da avaliação inicial, que deve ser realizada na admissão do doente, é incluída a reunião dos dados objetivos e subjetivos que constituem uma base de dados sobre as necessidades do doente, seus problemas de saúde, estilos de vida, entre outros, os quais permitem a identificação dos diagnósticos de enfermagem, a elaboração de objetivos adequados e a identificação das intervenções de enfermagem. (Potter & Perry, 2006; Potter *et al.*, 2017).

Assim, a organização do programa de intervenção teve como referência os pressupostos anteriores. Contudo, no que se refere à etapa do diagnóstico que, segundo a metodologia do processo de enfermagem, resulta da primeira etapa, uma vez que o programa foi alicerçado no diagnóstico de enfermagem, **“Potencialidade para a autogestão do regime dietético”**, contemplou-se a validação do mesmo.

A fase do planeamento corresponde à programação das intervenções de enfermagem para atingir os objetivos, exigindo do enfermeiro um processo de tomada de decisão, em que deve utilizar o raciocínio crítico para optar pelas intervenções de enfermagem que garantam a consecução dos objetivos. Neste sentido, apesar deste programa integrar todas as intervenções de enfermagem que emergiram das fases precedentes, este possibilita que o enfermeiro adequasse as mesmas às necessidades e à situação concreta de cada doente.

A fase seguinte do processo de enfermagem, corresponde à implementação das intervenções, o que implica uma prestação direta de cuidados, ensino e orientação ao doente e família, e identificação das necessidades de encaminhamento, sendo exigido que o enfermeiro possua competências cognitivas, interpessoais e psicomotoras. A última etapa do processo de enfermagem refere-se à avaliação, uma vez que, sempre que se prestam

cuidados de enfermagem, deve-se realizar uma avaliação dos cuidados prestados, sendo que a fase da avaliação “mede” a resposta do doente às intervenções de enfermagem no sentido de se perceber se os objetivos foram atingidos, ou seja, avaliamos os efeitos sensíveis à intervenção do enfermeiro. Após esta avaliação, é ainda importante que se verifiquem os diagnósticos, previamente identificados, no sentido de validar se os mesmos refletem a situação atual do doente pois, quando a situação do doente muda, também os diagnósticos sofrem alterações (Potter & Perry, 2006; Potter *et al.*, 2017).

Assim, no presente programa, além de se avaliar os resultados sensíveis à intervenção do enfermeiro, também se contemplou a identificação do diagnóstico de enfermagem, que será efetuado tendo como foco principal de enfermagem – **autogestão do regime dietético**, ajuizado com os seguintes termos: potencialidade, comprometido, efetivo, melhorado.

Em resultado da fundamentação apresentada anteriormente, o programa de intervenção foi estruturado em 3 partes fundamentais: parte I, que corresponde à avaliação inicial/diagnóstica e juízo diagnóstico; parte II, que corresponde ao período da intervenção; e, a parte III, que corresponde à avaliação final/diagnóstica e juízo diagnóstico (Quadro nº1).

Partes constituintes do Programa de Intervenção	Operacionalização do Programa de Intervenção
<b>Parte I</b>	Corresponde à avaliação inicial/diagnóstica e juízo diagnóstico que contempla: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Recolha sistemática de dados: <ul style="list-style-type: none"> <li>-Caracterização sociodemográfica/Reunião dos dados objetivos e subjetivos (Pessoa com cancro gástrico submetida a cirurgia);</li> </ul> </li> <li>• Raciocínio diagnóstico (análise e interpretação das evidências antes da intervenção);</li> </ul>
<b>Parte II</b>	Corresponde ao período da intervenção e integra: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prestação de cuidados;</li> <li>• Educação para a saúde (verbal e escrita);</li> </ul>
<b>Parte III</b>	Corresponde à avaliação final (reavaliação)/diagnóstica e juízo diagnóstico que contempla: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Recolha sistemática de dados <ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliação dos efeitos sensíveis à intervenção do enfermeiro (Evidências);</li> </ul> </li> <li>• Raciocínio diagnóstico (análise e interpretação das evidências após a intervenção);</li> </ul>

Quadro nº1 – Estrutura/organização global do programa de Intervenção.

Para o desenvolvimento de estudos de intervenção, o foco principal deverá ser o rigor do desenvolvimento, conceção da própria intervenção, sendo que a adoção de uma abordagem sistemática é defendida, juntamente com um processo de desenvolvimento gradual da intervenção (Aranda, 2008).

Segundo esta autora, alguns dos elementos que devem ser considerados no desenho de estudos de intervenção são: definição do problema; fundamentos conceituais; o resultado desejado (sensíveis à intervenção do enfermeiro); instrumentos de medida; definição da população-alvo; conteúdo da intervenção (baseado em evidência científica); métodos de aplicação; e dose, incluindo quantidade (tempo previsto para a implementação da intervenção); frequência (número de sessões); duração (período de tempo) e intensidade da intervenção (combinação dos três elementos anteriores). A autora enfatiza que estes elementos podem não ser aplicáveis a todos os estudos, todavia, oferece um quadro reflexivo para orientar todo o processo (Aranda, 2008).

