

Q PESQUISAS E RELATOS ×

**SOBRE CIÊNCIAS DA
SAÚDE NO BRASIL**



VOLUME 3

**Organizador
Plínio Pereira Gomes Júnior**



Q PESQUISAS E RELATOS ×

SOBRE CIÊNCIAS DA SAÚDE NO BRASIL



VOLUME 3

**Organizador
Plínio Pereira Gomes Júnior**

Editora Omnis Scientia

PESQUISAS E RELATOS SOBRE CIÊNCIAS DA SAÚDE NO BRASIL

Volume 3

1ª Edição

TRIUNFO - PE

2023

Editor-Chefe

Me. Daniel Luís Viana Cruz

Organizador

Dr. Plínio Pereira Gomes Júnior

Conselho Editorial

Dr. Cássio Brancaleone

Dr. Marcelo Luiz Bezerra da Silva

Dra. Pauliana Valéria Machado Galvão

Dr. Plínio Pereira Gomes Júnior

Dr. Walter Santos Evangelista Júnior

Dr. Wendel José Teles Pontes

Editores de Área - Ciências da Saúde

Dra. Camyla Rocha de Carvalho Guedine

Dra. Cristieli Sérgio de Menezes Oliveira

Dr. Leandro dos Santos

Dr. Hugo Barbosa do Nascimento

Dr. Marcio Luiz Lima Taga

Dra. Pauliana Valéria Machado Galvão

Assistente Editorial

Thialla Larangeira Amorim

Imagem de Capa

Freepik

Edição de Arte

Vileide Vitória Larangeira Amorim

Revisão

Os autores



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

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

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

P474 Pesquisas e relatos sobre ciências da saúde no Brasil :
volume 3 [recurso eletrônico] / organizador Plínio
Pereira Gomes Júnior. — 1. ed. — Triunfo : Omnis
Scientia, 2023.
Dados eletrônicos (pdf).

Inclui bibliografia.
ISBN 978-65-5854-322-0
DOI: 10.47094/978-65-5854-322-0

1. Educação em saúde - Aspectos sociais - Brasil.
2. Promoção da saúde - Brasil. 3. Saúde pública - Brasil.
4. Serviços de saúde - Brasil. 5. Hábitos de saúde.
I. Gomes Júnior, Plínio Pereira. II. Título.

CDD23: 362.10981

Editora Omnis Scientia

Triunfo – Pernambuco – Brasil

Telefone: +55 (87) 99656-3565

editoraomnisscientia.com.br

contato@editoraomnisscientia.com.br



PREFÁCIO

A grande área do conhecimento conhecida como 'ciências da saúde' apresenta uma complexidade impar, demonstrando o quão é importante para a nossa existência em um planeta que sofre nas mãos de uma espécie social caótica. E essa área de conhecimento não se basta. Então, apresenta interseções entre outras áreas do conhecimento, trazendo ainda mais benefícios para a humanidade. Não obstante, as contribuições dos profissionais da saúde não se limitam apenas às suas atividades formais, vão além e se engrandecem por meio das pesquisas. Nelas, os profissionais se atualizam e os formandos se preparam para os novos desafios do mercado de trabalho cada vez mais competitivo e exigente. O maior desafio é tornar os resultados das pesquisas um produto ou serviço aplicável para dar retorno àqueles que, de maneira direta ou indireta, dão o suporte para os profissionais da saúde. Portanto, essa obra é uma pequena amostra das mais diversas contribuições que os nossos profissionais têm feito para a nossa população.

Em nossos livros selecionamos um dos capítulos para premiação como forma de incentivo para os autores, e entre os excelentes trabalhos selecionados para compor este livro, o premiado foi o capítulo 16, intitulado "O ABSENTEÍSMO DOS PACIENTES EM CONSULTAS MÉDICAS ÀS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE CUIABÁ – MT".

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1.....14

SAÚDE MENTAL DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE NA ÁREA HOSPITALAR

Rafael Rudá Coelho de Moraes e Silva

Débora de Araújo Paz

DOI: 10.47094/978-65-5854-322-0/14-26

CAPÍTULO 2.....27

SAÚDE DA MULHER NA ATENÇÃO BÁSICA: UMA REVISÃO DA LITERATURA

Almino Pereira da Silva Filho

Neize Oliveira de Arruda

Aélem Cristina Apolicena Dantas

Larissa Karla Duarte da Silva

Giovani Adriano de Oliveira

Luciana Marques da Silva

DOI: 10.47094/978-65-5854-322-0/27-35

CAPÍTULO 3.....36

EDUCAÇÃO EM SAÚDE: CAPACITAÇÃO DE COZINHEIROS DE INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA DE IDOSOS EM SÃO LUÍS- MA