Neste sentido, na operacionalização do programa de intervenção, definiu-se, para cada uma das três partes que o constituem, os objetivos (indicam aonde se quer chegar, contribuindo para a existência de uma coerência entre os vários elementos que constituem o programa), os métodos (indicam o caminho a seguir para a concretização dos objetivos), as estratégias/ações (considera-se pertinente a sua introdução no sentido de enfatizar os comportamentos que os enfermeiros devem realizar para a concretização dos objetivos), as intervenções de enfermagem a serem implementadas em cada uma das partes que compõem o programa, assim como a dose da intervenção, nomeadamente a duração, a frequência e quantidade. Salienta-se que, embora se considerasse a dose estabelecida, a mesma poderá diferir de doente para doente, atendendo ao juízo clínico efetuado pelo enfermeiro responsável.

## RESULTADOS/DISCUSSÃO

Na fase preliminar desta investigação realizou-se uma revisão sistemática da literatura, a qual possibilitou a identificação das intervenções de enfermagem eficazes na recuperação pós-operatória das pessoas com cancro gástrico submetidas a tratamento cirúrgico e delimitar o foco do estudo. Assim como se realizou uma revisão integrativa da literatura que permitiu elencar 53 intervenções de enfermagem indicadas para apoiar o processo de autogestão do regime dietético da população-alvo, considerando-se estas revisões como métodos que permitem alicerçar a prática baseada na evidência científica (Sousa *et al.*, 2018).

Não obstante a relevância da informação evidenciada, considerou-se ainda pertinente realizar um estudo de consensos com peritos na área em estudo, com recurso à técnica de *Delphi*. É de salientar que o consenso foi obtido após três rondas, o que está de acordo com alguns autores que afirmam que, de forma geral, num estudo com esta técnica, são utilizadas duas a três rondas de opiniões de forma a obter o consenso pretendido (Chalmers & Armour, 2019; Polit & Beck, 2017; Scarparo *et al.*, 2012; Wright & Giovino, 2000).

Após, o consenso sobre as intervenções de enfermagem que devem integrar o

programa que se propõe desenvolver ter sido alcançado, continuou-se a caminhada metodológica, com a realização de um *focus group*, com o objetivo de adequar a linguagem atribuída às intervenções de enfermagem à nomenclatura CIPE, permitindo a sua melhor utilização nos contextos da prática clínica de enfermagem, nomeadamente no que se refere ao recurso às aplicações informáticas e linguagem classificada em uso na grande maioria das instituições de saúde. A linguagem classificada (CIPE) apresenta todos os componentes que constituem a prática dos enfermeiros. Integra, organiza, permite a continuidade dos cuidados, promove o desenvolvimento do raciocínio lógico no processo de cuidar e permite ainda comparar as atividades em contextos distintos e geograficamente dispersos (Barra & Sasso, 2012, Figueira *et al.*, 2018), permitindo ainda partilhar informações sobre a prestação de cuidados e ganhos em saúde (OE, 2016).

A proposta de enunciados das intervenções de enfermagem, apresentada pelo investigador, foi colocada a debate, verificando-se a necessidade de ajustar alguns termos de ação ao conteúdo que lhe estava inerente, de modo a tornar a linguagem mais significativa e adequada aos enunciados CIPE, sem desvirtuar a essência das intervenções originais, obtidas através da revisão integrativa da literatura e consensualizadas pelos peritos. Também se individualizou as intervenções para o doente e membro da família/prestador de cuidados, visto se tratar de dois tipos de cliente. Uma vez que, algumas intervenções, apresentam mais do que um foco de atenção numa mesma ação, houve a necessidade de definir o foco principal, de forma que não fosse gerador de dúvidas. Contudo, segundo a OE (2016), a construção de intervenções de enfermagem, com a utilização do modelo de sete eixos da CIPE, apresenta algumas recomendações para a criação de enunciados de intervenções de Enfermagem. Devem ter um termo do eixo da Ação, incluir pelo menos um termo Alvo, que pode ser um termo de qualquer eixo exceto do Eixo do Juízo e, ainda, pode incluir termos adicionais, conforme necessário, do eixo da Ação ou de qualquer outro eixo. Isto significa que, no que se refere à validação das regras dos enunciados de enfermagem propostos, os peritos consideraram que os mesmos estavam conforme as recomendações.

A CIPE, é uma terminologia que representa o que os enfermeiros observam, diagnosticam, as ações que empreendem para resolver os problemas de saúde das pessoas avaliando os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem (Barra & Sasso, 2012, OE, 2016, Figueira *et al.*, 2018). Este pensamento, também se encontra subjacente à metodologia do processo de enfermagem, sendo considerada uma ferramenta metodológica sólida, baseada numa estrutura teórica e científica, para planear, organizar e sistematizar os cuidados, permitindo a autonomia na decisão, organização do trabalho e, sobretudo, a qualidade dos cuidados focado no cuidado integral e individual (Benedet *et al.*, 2016; Costa & Silva, 2018). Assim, decidiu-se estruturar/organizar o programa de intervenção seguindo a metodologia do processo de enfermagem.

Após a organização do programa de intervenção, tendo por base os pressupostos apresentados anteriormente, realizou-se um pré-teste ao mesmo, com o objetivo de

evidenciar a perspectiva das pessoas com cancro gástrico submetidas a cirurgia, em relação ao programa de intervenção de enfermagem para a autogestão do regime dietético, em termos de “exequibilidade”, “compreensão do conteúdo” e “estrutura e organização”. De forma global, as expressões dos doentes, indicaram que o programa é exequível, que entenderam o significado das explicações e orientações fornecidas pelo/a enfermeiro/a, considerando-as claras, exatas, não capazes de suscitar dúvidas ou especulações e que a sequência, assim como o momento (período) em que estas foram fornecidas, foi o adequado.

Apesar, do pré-teste não ter como objetivo avaliar a eficácia do programa, através do *corpus* recolhido e das informações recolhidas junto dos enfermeiros, inferiu-se que o mesmo tem aplicabilidade e parece que trará resultados positivos. Apresenta-se, de seguida, o programa de intervenção através de um esquema explicativo (figura 1).

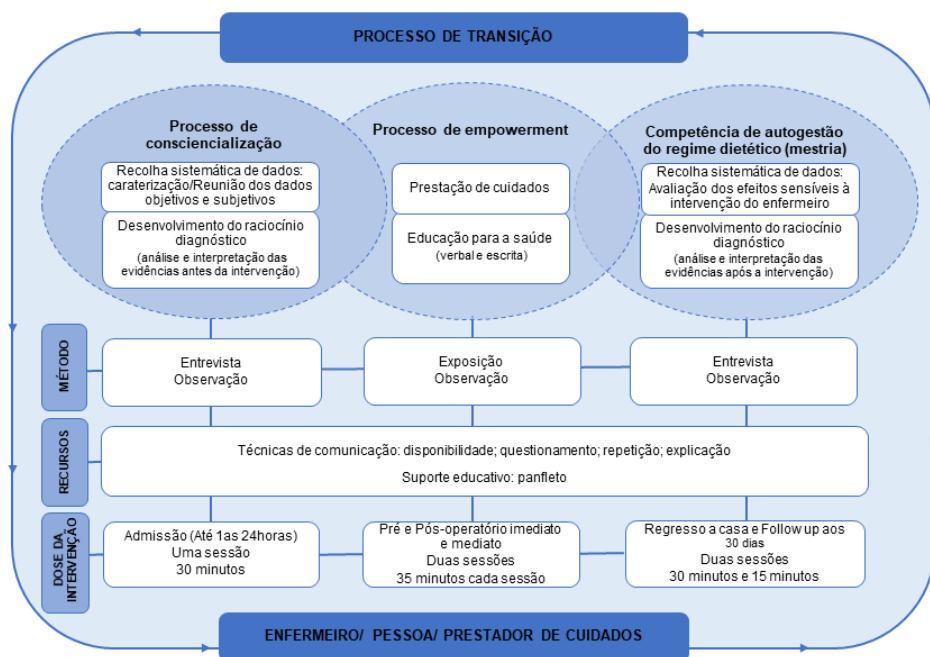


Figura 1- Esquema explicativo do Programa de intervenção para a autogestão do Regime dietético (Pro-ARD).

Tendo como referencial a teoria das transições de Meleis *et al.* (2010) elaborou-se um esquema explicativo que traduz a estrutura/organização global do programa, assim como uma síntese das estratégias/ações, métodos a utilizar, recursos e a dose da intervenção. Decidiu-se, designar o mesmo por Programa de Intervenção para a autogestão do regime dietético, abreviado por “Pro-ARD”, sendo que esta decisão teve por base o facto do

programa encontrar-se alicerçado no potencial/capacidade da pessoa gerir o seu regime dietético. O programa é composto por três partes, as quais intitulamos a primeira parte por “Processo de Consciencialização”, a segunda por “Processo de *Empowerment*” e a terceira por “Competências de Autogestão do Regime Dietético (Mestria)”, sendo estes os pilares para um processo de uma transição saudável.

O Processo de Consciencialização contempla a caracterização/recolha de dados objetivos e subjetivos dos participantes (pessoa com cancro gástrico submetida a cirurgia/prestador de cuidados/membro da família) e o desenvolvimento do raciocínio diagnóstico para validação do juízo diagnóstico “potencialidade para a autogestão do regime dietético”, recorrendo ao método observacional e ao método ativo: entrevista, sendo que deverá acontecer desde a admissão do doente até às 24h, através de uma sessão de 30 minutos. Na avaliação identificou-se os conhecimentos, as capacidades, as necessidades e a perceção da disposição da pessoa para manter ou abandonar uma ação (ICN, 2017) ou seja, razão de primeira ordem para a ação/mudança/ajuste, neste caso em específico dos seus hábitos alimentares após a cirurgia. Contudo, apesar de termos designado a primeira parte do programa por “processo de consciencialização”, importa lembrar que este não termina quando se passa para a segunda parte do programa, uma vez a consciencialização total da necessidade de mudança raramente acontece logo após o acontecimento. sendo necessário tempo para interiorizar o que mudou (Meleis *et al.*, 2010). Logo, este processo de consciencialização é contínuo ao longo dos outros processos.