Thaís Camila Pereira Veloso

Amanda Mara Teles

Edmilson Silva Diniz Filho

Ana Carolina da Silva Muniz

Rafaely de Almeida Brito

Rebeca Cotrim Aragão da Conceição

Valonia Cristina Garcia Rodrigues

Nancyleni Pinto Chaves Bezerra

Danilo Cutrim Bezerra

Viviane Corrêa Silva Coimbra

DOI: 10.47094/978-65-5854-322-0/36-49

CAPÍTULO 4.....50

REFLEXÕES SOBRE O PANORAMA DOS INDICADORES DE PRÉ-NATAL E SEU IMPACTO NO PREVINE BRASIL

Matheus Lopes dos Santos

Mayra Loreanne Nascimento Côrrea

Ana Cláudia Paiva Cardoso

Bruno Raphael da Silva Feitosa

Nely Dayse Santos da Mata

Camila Rodrigues Barbosa Nemer

DOI: 10.47094/978-65-5854-322-0/50-70

CAPÍTULO 5.....71

PRÁTICAS POPULARES NO CUIDADO INFANTIL: REVISÃO INTEGRATIVA

Carla Regina de Almeida Corrêa

Arielli Paula Prado Corcino de Oliveira

Lorena Araújo Ribeiro

Karen Jeanne Cantarelli

Suellen Rodrigues de Oliveira Maier

DOI: 10.47094/978-65-5854-322-0/71-87

CAPÍTULO 6.....88

FERRAMENTA PARA O ACOMPANHAMENTO DA HAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DO MUNICÍPIO DE ARARIPINA-PE

Vitória dos Santos Duete

Ana Gabriela Holanda Sampaio

Maria Misrelma Moura Bessa

DOI: 10.47094/978-65-5854-322-0/88-99

CAPÍTULO 7.....	100
SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS QUANTO À ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM HOSPITALAR: ANÁLISE DA DIMENSÃO EDUCACIONAL EM SAÚDE	
Jéssica Sabrina Costa	
Heloisa Helena Barroso	
Eliene Pereira da Silva	
Liliane da Consolação Campos Ribeiro	
Bárbara Ribeiro Barbosa	
Paulo Henrique da Cruz Ferreira	
Thaisa Mara Rocha Rodrigues	
DOI: 10.47094/978-65-5854-322-0/100-109	
CAPÍTULO 8.....	110
CONHECIMENTO DOS HOMENS SOBRE A VACINA DO HPV	
Ted Rogers de Paula Silva	
Vitória da Paixão	
Leonardo Wilans Pereira de Souza Rocha	
Camila Ferreira Cavalheiro	
Carlos Henrique de Jesus Costa	
Fabiana Aparecida Vilaça	
DOI: 10.47094/978-65-5854-322-0/110-126	
CAPÍTULO 9.....	127
RISCO CARDIOVASCULAR EM PESSOAS IDOSAS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA	
Brenda Silva Cunha	
Nuno Damácio de Carvalho Félix	
Maria Naiane Rolim Nascimento	
Claudia Feio da Maia Lima	
Bruna Rafaela Carneiro	
DOI: 10.47094/978-65-5854-322-0/127-148	

CAPÍTULO 10.....149

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA CONDUÇÃO DO PARTO: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Sonia Maria Silva de França

Camila Miranda Pereira

Maria do Carmo Dutra Marques

Lotar Matheus Evangelista Cecilia

Alana Rebouças Torres de Lima

Larissa Gislaine Silva Pinheiro

Jinny Priscila Chaves Santiago

Ana Cristina Santos de Sousa

Renan da Cruz Monteiro

Denise Santos Macedo

Geovanna Dos Passos Cardoso

DOI: 10.47094/978-65-5854-322-0/149-159

CAPÍTULO 11.....160

VER-SUS POTIGUAR EM FOCO SOB O OLHAR DA EQUIPE ORGANIZADORA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Ruth Nayara Firmino Soares

Karoline Câmara Noronha

Dinorah de França Lima

George Sillas Silva Gomes

Rayane Larissa Santos de Araújo Monteiro

DOI: 10.47094/978-65-5854-322-0/160-170

CAPÍTULO 12.....171

ANÁLISE DA QUALIDADE MICROBIOLÓGICA DO LEITE CRU COMERCIALIZADO EM CAMPINA GRANDE - PB

Ariane Rodrigues Cabral

Katcilanya Menezes de Almeida

Gilmara Pereira Caetano

Rikaelly Vital Costa
Yenisei Bezerra de Melo
Ana Patrícia Silva Galvão
Aline Azevedo do Nascimento
Liege Farias
Fiama Rayka Gonçalves Cabral
Shisbelle Darfany Ramos Remígio dos Santos
Valneli da Silva Melo
Maria Eduarda Paulino da Silva

DOI: 10.47094/978-65-5854-322-0/171-183

CAPÍTULO 13.....184

BOAS PRÁTICAS DE FABRICAÇÃO EM UMA UNIDADE DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO DO INSTITUTO FEDERAL DO PIAUÍ

Gilvânia da Conceição Rocha
Afonso Feitosa Reis Neto
Gabriela de Sousa Silva Rios
Maria de Fátima Sousa Barros Vilarinho
Dennisy Kelle Gonçalves de Melo Bezerra
Kássia Elen Ribeiro de Melo
Rallyane Brunna de Souza Andrade

DOI: 10.47094/978-65-5854-322-0/184-196

CAPÍTULO 14.....197

AVALIAÇÃO DAS PRESCRIÇÕES DE ANTIMICROBIANOS EM UMA FARMÁCIA COMUNITÁRIA LOCALIZADA NA ZONA NORTE DO CEARÁ

Alysan Gomes Vasconcelos
Carlos Helton Vieira de Miranda
Thais Gomes de Vasconcelos
Renaledângela Gomes de Vasconcelos
Zilmara Tavares de Souza Cosme

Maria Gabriela Miranda Fontenele

DOI: 10.47094/978-65-5854-322-0/197-209

CAPÍTULO 15.....210

A HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NO MUNICÍPIO DE TIANGUÁ – CE ENTRE 2011 E 2012

Alysan Gomes Vasconcelos

Carlos Helton Vieira de Miranda

Thais Gomes de Vasconcelos

Renaledângela Gomes de Vasconcelos

Zilmara Tavares de Souza Cosme

DOI: 10.47094/978-65-5854-322-0/210-217

CAPÍTULO 16.....218

O ABSENTEÍSMO DOS PACIENTES EM CONSULTAS MÉDICAS ÀS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE CUIABÁ – MT

Guilherme Serafim Alberton

Ana Paula Arruda Fraga

Ana vitória Marasini Vacaro

Dalila Gabrielly Bonetti Rocha

Laura Cristina Marcelo

Gabriel Falcão de Oliveira

Gabrielly Luiz Ferreira

Guilherme Vinicius Tonon Caovilla

Maria Eduarda Ferreira de Almeida

Tharlla Almeida Faria

Romanyhelle Gyuliana Correa de Miranda

Carla Aparecida Silva Lima

DOI: 10.47094/978-65-5854-322-0/218-223

CAPÍTULO 17.....	224
RELAÇÃO ENTRE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA, DIABETES MELLITUS E MENOPAUSA	
Anne Gabrielle de Sousa Diniz	
Georgia Maria Candido Herculano	
Ingred Costa Ibiapina	
Pammella Costa Jacó	
Stephanie Lara Soares Matos	
Maria Misrelma Moura Bessa	
DOI: 10.47094/978-65-5854-322-0/224-232	
CAPÍTULO 18.....	233
VOZ CANTADA: CONCEITUAÇÃO, CUIDADOS E PARÂMETROS ATUALIZADOS DE MENSURAÇÃO VOCAL	
Thaís Diniz Carvalho	
Alessandro de Oliveira	
DOI: 10.47094/978-65-5854-322-0/233-246	
CAPÍTULO 19.....	247
PLANTAS MEDICINAIS COMO PRÁTICAS FITOTERÁPICO NA BAIXADA MARANHENSE	
Diemerson Garcia Pimenta	
Maria de Fatima Aires	
Keliane Pinheiro Sá	
Eliane Correa Alves	
Marcia Cristina Ferreira Marinho	
Carmen Hellen da Silva Rocha	
DOI: 10.47094/978-65-5854-322-0/247-258	

FERRAMENTA PARA O ACOMPANHAMENTO DA HAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DO MUNICÍPIO DE ARARIPINA-PE

Vitória dos Santos Duete¹;

Faculdade Paraíso de Araripina (FAP), Araripina, Pernambuco.