Esta etapa inicial é crucial, no sentido de se identificar a potencialidade do doente para a autogestão do seu regime dietético, pois, por ser um programa de autogestão em que a sua ênfase está no *empowerment* do próprio, não se pode descurar duas situações. Por um lado, o envolvimento do doente no seu próprio processo só ocorre se ele apresentar conhecimento e consciência da situação que está a vivenciar, sendo o envolvimento, caracterizado pela participação ativa da pessoa e seu empenho/envolvimento no processo de transição (Meleis *et al.*, 2010) e, por outro lado, o facto do mesmo não ter este potencial presente (p. ex.: por debilidade, capacidade intelectual comprometida, dependência), havendo a necessidade de capacitar o prestador de cuidados/família para assumirem este papel. Vários autores referem que os resultados em saúde são mais favoráveis quando se envolve a díade doente/cuidador (Kent *et al.*, 2016; Ryan & Sawin, 2009).

A segunda parte do programa, intitulada Processo de Empowerment, corresponde à etapa da implementação do programa propriamente dito e, contempla a prestação de direta de cuidados e a educação para a saúde, recorrendo ao método expositivo, ativo e observacional. Esta decorre desde o pré-operatório ao pós-operatório imediato e mediato através de duas sessões de educação de 35 minutos cada. Importa ainda salientar que, assim como o processo de consciencialização, o processo de *Empowerment* continua ao longo de todo o processo de transição.

Como recurso à educação para a saúde e, no sentido de promover o *empowerment*,

utilizou-se os métodos/técnicas de comunicação, tais como o estar disponível, o questionamento, a repetição/explicação e o suporte educativo (panfleto). Os programas tradicionais que privilegiam a transmissão de informação sobre a doença e o seu tratamento parecem não ter tanto impacto como aqueles que têm como filosofia subjacente os modelos educacionais baseados no *empowerment*, ou seja, programas que se centram na pessoa e nas suas capacidades. Isto porque a prestação de cuidados de saúde não se deve limitar apenas em promover o bem-estar, mas pelo contrário, deve ser direcionado para instruir e capacitar a pessoa, para melhorar a sua capacidade de autogerir o seu estado de saúde. Nesta perspetiva, é urgente colocar de lado os modelos focados essencialmente na doença e investir num modelo centrado na pessoa, promovendo a sua capacitação *empowerment* (Almeida *et al.*, 2019; Cortez *et al.*, 2018; Winters *et al.*, 2018).

Apesar dos programas de autogestão terem a ênfase no desenvolvimento do *empowerment* do próprio doente, Magagnin e Heidemann (2020) reforçam a necessidade de preparar também um prestador de cuidados/família. Conforme estes autores, o envolvimento dos cuidadores no planeamento de cuidados e nas atividades desenvolvidas, durante o internamento, podem contribuir para o seu *empowerment*, pois, cada vez mais, faz sentido este envolvimento. Assim, e tendo em conta que as ocupações das camas, o tempo de internamento cada vez mais reduzido, o predomínio de intervenções com enfoque na doença, a idade do doente, entre outros, fazem com que a continuidade dos cuidados no regresso a casa seja assegurada, muitas vezes, pelo prestador de cuidados/família (Berry *et al.*, (2017).

A última parte do programa corresponde às Competências de Autogestão do Regime Dietético (Mestria), e contempla a avaliação dos efeitos sensíveis à intervenção do enfermeiro e ao desenvolvimento do raciocínio diagnóstico para identificação do diagnóstico de enfermagem, recorrendo ao método ativo: entrevista e ao método observacional, sendo que deverá acontecer no momento do regresso a casa, numa sessão de 30 minutos e numa consulta de *follow-up* telefónica (+/-30 dias após) numa sessão de 15 minutos. A capacidade ou habilidade para desenvolver novas competências é imprescindível para cumprir a transição com sucesso. Considera-se, de forma convicta, que o programa de intervenção daqui resultante facilitará a prestação dos cuidados, a gestão dos mesmos, o ensino desses mesmos cuidados e ulteriores investigações para a sua validação ou enriquecimento.

## CONCLUSÃO

O estudo que se apresentou visou desenvolver um programa de intervenção de enfermagem promotor da autogestão do regime dietético da pessoa submetida a cirurgia por cancro gástrico. Este, com a finalidade de dotar a disciplina de enfermagem de uma ferramenta que seja impulsionadora da autogestão do regime dietético e, desta forma,



contribuir para a otimização da assistência em enfermagem, através da minimização das complicações, de uma melhor recuperação pós-operatória e da melhoria na qualidade de vida.

Apesar da vasta literatura sobre a temática da pessoa com cancro gástrico submetida a cirurgia, esta nem sempre se reporta a este fenómeno na vertente da necessidade de uma adaptação às mudanças impostas pela cirurgia, nomeadamente na vertente das alterações digestivas. Cientes deste facto, da relevância que os programas de intervenção de autogestão se revestem e porque se desconhece qualquer programa de intervenção de enfermagem promotor da autogestão do regime dietético, desenvolveu-se esta investigação.

Alcançado o final desta investigação, tendo como referencial a teoria das transições de Meleis *et al.* (2010), apresentou-se um esquema explicativo que traduz a estrutura/ organização global do programa, assim como uma síntese das estratégias/ações, métodos a utilizar, recursos e a dose da intervenção. Assim, o Pro-ARD é composto por três partes, sendo a primeira parte intitulada por “Processo de Consciencialização”, a segunda, por “Processo de *Empowerment*” e, a terceira, por “Competências de Autogestão do Regime Dietético (Mestria).

Julga-se que os resultados obtidos na nossa investigação têm implicações nos vários domínios de intervenção do enfermeiro, seja na prestação de cuidados, na formação ou investigação. Acredita-se que, através da incorporação dos resultados nas diferentes áreas de intervenção, se dará a translação do conhecimento. Assim, propõe-se como sugestão para o ensino de enfermagem que, na formação pré-graduada, sejam asseguradas cargas letivas adequadas para a temática em estudo, com especial ênfase na compreensão do fenómeno, na importância de uma abordagem sistemática, organizada de forma a capacitar o doente/prestador de cuidados/família para a autogestão do regime dietético. Nas aulas de prática simulada e nos ensinamentos clínicos, o *empowerment* do doente/prestador de cuidados/família deverá ser atendido pelos seus docentes, tutores e estudantes. Já na formação pós-graduada, o enfoque deverá ser no aprofundamento das noções já adquiridas ao longo da formação pré-graduada, desenvolvendo uma cultura de investimento na implementação de programas de intervenção para a autogestão, que visem o *empowerment* do doente/prestador de cuidados/família.

No que se refere à prática dos cuidados, pensa-se que o Pro-ARD reúne todas as condições para ser implementado, com recurso às aplicações informáticas, representando uma ferramenta de suporte à decisão clínica de enfermagem. Recomenda-se que o Pro-ARD seja implementado envolvendo o doente, mas também o seu prestador de cuidados/família. No que concerne à investigação, sugere-se o desenvolvimento de um maior número de estudos direcionados para a capacitação/*empowerment* do doente, prestador de cuidados/família. Sugere-se a realização de uma investigação que tenha como objetivo avaliar os efeitos do Pro-ARD na autogestão do regime dietético da pessoa com cancro

gástrico submetida a cirurgia, na minimização das complicações, na recuperação operatória e na qualidade de vida.

## REFERÊNCIAS

- Almeida, M., Sousa, M. R. M. G. C., & Loureiro, H. M. A. M. (2019). Eficácia de um programa educacional baseado no empowerment na percepção de autoeficácia em utentes com diabetes. *Revista de Enfermagem Referência, Série IV(22)*, 33-41. <https://dx.doi.org/10.12707/RIV19037>
- American Cancer Society (2017). *About Stomach Cancer*. <https://www.cancer.org/content/dam/CRC/PDF/Public/8838.00.pdf>
- Aranda, S. (2008). Designing nursing interventions. *Collegian, 15(1)*, 19-25. <http://doi.org/10.1016/j.colegn.2007.11.002>
- Barra, D. C. C. & Sasso, G. T. M. (2012). Processo de enfermagem conforme a classificação internacional para as práticas de enfermagem: uma revisão integrativa. *Texto Contexto Enfermagem, Florianópolis, 21(2)*, 440-7. <https://www.scielo.br/pdf/tce/v21n2/a24v21n2.pdf>
- Benedet S. A., Gelbcke F. L., Amante L. N., Padilha, M. I., Pires, D. P. (2016). Processo de enfermagem: instrumento da sistematização da assistência de enfermagem na percepção dos enfermeiros. *Care Online, 8(3)*, 4780-4788. <http://doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i3.4780-4788>
- Berry, L. L., Dalwadi, S. M., & Jacobson, J. O. (2017). Supporting the supporters: what family caregivers need to care for a loved one with cancer. *Journal of oncology practice, 13(1)*, 35-41. <http://doi.org/10.1200/JOP.2016.017913>
- Castro, J. M., Carneiro, J. A., Ferreira, J. S., Ferreira, P. C., Gomes, F., Sousa, F., Lima, F., Oliveira, K., Sousa, P. & Alves, R. N. (2017). Assistência de Enfermagem ao Paciente Cirúrgico por afecções Gastrointestinais: Uma Revisão Bibliográfica. *Brazilian Journal of Surgery & Clinical Research, 19(2)*, 119-124. [https://www.mastereditora.com.br/periodico/20170706\\_112242.pdf](https://www.mastereditora.com.br/periodico/20170706_112242.pdf)
- Chalmers, J. & Armour, M. (2019). The Delphi Technique. Em Liamputtong, P. (Ed.). *Handbook of Research Methods in Health Social Sciences* (pp. 715-735). Springer. [http://doi.org/10.1007/978-981-10-5251-4\\_99](http://doi.org/10.1007/978-981-10-5251-4_99)
- Cortez, D. N., dos Santos, J. C., Macedo, M. M. L., Souza, D. A. S., Reis, I. A., & Torres, H. C. (2018). Efeito de um programa educacional em empoderamento do autocuidado para cumprimento de metas em diabetes. *Ciencia y Enfermería, 24(3)*, 23-32. <http://doi.org/10.4067/s0717-95532018000100203>
- Costa, A. C. & Silva, J. V. (2018). Representações sociais da sistematização da assistência de enfermagem sob a ótica de enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência, Série IV (16)*, 139-146. <http://doi.org/10.12707/RIV17069>
- Du, C. Z., Li, J., Cai, y., Sun, Y. S., Xue, W. C. & Gu, J. (2011). Effect of multidisciplinary team treatment on outcomes of patients with gastrointestinal malignancy. *World Journal of Gastroenterology, 17(15)*, 2013-2018. <http://doi.org/10.3748/wjg.v17.i15.2013>
- Eng, O. S., Kim, J. Y., Ruel, N., Raz, D. J., Erhunmwunsee, L., Melstrom, L. G., Chao, J., Woo, Y., Kim, J., & Sun, V. (2018). Quality of Life, Symptoms, and Self-Management Strategies After Gastroesophageal Cancer Surgery. *Journal of pain and symptom management, 56(2)*, e4–e8. <http://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2018.05.001>