<http://lattes.cnpq.br/5393322906029872>

Ana Gabriela Holanda Sampaio²;

Faculdade Paraíso de Araripina (FAP), Araripina, Pernambuco.

<http://lattes.cnpq.br/9507002973217769>

Maria Misrelma Moura Bessa³.

Faculdade Paraíso de Araripina (FAP), Araripina, Pernambuco.

<http://lattes.cnpq.br/3037190997081177>

RESUMO: A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma doença de fácil diagnóstico e que apresenta formas de tratamento eficazes, no entanto, o seu controle e prevenção ainda representam um desafio mundial. No Brasil, esse problema é, sobretudo, das equipes de Atenção Básica (AB), já que os profissionais da atenção primária têm importância primordial na prevenção, no diagnóstico, na monitorização e no controle da hipertensão. Com o presente estudo, objetivou-se elaborar um modelo de cartão de acompanhamento da Hipertensão mais amplo e eficiente para a consulta e o acompanhamento dos pacientes hipertensos atendidos na Atenção Primária à Saúde do município de Araripina, estado de Pernambuco, na área de abrangência da ESF Alto da Boa Vista II, a fim de garantir um maior controle dos níveis pressóricos. A partir da análise do Cartão de Controle da Hipertensão e do Diabetes em uso no município, e no estudo de alguns fatores que podem interferir diretamente na adesão do tratamento anti-hipertensivo, identificou-se a necessidade de acrescentar indicadores psicossociais, ocorrências de complicações, informações sobre alimentação, indicadores de saúde e espaço para encaminhamentos. Conclui-se que, a elaboração da nova ferramenta permite um acompanhamento mais expressivo e sistemático do hipertenso, bem como a identificação de condições individuais e sociais que podem contribuir de forma direta ou indireta para a elevação das cifras pressóricas e torna-se um guia para a condução da consulta, permitindo que exista um maior diálogo entre o profissional e o paciente, bem como um espaço que permita registros mais completos e abrangentes, ofertando maior integralidade do cuidado.

PALAVRAS-CHAVE: Hipertensão. Adesão. Controle.

TOOL FOR MONITORING SAH IN PRIMARY CARE IN THE MUNICIPALITY OF ARARIPINA-PE

ABSTRACT: Systemic Arterial Hypertension (SAH) is a disease that is easy to diagnose and has effective forms of treatment, but the control still represents a worldwide challenge. In Brazil, this problem is, above all, of the Primary Care (PC) teams, since primary care professionals are of paramount importance in the prevention, diagnosis, monitoring and control of hypertension. With the present study, the objective was to elaborate a model of a more comprehensive and efficient Hypertension follow-up card for the consultation and follow-up of hypertensive patients assisted in Primary Health Care in the municipality of Araripina, state of Pernambuco, in the area covered by the ESF Alto da Boa Vista II, to ensure greater control of blood pressure levels. Based on the analysis of the Hypertension and Diabetes Control Card in use in Araripina city, and on the study of some factors that can directly interfere with adherence to antihypertensive treatment, the need to add psychosocial indicators, occurrences of complications, information about food, health indicators and space for referrals. The conclusion is that the elaboration of the new tool allows more expressive and systematic monitoring of hypertensive patients, as well as the identification of individual and social conditions that can directly or indirectly contribute to the sending of blood pressure figures and becomes a guide for conducting the consultation, allowing for a better dialogue between the professional and the patient, as well as a space that allows for more complete and comprehensive records, offering greater comprehensiveness of care.

KEY-WORDS: Hypertension. Accession. Control.

INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma doença crônica não transmissível (DCNT) definida por níveis pressóricos, em que os benefícios do tratamento (não medicamentoso e/ ou medicamentoso) superam os riscos. Trata-se de uma condição multifatorial, que depende de fatores genéticos/ epigenéticos, ambientais e sociais, caracterizada por elevação persistente da pressão arterial (PA), ou seja, PA sistólica (PAS) maior ou igual a 140 mmHg e/ou PA diastólica (PAD) maior ou igual a 90 mmHg, medida com a técnica correta, em pelo menos duas ocasiões diferentes, na ausência de medicação anti-hipertensiva. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2020).

A HAS tem alta prevalência e é um dos principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares (DCV) e renais, apresentando determinantes genéticos, ambientais e sociais combinados. Mostra-se de fácil diagnóstico e seu tratamento é eficaz utilizando-se um arsenal terapêutico diversificado, bastante eficiente e com poucos efeitos adversos. Mesmo assim, seu controle em todo o mundo é pífio, porque se trata de doença frequentemente assintomática, o que dificulta a adesão aos cuidados. A equação final torna o desafio do

tratamento muito elevado, e a prevenção continua a ser a melhor opção em termos de custo-benefício. A abordagem adequada dos fatores de risco para o desenvolvimento da HAS deve ser o grande foco do SUS. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2020).

No Brasil, os desafios do controle e prevenção da HAS e suas complicações são, sobretudo, das equipes de Atenção Básica (AB). As equipes são multiprofissionais, cujo processo de trabalho pressupõe vínculo com a comunidade e a clientela adscrita, levando em conta a diversidade racial, cultural, religiosa e os fatores sociais envolvidos. Nesse contexto, o Ministério da Saúde preconiza que sejam trabalhadas as modificações de estilo de vida, fundamentais no processo terapêutico e na prevenção da hipertensão. A alimentação adequada, sobretudo quanto ao consumo de sal e ao controle do peso, a prática de atividade física, o abandono do tabagismo e a redução do uso excessivo de álcool são fatores que precisam ser adequadamente abordados e controlados, sem os quais os níveis desejados da pressão arterial poderão não ser atingidos, mesmo com doses progressivas de medicamentos (GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO, 2009).