Figueira, M., Jacob, L. M. S., Spazapaz, M. P., Chiquetto, L., Rolim, A. C., Duran, E., C. & Lopes, M. H. (2018). Reflexões Sobre A Utilização Da Cipe Na Prática Profissional: Revisão Integrativa. *Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde*, 7(2), 134-154. <http://doi.org/10.18554/reas.v7i2.2369>

Hernández-Ramírez R.U. & López-Carrillo L. (2014). Dieta y cáncer gástrico en México y en el mundo. *Salud Pública de México*, 56(5), 555-560. [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342014000500023](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342014000500023)

Hinkle J. L., Cheever K. H, & Burell, S. (2018). Management of Patients with Gastric and Duodenal Disorders. Em *Brunner and Suddarth's textbook of medical-surgical nursing* (14ª ed., pp. 3426-3473).

International Agency for Research on Cancer (2018a, maio 27). World 2018. The Global Cancer Observatory. [https://gco.iarc.fr/today/index\\_ie.php](https://gco.iarc.fr/today/index_ie.php)

International Agency for Research on Cancer (2018b, maio 27). Portugal 2018. The Global Cancer Observatory. [https://gco.iarc.fr/today/index\\_ie.php](https://gco.iarc.fr/today/index_ie.php)

Kent, E. E., Rowland, J. H., Northouse, L., Litzelman, K., Chou, W. Y., Shelburne, N., Timura, C., O'Mara, A., & Huss, K. (2016). Caring for caregivers and patients: Research and clinical priorities for informal cancer caregiving. *Cancer*, 122(13), 1987–1995. <http://doi.org/10.1002/cncr.29939>

Laporte, A. G., Weston, A. C., Paludo, A. O, Castria, T. B. & Nocchi. A. (2014). Análise epidemiológica dos adenocarcinomas gástricos ressecados em um serviço de cirurgia oncológica. *Revista da AMRIGS*, 58(2), 121-125. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-835396>

Lever-Rosas, C. D., Silva-Ortiz, J. & Almanza-Muñoz, J. J. (2014). Câncer gástrico. Abordaje multidisciplinario, cirugía, psico-oncología y calidad de vida. *Revista de Sanidad Militar*, 68(3), 177-188. [https://www.academia.edu/21600166/Art%C3%ADculo\\_de\\_revisi%C3%B3n\\_C%C3%A1ncer\\_g%C3%A1strico\\_Abordaje\\_multidisciplinario\\_cirug%C3%ADa\\_psico\\_oncol%C3%ADa\\_y\\_calidad\\_de\\_vida](https://www.academia.edu/21600166/Art%C3%ADculo_de_revisi%C3%B3n_C%C3%A1ncer_g%C3%A1strico_Abordaje_multidisciplinario_cirug%C3%ADa_psico_oncol%C3%ADa_y_calidad_de_vida)

Lim, H. S., Lee, B. & Cho, G. S. (2020). Nutritional and Clinical Factors Affecting Weight and Fat-Free Mass Loss after Gastrectomy in Patients with Gastric Cancer. *Nutrients*, 12(7), 1905. <http://doi.org/10.3390/nu12071905>

Magagnin, A. B. & Heidemann, I. T. S. B. (2020). Empowerment do familiar cuidador frente ao acidente vascular cerebral no ambiente hospitalar. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(4), e20190165. <http://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0165>

Mello, B. S., Lucena, A. F., Echer, I. C. & Luzia, M. F. (2010). Patients with gastric cancer who have undergone gastrectomy: an integrated review. *Revista Gaucha de Enfermagem*, 31(4), 803-811. [https://www.researchgate.net/publication/51537137\\_Patients\\_with\\_gastric\\_cancer\\_submitted\\_to\\_gastrectomy\\_an\\_integrative\\_review](https://www.researchgate.net/publication/51537137_Patients_with_gastric_cancer_submitted_to_gastrectomy_an_integrative_review)

Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E., Messias, D. K. & Schumacher, K. (2010). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. Em A. I. Meleis, *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. Springer Publishing Company.

Ordem dos Enfermeiros (2016). *CIFE® Versão 2015 – Classificação Internacional para a prática de Enfermagem Edição Portuguesa*. [https://futurosenf.files.wordpress.com/2017/04/cipe\\_2015.pdf](https://futurosenf.files.wordpress.com/2017/04/cipe_2015.pdf)

Papini-Berto, J. J. & Burini, R. C. (2001). Causas da desnutrição pós-gastrectomia. *Arquivos de Gastroenterologia*, 38(4), 272-275. <https://www.scielo.br/pdf/ag/v38n4/14266.pdf>

Park, M. & Park, H. (2010). Development of a nursing practice guideline for pre and post-operative care of gastric cancer patients. *Healthcare Informatics Research*, 16(4), 215-223. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3092132/>

Pfeifer, K. A. (2000). Cirurgia. Em S. E. Otto (Ed.), *Enfermagem em Oncologia* (3ª ed, pp. 529-556). Lusociência.

Polit, D. F. & Beck, C. H. T. (2017). *Essentials of Nursing Research* (9ª ed.). Wolters Kluwer

Potter, P. A. P., Perry, A. G., Stockert, P. A. & Hall, A. S. M. (2017). *Fundamentals of Nursing* (9ª ed.). Elsevier

Potter, P. A., Perry, A. G. (2006). *Fundamentos de Enfermagem – Conceitos e Procedimentos* (5ª ed.). Lusociência

Ryan, P. & Sawin, K. (2009). The Individual and Family Self-Management Theory: Background and perspectives on context, process, and outcomes. *Nursing Outlook*, 57(4), 217-225. <http://doi.org/10.1016/j.outlook.2008.10.004>

Robalo, S. A. (2005). Doentes submetidos a gastrectomia por carcinoma gástrico. *Nursing*, 16(201), 38-43.

Sands, J. K. (2010). Problemas de estômago e duodeno. Em F. D. Monahan; J. K. Sands; M. Neighbors; J. F. Marek & C. J. Green (Eds.), *Enfermagem Médico-Cirúrgica: perspectivas de saúde e doença* (8ª ed., Vol. 3, pp. 1237-1272). Lusodidacta.

Scarparo, A. F., Laus, A. M., Azevedo, A. L. de C. S., De Freitas, M. R. I., Gabriel, C. S., & Chaves, L. D. P. (2012). Reflexões sobre o uso da técnica Delphi em pesquisas na enfermagem. *Revista RENE*, 13(1), 242-251. [https://www.researchgate.net/publication/281497981\\_Reflexoes\\_sobre\\_o\\_uso\\_da\\_tecnica\\_Delphi\\_em\\_pesquisas\\_na\\_enfermagem](https://www.researchgate.net/publication/281497981_Reflexoes_sobre_o_uso_da_tecnica_Delphi_em_pesquisas_na_enfermagem)

Smyth, E. C., Nilsson, M., Grabsch, H. I., Van Grieken, N. C. & Lordick, F. (2020). Gastric Cancer. *The Lancet*, 396(10251), 635-648. [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31288-5](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31288-5)

Song, M., Lee, H. & Kang, D. (2015). Epidemiology and screening of gastric cancer in Korea. *Journal of the Korean Medical Association*, 58(3), 183-190. <http://doi.org/10.5124/jkma.2015.58.3.183>

Winters, J. R. F., Heidemann, I. T. S. B. & Maia, A. R. C. R. (2018). O empoderamento das mulheres em vulnerabilidade social. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(18), pp.83-91. <http://doi.org/10.12707/RIV18018>

World Health Organization (WHO). (2020). *WHO report on cancer: setting priorities, investing wisely and providing care for all*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/330745>

Wright, J. T. C. & Giovinazzo, R. A. (2000). Dephi - Uma Ferramenta de apoio ao planejamento prospectivo. *Cadernos de Pesquisa em administração*, 1(12), 54-65. <https://docplayer.com.br/19266368-Delphi-uma-ferramenta-de-apoio-ao-planejamento-prospectivo.html>

Yusefi, A. R., Lankarani, K. B., Bastani, P., Radinmanesh, M., & Kavosi, Z. (2018). Risk factors for gastric cancer: a systematic review. *Asian Pacific journal of cancer prevention*, 19(3), 591-603. <http://doi.org/10.22034/APJCP.2018.19.3.591>

Zali, H., Rezaei-Tavirani, M., & Azodi, M. (2011). Gastric cancer: prevention, risk factors and treatment. *Gastroenterology and hepatology from bed to bench*, 4(4), 175–185. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4017429/>

## ÍNDICE REMISSIVO

### A

Abordagem quantitativa 50

Adenocarcinoma 212, 213, 215, 216, 218, 220

Aprendizado ativo 112

Aprendizagem ativa 100, 102, 104, 110, 111

Assistência 1, 6, 10, 14, 20, 22, 23, 25, 27, 28, 29, 31, 37, 38, 40, 41, 43, 44, 45, 46, 63, 64, 69, 71, 72, 73, 77, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 91, 92, 97, 129, 130, 131, 136, 137, 139, 141, 143, 146, 154, 157, 164, 167, 169, 170, 172, 174, 179, 180, 187, 188, 195, 203, 207, 210, 211, 212, 224, 231, 234, 235, 236, 238

Atenção primária à saúde 85, 87, 97, 98, 145, 211

Autogestão 176, 178, 179, 180, 181, 182, 184, 185, 186, 187

### B

Bacharelado em enfermagem 27

Brinquedos 72, 73, 75, 77, 78

### C

Câncer pancreático 212, 214, 215, 217, 219, 221

Cancro gástrico 176, 178, 179, 182, 184, 185, 186, 187

Cicatrização 192, 193, 195, 196, 197, 198, 199, 209, 211

Cirurgia 84, 176, 178, 179, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 192, 193, 194, 211, 214, 217, 218, 220