Sabe-se que a Estratégia de Saúde da Família (ESF) deve realizar o acompanhamento dos pacientes hipertensos através das consultas mensais, que podem ser realizadas pelo profissional médico ou pelo enfermeiro, nas quais devem ser coletadas as aferições da pressão arterial e do peso, além de orientações acerca da enfermidade e do seu tratamento medicamentoso e não medicamentoso. Já que os profissionais da Atenção Primária (AP) têm importância primordial na prevenção, no diagnóstico, na monitorização e no controle da hipertensão. Entretanto, o fato da HAS apresentar baixas taxas de controle no Brasil indica que ainda há a necessidade da criação e/ou fortalecimento das ações voltadas para os indivíduos hipertensos.

Desse modo, a partir do presente artigo objetivou-se construir e validar um novo modelo de cartão de acompanhamento da Hipertensão, para consulta e acompanhamento do hipertenso atendido na Atenção Primária à Saúde do município de Araripina, estado de Pernambuco.

REFERENCIAL TEÓRICO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não-fatais. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Segundo Porto (2005), há uma importância no tratamentos e cuidados integrais, de forma continuada, para controle da enfermidade, que, para ele,

“A hipertensão arterial é uma das mais importantes enfermidades do mundo moderno, pois, além de ser muito frequente-10 a 20% da população adulta são portadores de hipertensão arterial-ela é a causa direta ou indireta de elevado número de óbitos, decorrentes de acidentes vasculares cerebrais, insuficiência cardíaca, insuficiência renal e infarto do miocárdio. (PORTO, 2005, p. 487).”

A HAS tem alta prevalência e é um dos principais fatores de risco para as DCV e renais, apresentando determinantes genéticos, ambientais e sociais combinados. Mostra-se de fácil diagnóstico e seu tratamento é eficaz utilizando-se um arsenal terapêutico diversificado, bastante eficiente e com poucos efeitos adversos. Mesmo assim, seu controle em todo o mundo é pífio, porque se trata de doença frequentemente assintomática, o que dificulta a adesão aos cuidados. A equação final torna o desafio do tratamento muito elevado, e a prevenção continua a ser a melhor opção em termos de custo-benefício. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2020).

Segundo a sociedade brasileira de cardiologia, a abordagem adequada dos fatores de risco para o desenvolvimento da HAS deve ser o grande foco do SUS. Nesse quesito, há vários pontos que merecem destaque e muitos se confundem ou se somam ao tratamento não medicamentoso. Alguns desses pontos são elencados abaixo:

Controle do Peso: A obesidade geral e a obesidade abdominal foram associadas ao aumento do risco de HAS. Por outro lado, a diminuição do peso promove a diminuição da Pressão Arterial (PA) tanto em indivíduos normotensos quanto em hipertensos. Ser “o mais magro possível” dentro da faixa da normalidade do IMC pode ser a melhor sugestão com relação à prevenção primária da HAS”.

Dieta Saudável: Há várias propostas de dietas para a prevenção da HAS, que também favorecem o controle dos hipertensos e contribuem para a saúde como um todo. Tem destaque, nesse sentido, a dieta DASH e suas variantes (baixa quantidade de gordura, mediterrânea, vegetariana/vegana, nórdica, baixo teor de carboidratos etc.). Os benefícios são ainda maiores quando ocorre em conjunto a redução de ingestão de sódio. Todos os documentos sobre o assunto indicam a alimentação com consumo parcimonioso de frutas, verduras, legumes, cereais, leite e derivados, além de indicarem menor quantidade de gordura e sal. Uma metanálise que comparou algumas variedades dessas dietas com a dieta padrão mostrou maior redução da PAS (-9,73 a -2,32 mmHg) e PAD (-4,85 a -1,27 mmHg) no grupo com dietas adequadas. Devem ser levados em conta os aspectos socioeconômicos e culturais para que ocorra adesão a determinado tipo de recomendação alimentar.

Sódio: O consumo excessivo de sódio é um dos principais fatores de risco modificáveis para a prevenção e o controle da HAS e das DCV. A restrição de sódio mostrou ter um efeito redutor da PA em muitos estudos. Uma metanálise apontou que uma redução de 1,75 g de sódio por dia (4,4 g de sal/dia) está associada a uma redução média de 4,2 e 2,1 mmHg na

PAS e na PAD, respectivamente. O efeito redutor na PA com a restrição de sódio é maior em negros, idosos, diabéticos, naqueles que apresentam síndrome metabólica (SM) e na DRC. Recomenda-se que a ingestão de sódio seja limitada a aproximadamente 2 g/dia (equivalente a cerca de 5 g de sal por dia) na população em geral.

Potássio: A relação entre o aumento da suplementação de potássio e a diminuição da HA está relativamente bem compreendida. A suplementação de potássio constitui-se em uma alternativa segura, sem importantes efeitos adversos, com impacto modesto, mas significativo, na PA e pode ser recomendada para a prevenção do aparecimento da HA. Uma ingestão adequada de potássio, na ordem de 90 a 120 mEq/dia, pode acarretar uma diminuição de 5,3 mmHg na PAS e 3,1 mmHg na PAD. Sua ingestão pode ser aumentada pela escolha de alimentos pobres em sódio e ricos em potássio, como feijões, ervilha, vegetais de cor verde-escura, banana, melão, cenoura, beterraba, frutas secas, tomate, batata-inglesa e laranja.

Atividade Física: O sedentarismo é um dos dez principais fatores de risco para a mortalidade global, causando cerca de 3,2 milhões de mortes a cada ano. Uma metanálise com 93 artigos e 5.223 indivíduos indicou que o treinamento aeróbico, resistido dinâmico e resistido isométrico reduz a PAS/PAD em repouso em 3,5/2,5, 1,8/3,2 e 10,9/6,2 mmHg, respectivamente, em populações gerais. Todos os adultos devem ser aconselhados a praticar pelo menos 150 min/semana de atividades físicas moderadas ou 75 min/semana de vigorosas. Os exercícios aeróbicos (caminhada, corrida, ciclismo ou natação) podem ser praticados por 30 minutos em 5 a 7 dias por semana. A realização de exercícios resistidos em 2 a 3 dias por semana também pode ser recomendada. Para um benefício adicional, em adultos saudáveis, recomenda-se um aumento gradual da atividade física para 300 minutos por semana de intensidade moderada ou 150 minutos por semana de atividade física vigorosa, ou uma combinação equivalente de ambos, idealmente com exercício diário supervisionado.

Tabagismo: Independentemente de seu efeito sobre a PA, abordar este tema mostra-se muito importante, porque o fumo é o único fator de risco totalmente evitável de doença e morte cardiovasculares, e seu enfrentamento precisa ser feito. O combate ao tabagismo é difícil, pelas dependências química e psíquica que causa, mas os benefícios da cessação na mortalidade CV já ocorrem a curto prazo. O rigor no combate e no controle, a orientação contínua e o apoio psicoemocional incondicional ao tabagista, com a eventual prescrição de medicamentos, têm-se mostrado a abordagem mais eficaz. É também importante a proteção contra a exposição ao fumo passivo que também implica maior risco.

Fatores Psicossociais: O controle do estresse emocional, por diversas técnicas existentes, pode contribuir para a prevenção da HA carecendo ainda de mais estudos robustos nesse sentido. O treino desse controle resulta em: redução da reatividade CV e redução da PA e de sua variabilidade.

Torna-se evidente, portanto, que o controle da HAS é complexo e envolve múltiplas ações conjuntas que devem ser levadas em consideração para que um resultado positivo possa ser alcançado.

Além disso, no quesito tratamento, o monitoramento do paciente hipertenso deve ser feito por meio de consultas médicas e de enfermagem para o acompanhamento dos casos que atingiram a meta pressórica que deverão ser preferencialmente intercaladas. Sugere-se que sua periodicidade varie de acordo com o risco cardiovascular estabelecido por meio do escore de Framingham e de acordo com as necessidades individuais, considerando-se as diretrizes locais. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37, Brasília, 2014).

Figura 1: Escore de Framingham.

Categoria	Risco de evento cardiovascular em 10 anos	Consulta médica	Consulta de enfermagem	Consulta odontológica
Baixo	< 10 %	Anual	Anual	Anual
Moderado	10 – 20 %	Bimestral	Bimestral	Anual
Alto	20 %	Quadrimestral	Quadrimestral	Anual

Fonte: DAB/SAS/MS.

Evidencia-se que, os índices de controle da HAS ainda são insatisfatórios no Brasil. Os motivos para a falta de controle dos hipertensos são diversos, mas um dos fatores de maior peso neste cenário é a falta de adesão ao tratamento. A adesão ao tratamento é um processo complexo e multidimensional. Os problemas de adesão nem sempre são fáceis de se detectar, e quantificá-los é ainda mais difícil. Medir a adesão ao tratamento é uma tarefa complexa. Não há um método considerado padrão-ouro que represente as várias dimensões que envolvem o processo. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2020).

Para se conseguir alcançar o controle dos níveis pressóricos de pacientes hipertensos é necessário um maior empenho por parte dos profissionais da AP, sob a forma de trabalho em equipe, por meio de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, utilizando tecnologias de alta complexidade e baixa densidade. Destaca-se que operacionalizar e fazer a APS ser efetiva como eixo organizador do sistema de saúde é um desafio para todos, gestores e profissionais, em virtude das distintas formas de disputa de interesse e compreensão das formas de gerir o sistema e colocar o usuário como centro do processo de atenção à saúde. Dantas e Roncalli (2017)

Conforme a Sociedade Brasileira de Cardiologia, alguns fatores podem interferir diretamente na adesão do tratamento anti-hipertensivo, dentre eles é válido ressaltar:

FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS: Sexo; Idade; Baixa escolaridade; Baixa renda; Minorias raciais/etnicidade; Acesso a transporte, distância e moradia em zona rural; Situações de desastres e pandemia.

FATORES RELACIONADOS COM O TRATAMENTO MEDICAMENTOSO :Falta de medicamentos nos serviços de saúde; Custo de aquisição dos medicamentos; Efeitos adversos; Esquemas posológicos complexos; Esquema terapêutico inadequado; Tratamento contínuo e prolongado.

FATORES RELACIONADOS COM AS EQUIPES E O SISTEMA DE SAÚDE: Relacionamento médico/paciente inadequado; Ausência de atendimento em equipe multiprofissional; Tratamento não individualizado; Falha de identificar a não adesão; Comunicação ineficaz; Sobrecarga de trabalho da equipe de saúde; Falta de atualização.

FATORES RELACIONADOS COM O PACIENTE: Negação do diagnóstico; Falta de percepção do benefício do tratamento; Conhecimento inadequado da doença e de seu tratamento; Esquecimento de tomar a medicação; Baixa motivação e autoestima; Medo de dependência e dos efeitos adversos dos medicamentos.

Assim, as mudanças no estilo de vida (MEV) são de difícil implementação, e a sociedade como um todo deve participar deste esforço. São importantes programas contínuos de educação em saúde dirigidos a alunos de escolas profissionalizantes; alunos de primeiro e segundo graus; equipes de instituições; empresas; e comunidade. As ações de conscientização são estratégias importantes, por meio de mídia; campanhas temáticas periódicas (Dias Municipal, Estadual e/ou Nacional de Prevenção e Combate à HAS – lei federal 10.439 de 30/04/2002, Semana da HA, May Measurement Month da International Society of Hypertension etc.); e ações adicionais: incorporação das ações de prevenção, detecção e controle da HA nos programas de atenção primária à saúde, incluindo crianças e adolescentes e, particularmente, programas de saúde escolar; implementação de programas de assistência multiprofissional; fortalecimento de normas governamentais para reduzir o conteúdo de sódio e gorduras saturadas dos alimentos industrializados; aperfeiçoamento na rotulagem do conteúdo nutricional dos alimentos; e monitorização das ações de prevenção e controle da HAS e seus resultados por meio de eficientes indicadores de saúde.

METODOLOGIA

O presente artigo foi realizado a partir de uma análise particular da ESF- Alto da Boa Vista II, no município de Araripina, com a observação crítica do atual Cartão de Controle da Hipertensão e Diabetes, a fim de identificar fatores já existentes que precisam ser melhorados e fatores que devem ser incluídos para aperfeiçoar o acompanhamento dos paciente. Além disso, a partir da participação em anamneses realizadas na ESF, foi possível identificar de forma empírica alguns fatores e estilos de vida que não devem ser mantidos pelas pessoas diagnosticadas com a HAS, já que a adoção de uma vida saudável está intrinsecamente ligada ao controle dessa enfermidade. Sendo assim, a pesquisa teve uma abordagem quali-quantitativa, uma natureza aplicada e objetivos explicativos.