Competência emocional 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61

Comunicação 4, 5, 16, 47, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 64, 69, 73, 80, 87, 107, 111, 125, 171, 186

Crianças 39, 53, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 93, 118, 123, 124, 161

Cuidados de enfermagem 51, 52, 59, 64, 152, 154, 156, 157, 159, 160, 163, 164, 167, 179, 180, 181, 183, 211, 234

### D

Diagnóstico de enfermagem 65, 167, 175, 180, 181, 186

Drenagem biliar 212, 214, 215, 216, 218, 219, 220

### E

Educação 1, 2, 3, 8, 9, 10, 11, 12, 14, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 27, 29, 30, 32, 34, 35, 36, 37, 39, 41, 42, 44, 45, 46, 47, 62, 63, 64, 69, 70, 81, 86, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98,

104, 106, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 115, 116, 125, 126, 130, 135, 141, 147, 148, 152, 154, 157, 158, 164, 185

Educação em enfermagem 27, 34, 63, 106

Enfermagem 1, 4, 6, 7, 8, 9, 11, 17, 18, 19, 20, 22, 23, 25, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 54, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 88, 94, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 104, 105, 106, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 116, 117, 119, 123, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 137, 138, 140, 141, 142, 143, 145, 146, 151, 152, 154, 156, 157, 158, 159, 160, 163, 164, 165, 166, 167, 169, 170, 171, 173, 174, 175, 176, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 186, 187, 188, 189, 190, 192, 193, 195, 197, 201, 203, 207, 208, 209, 210, 211, 215, 220, 223, 224, 233, 234, 235, 236, 238

Enfermagem em saúde comunitária 143

Enfermagem psiquiátrica 28, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 40, 44

Enfermeiros 19, 27, 28, 29, 32, 33, 34, 42, 43, 44, 47, 49, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 72, 81, 82, 83, 84, 85, 87, 88, 89, 90, 92, 93, 96, 98, 112, 118, 126, 145, 146, 150, 153, 157, 158, 160, 164, 180, 182, 183, 184, 188, 189, 210, 235

Ensino 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 24, 27, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 40, 41, 42, 46, 47, 48, 62, 63, 64, 69, 70, 82, 95, 99, 100, 101, 102, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 138, 152, 156, 157, 165, 170, 180, 186, 187

Esporte 129, 130, 131, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142

## **F**

Fasciíte necrosante 201, 202, 207, 208

## **G**

Gangrena de Fournier 201, 202, 210, 211

## **H**

HIV 166, 167, 168, 169, 170, 173, 174, 175

## **I**

Iatrogenia 85, 94, 159

## **J**

Jogos 72, 129, 132, 133, 134, 135, 137, 138

## **L**

Laser de baixa intensidade 192, 193, 195

Laserterapia 192, 193, 194, 195, 196, 197, 198, 199

## **M**

Mamoplastia redutora 192, 193, 194

Medicalização 85, 95

Mental 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 90, 92, 93, 96, 97, 130, 134, 135, 137, 139, 140, 141, 150, 168, 169, 170, 172, 225, 232, 235

Movimento contra vacinação 117, 118, 119

## **N**

Neoplasia pancreática 212, 215

Neoplasias da próstata 223

## **P**

Plano de cuidados 66, 167, 169, 170, 173, 174

Prevenção 9, 12, 14, 18, 19, 23, 34, 40, 44, 85, 86, 87, 88, 89, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 117, 122, 124, 130, 139, 145, 160, 172, 175, 193, 222, 227, 231, 232, 233, 234, 236

Prevenção quaternária 85, 86, 87, 88, 89, 91, 92, 94, 95, 96, 97, 98

Processo de trabalho 23, 80, 106, 136, 139, 157, 165, 167, 169, 174

Programa de intervenção 176, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 186, 187

## **R**

Reação transfusional 152, 153, 157, 158, 159, 162, 164

Regime dietético 176, 179, 180, 181, 182, 184, 185, 186, 187

## **S**

Sarampo 117, 118, 119, 122, 123, 124, 125, 126, 127

Saúde 1, 2, 3, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 72, 73, 75, 76, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 101, 102, 104, 105, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 123, 124, 125, 126, 127, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 150, 151, 152, 153, 154, 156, 157, 162, 164, 165, 168, 169, 171, 174, 175, 177, 180, 183, 185, 186, 189, 190, 202, 203, 207, 208, 209, 210, 211, 215, 218, 220, 222, 223, 224, 225, 227, 229, 231, 232, 233, 234, 235, 236, 237, 238

Saúde do homem 223, 224, 233, 236

Saúde mental 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 90, 92, 93, 96, 97, 130, 135, 140, 141, 232

Segurança transfusional 152, 154

Simulação 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70



## T

Técnico em enfermagem 99, 100, 101, 102, 104, 106, 108, 109, 111


Terapias complementares 143





Transtorno 34, 37, 39, 61, 65, 97

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

QUALIDADE  
DA PRÁTICA  
DE **ENFERMAGEM**  
NO PROCESSO  
**DE CUIDAR**

---



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

QUALIDADE  
DA PRÁTICA  
DE **ENFERMAGEM**  
NO PROCESSO  
**DE CUIDAR**

---