Para o embasamento teórico, foi feita uma revisão bibliográfica, por meio do Caderno de Atenção Básica-Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica-Hipertensão Arterial Sistêmica, das Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, do livro Porto Semilogia Médica e de artigos referentes ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica, com a finalidade de identificar na literatura os principais elementos que podem dificultar o controle dos níveis pressóricos em pacientes hipertensos. Desse modo, com base nos aspectos investigados na pesquisa, uma sugestão de Cartão de acompanhamento da Hipertensão foi elaborada, visando a manutenção dos pontos positivos do cartão vigente, mas acrescentando outros fatores que se fazem necessários.

Diante disso, o aplicativo Canva foi utilizado para confeccionar o novo modelo de cartão e os devidos ajustes foram realizados para lapidar a ferramenta de uso da Atenção Primária de Saúde.

Conforme está descrito na figura 2, o atual cartão só possui espaço para as medicações, para o escore de Framingham e para escassas informações sobre os indicadores de saúde.

Figura 2: Cartão de Controle da Hipertensão e Diabetes.

CONTROLE PESSOAL

	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
DATA												
PA												
PESO												
IMC												
CINTURA												
GLICÊMIA												

GOVERNO MUNICIPAL
Araripina
SECRETARIA DE SAÚDE

Cartão de Controle da Hipertensão e Diabetes

Unidade de Saúde de Referência _____

Nome: _____

DN: _____ Idade: _____

Endereço: _____

Alto Risco
 Risco Intermediário
 Baixo Risco

ACS: _____

MEDICAÇÕES	QUANTIDADE MENSAL	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO	NOVEMBRO	DEZEMBRO
HIDROCLOROTIAZIDA 25mg		/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
PROPRANOLOL 40mg		/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
CAPTOPRIL 25mg		/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
LOSARTANA POTÁSSICA 50mg		/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
ATENOLOL 25mg		/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
ATENOLOL 50mg		/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
ATENOLOL 100mg		/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
ENALAPRIL 5mg		/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
ENALAPRIL 20mg		/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
FUROSEMIDA 40mg		/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
METILDOPA 250mg		/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
AAS 100mg		/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
ANLODIPINO 5mg		/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
CARVEDIOL 6,25mg		/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
CARVEDIOL 12,5mg		/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
NIFEDIPINO 20mg		/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
GLIBENCLAMIDA 5mg		/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
METFORMINA 500mg		/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
METFORMINA 850mg		/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
INSULINA REGULAR		/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
INSULINA NPH		/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /

Fonte: Secretaria de Saúde de Araripina-PE.

CONCLUSÃO

Com base na análise do Cartão de Controle da Hipertensão e Diabetes em uso no município de Araripina e no estudo de alguns fatores que podem interferir diretamente na adesão do tratamento anti-hipertensivo, alguns elementos da ferramenta vigente foram identificados como pontos positivos que devem ser mantidos, a exemplo da identificação do paciente e da unidade de saúde de referência, da classificação do risco em Alto risco, Risco intermediário e Baixo Risco e também, das possíveis medicações utilizadas e as respectivas datas de recebimentos dos medicamentos na ESF. No entanto, analisando conceitos estabelecidos pela Sociedade brasileira de Cardiologia, identificou-se a necessidade de acrescentar indicadores psicossociais, ocorrências de complicações, informações sobre alimentação, indicadores de saúde e espaço para encaminhamentos.

Tendo em vista que no Brasil, os desafios do controle e prevenção da HAS e suas complicações são, sobretudo, das equipes de Atenção Básica (AB), a elaboração da nova sugestão de ferramenta de acompanhamento da HAS foi pensada como uma forma de aprimorar o cuidado ao paciente hipertenso, tornando-o mais específico e integral e expandindo-o para além do tratamento farmacológico.

Ademais, o Ministério da Saúde preconiza que sejam trabalhadas as modificações de estilo de vida, fundamentais no processo terapêutico e na prevenção da hipertensão, como a alimentação adequada, sobretudo quanto ao consumo de sal e ao controle do peso, a prática de atividade física, o abandono do tabagismo e a redução do uso excessivo de álcool, já que esses são fatores que precisam ser adequadamente abordados e controlados.

É evidente que o controle da HAS é complexo e envolve múltiplas ações conjuntas que devem ser levadas em consideração para que um resultado positivo possa ser alcançado, e tendo isso como base, o Cartão de acompanhamento da Hipertensão Arterial foi criado com o intuito de acolher o paciente hipertenso de forma mais abrangente, considerando-o em sua totalidade.

Conforme a figura 3, a sugestão de ferramenta desenvolvida apresenta-se mais ampla que o modelo vigente e abrange fatores importantes para o acompanhamento da HAS.

Figura 3: Cartão de acompanhamento de acompanhamento da Hipertensão Arterial

Indicadores de saúde:												
	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Data												
PA (mmHg)												
Peso												
Cintura												
Circ. Abd												
Quadril												
IMC												
Ativ. Física												
Fumo												
Álcool												
Insônia												
Interrup.Tratm												

Alimentação-Redução no consumo de:												
	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Data												
Sal												
Café												
Gorduras												

Indicadores Psicossociais:												
	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Data												
Estresse												
Baixa Autoestima												
Depressão												
Ansiedade												
Apoio familiar												
Empregado												
Lazer												

Cartão de acompanhamento da Hipertensão Arterial

Nome: _____

DN: _____ Idade: _____

Sexo: _____ Estado Civil: _____

Ocupação: _____

Endereço: _____

Alto Risco
 Risco intermediário
 Baixo Risco

● Alto Risco ● Risco Intermediário ● Baixo Risco

Unidade de Saúde de Referência

ACS: _____

Ocorrência de complicações:												
Data												
Internação												
AVE												
IAM												
Angina												
Insuficiência cardíaca												
Neuropatia												
Aterosclerose												
Arritmias												
Doença Vascular Periférica												

Encaminhamentos:												

MEDICAÇÕES	QUANTIDADE MENSAL	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
HIDROCLOROTIAZIDA 25mg													
PROPANOLOL 40mg													
CAPTOPRIL 25 mg													
LOSARTANA POTÁSSICA 50mg													
ATENOLOL 25mg													
ATENOLOL 50mg													
ATENOLOL 100mg													
ENALAPRIL 5mg													
ENALAPRIL 20mg													
FUROSEMIDA 40mg													
METILDOPA 250mg													
AAS 100mg													
ANLÓDIPINO 5mg													
CARVEDIOL 6,25mg													
CARVEDIOL 12,5mg													
NIFEDIPINO 20mg													

Fonte: Autoria própria.

O controle dos níveis pressóricos é um fator imprescindível para a melhora dos indicadores de saúde e, no que se refere à problemática da Hipertensão Arterial Sistêmica, esse controle implica também na diminuição de complicações e internações decorrentes do descontrole da pressão arterial.

A elaboração da nova ferramenta permite um acompanhamento mais expressivo e sistemático do hipertenso, bem como a identificação de condições individuais e sociais que podem contribuir de forma direta ou indireta para a elevação das cifras pressóricas. Além disso, torna-se um guia para a condução da consulta, permitindo que exista um maior diálogo entre o profissional e o paciente, bem como um espaço que permita registros mais completos e abrangentes, ofertando maior integralidade do cuidado.

Sendo assim, a prevenção continua a ser a melhor opção em termos de custo-benefício e a abordagem adequada dos fatores de risco para o desenvolvimento da HAS precisa ser bem trabalhada no SUS, a fim de gradativamente atenuar os desafios do controle dessa enfermidade.

DECLARAÇÃO DE INTERESSES

Nós, autores deste artigo, declaramos que não possuímos conflitos de interesses de ordem financeira, comercial, político, acadêmico e pessoal.

REFERÊNCIAS

ALVIM, Lipe de Mello. O Escore de Risco de Framingham tem utilidade na prevenção de doenças cardiovasculares pela proposta de intervir nos fatores de risco modificáveis e propor mudanças no estilo de vida, além de ser forma eficiente de abordagem das doenças pela possibilidade de garantir adequada adesão medicamentosa e ao tratamento. 2014. TCC (Especialista, curso de Atenção Básica em Saúde da Família) - Universidade Federal de Minas Gerais, [S. l.], 2014.

Barroso, Weimar Kunz Sebba et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. Arquivos brasileiros de cardiologia, v. 116, n. 3, p. 516-658, 2021. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/11449/207940>>.

Brasil. Ministério da Saúde (MS). Cadernos de Atenção Básica-Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica-Hipertensão Arterial Sistêmica. Brasília: MS; 2010. Nº 37.

DANTAS, Rosimery Cruz de Oliveira; RONCALLI, Angelo Giuseppe. Protocolo para indivíduos hipertensos assistidos na Atenção Básica em Saúde. Ciência & Saúde Coletiva, [S. l.], p. 295-306, 1 mar. 2017.

Semiologia Médica - Celmo Celso Porto - 5ª Edição. 2005. Editora Guanabara Koogan

VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arq Bras Cardiol 2010; 95(1 supl. 1): 1-51.

Índice Remissivo

A

Absenteísmo 15, 221, 222, 223, 224
Absenteísmo Nos Serviços Ambulatoriais 221, 223
Alimentação 38, 39, 41, 48, 88, 90, 91, 96, 97, 127, 167, 176, 186, 188, 189, 190, 193, 194, 195, 196, 197, 198
Alimentação E Nutrição 187
Alimentação Escolar 186, 188, 196
Antimicrobianos 199, 201, 202, 203, 204, 205, 206, 207, 208, 209, 210, 211
Aquecimento E Desaquecimento Vocal 235, 239
Área Hospitalar 14, 16, 24, 25
Assistência À Saúde Da Mulher 28, 31, 53
Assistência Pré-Natal 50, 55, 60, 61, 63, 65, 66, 69
Atenção À Saúde Da Gestante 51
Atenção Básica (Ab) 88, 90, 96, 119
Atendimento Odontológico 51, 53, 57
Atendimento Prestado À Mulher 28, 33
Autoridades De Saúde 14, 16
Avaliação Microbiológica 37, 39, 43
Avaliação Perceptivo-Auditiva 235, 241, 245

B

Bactérias Patogênicas 174, 176
Boa Alimentação 37
Boas Práticas De Fabricação (Bpf) 186, 190, 191

C

Câncer De Pênis 110, 114
Cartão De Acompanhamento Da Hipertensão 88, 90
Circunferência Abdominal 127, 230, 231
Clínicas Médica 101, 103
Clínicos Gerais 200
Condições Higiênico-Sanitárias 186, 189, 190, 193, 194, 195, 196
Conhecimento Técnico 37, 45, 240
Conscientização Do Homem Sobre O Hpv 110, 112
Conservação De Alimentos 37
Consultas De Pré-Natal 51, 53
Consultas Previamente Agendadas 221, 223
Consumidores De Leite 174
Contaminações 38, 43, 174, 176
Controle 49, 88, 91, 94, 95, 96, 171
Controle Da Has 91, 93, 94, 97, 212
Controle Da Hipertensão 88, 90, 217

Convênios 101, 103
Covid-19 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 168, 258
Cuidado À Saúde Das Mulheres 28, 31, 32
Cuidado Infantil 71, 72, 73, 78, 79, 80, 81, 82, 87
Cuidados Com O Coto Umbilical 71, 76, 79
Cuidados De Qualidade 14, 25

D

Depressão 16, 21, 22, 128
Diabetes 88, 89, 94, 95, 96, 227, 233, 234
Diabetes Mellitus 226, 227, 228, 229, 230, 231, 232, 233
Diagnóstico 20, 28, 33, 55, 58, 60, 62, 63, 65, 67, 68, 70, 88, 89, 90, 91, 94, 115, 116, 117, 118, 119, 121, 122, 124, 187, 195, 227, 228, 229, 230, 231
Dislipidemia 127
Doença 15, 17, 20, 42, 86, 88, 89, 91, 92, 94, 95, 99, 105, 109, 112, 114, 117, 119, 214, 215, 217, 218, 226, 228, 244
Doenças Cardiovasculares 89, 99, 127, 129, 135, 232
Doenças Transmissíveis 111, 120

E

Educação Em Saúde 37, 101, 109, 219
Enfermagem Transcultural 71, 72, 74
Enfermeiros 14, 16, 20, 21, 23, 25, 26, 73, 79, 102, 200, 203
Enfermidade 37, 90, 94, 98
Equipe De Enfermagem 101, 103, 107, 108
Escherichia Coli 37, 38, 39, 40, 44, 45, 48
Estratégia De Saúde Da Família (Esf) 90, 116, 226, 228
Estrutura Organizacional 50, 52, 107
Eventos Cardiovasculares 90, 212, 217
Exames 51, 53, 55, 57, 101, 105, 106, 107, 112, 116, 117, 194, 214, 223

F

Fatores De Risco Cardiovascular 127, 129, 130
Fertilidade 226
Financiamento Da Assistência À Saúde 51
Fitoterápico 249

G

Gestão Da Educação Na Saúde 167
Ginecologistas 200
Glicemia 127

H

Hiperglicemia 226, 228
Hipertensão Arterial Sistêmica (Has) 88, 89, 214
Hiv 51, 53, 55, 56, 60, 62, 63, 64, 65, 67, 68, 69, 113

Hospital Referência 101, 103

I

Idosos 18, 37, 38, 39, 42, 43, 45, 47, 92, 216, 217, 245

Importância Da Saúde Mental 14, 25

Importância Do Acompanhamento 221, 223

Indicadores De Saúde 52, 88, 94, 95, 96, 98

Indivíduos Hipertensos 90, 99, 212, 217

Indústria Farmacêutica 212, 255

Infecção 14, 16, 18, 21, 38, 56, 78, 110, 112, 113, 114, 115, 117, 118, 119, 177

Ingesta Excessiva De Álcool 128

Instituição Hospitalar 101, 103, 208

Instituições De Longa Permanência De Idosos (Ilpis) 37, 39

Instrumentos De Mensuração 235

Intervenções Psicológicas 14, 16, 17

L

Legislação Sanitária De Alimentos 187, 191

Leite 42, 77, 78, 91, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 183, 184, 185, 255

Leite Cru 174, 176, 177, 178, 183, 184

M

Manipuladores De Alimentos 37, 45, 46, 47, 187, 192, 193, 194, 198

Medicina Tradicional 71, 72, 74

Médicos 14, 16, 18, 20, 21, 33, 201, 251

Menopausa 226, 228, 229, 230, 231, 232, 233

Microrganismos Patogênicos 174, 176, 177, 194

Monitorização 88, 90, 94

Multirresistência 200

N

Níveis De Estresse 14, 16, 24

Nutrição 45, 48, 186, 195, 196, 197, 198

O

Obesidade 91, 127, 214, 215, 217, 228, 260

Oftalmologistas 200

Organização Mundial Da Saúde (Oms) 189, 199, 201

Orientação Familiar E Comunitária 28, 29

P

Pacientes 14, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 56, 88, 90, 93, 95, 101, 103, 104, 105, 107, 108, 109, 114, 115, 201, 202, 205, 209, 212, 213, 215, 217, 221, 223, 224, 231

Pandemia 14, 16, 17, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 48, 93, 168

Papillomaviridae 111, 115

Papilomavírus Humano 110, 112, 115, 123
Parto 29, 78, 156, 157
Parto Humanizado 156
Patogenias 110
Plantas Como Método Terapêutico 249
Plantas Medicinais 249, 250, 251, 252, 253, 254, 255, 258, 259, 260
Políticas De Gestão 50, 52
Políticas De Saúde 51, 52, 59, 82
Pós-Parto 156
Pré-Natal 50, 60, 61, 63, 65, 66, 69
Prescrições De Antimicrobianos 199
Pressão Arterial 53, 89, 90, 98, 127, 214, 215, 216, 217, 219, 228
Problemas Emocionais 14, 16
Produção De Medicamentos 212
Professores De Canto 235, 243, 245
Profissionais Da Atenção Básica 14, 16
Profissionais Da Saúde 14, 19, 20, 22, 23, 24, 25, 33, 56, 59, 129, 156
Profissional Fonoaudiólogo 235
Promoção Da Saúde 17, 25, 27, 28, 29, 30, 32, 33, 34, 35, 52, 85, 86, 102, 115, 129, 219
Protocolos 20, 56, 58, 235, 240, 241

Q

Qualidade Nutricional 37, 38, 48

R

Recursos Financeiros 51, 52, 59, 193
Risco Biológico 14, 16
Risco Cardiovascular 93, 127, 129, 130, 135, 136

S

Satisfação Da Assistência 101, 103
Saúde Cardiovascular 128
Saúde Da Gestante 51, 54, 55, 57, 58
Saúde Da Mulher 28, 29, 30, 32, 33, 34, 35
Saúde Mental 14, 16, 17, 19, 21, 22, 23, 24, 25, 26
Saúde Pública 34, 48, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 70, 115, 122, 124, 208, 209, 210
Sedentarismo 92, 127, 214, 215, 217, 228
Segurança Alimentar 48, 49, 187, 196
Segurança Alimentar 37, 197
Serviços De Saúde 18, 19, 24, 25, 33, 50, 52, 55, 94, 116, 117, 122, 125, 168, 203, 205, 223
Setores De Internação 101, 103
Sífilis 51, 53, 55, 56, 60, 62, 63, 64, 65, 67, 68, 69, 70, 255
Sistema Único De Saúde 30, 52, 103, 108, 113, 120, 167, 204, 223
Situações Traumáticas 14, 24
Sobrecarga Emocional 14, 24

Sobrepeso 127, 228
Sofrimento Mental Dos Trabalhadores 14, 16
Staphylococcus Aureus 37, 38, 39, 40, 45, 48, 176, 210
Suporte Profissional E Estrutural 51, 59

T

Tabagismo 90, 92, 97, 113, 115, 127, 217
Técnicos De Enfermagem 14, 16
Transtorno Metabólico Heterogêneo 226
Tratamento 19, 21, 22, 24, 39, 47, 55, 60, 62, 63, 65, 67, 68, 70, 78, 82, 83, 88, 89, 90, 91, 93, 94, 95, 96, 99, 107, 115, 116, 117, 119, 121, 122, 174, 176, 177, 200, 202, 203, 204, 205, 212, 215, 216, 217, 219, 223, 251, 252, 256
Tratamento Anti-Hipertensivo 88, 93, 96, 217
Tratamento Não Farmacológico 212
Tratamentos Terapêuticos 235

U

Unidades De Saúde 51, 57
Uso Indiscriminado De Medicamentos 199, 201

V

Vacinas 110, 111, 112, 113, 118, 123, 124
Ver-Sus Potiguar 167, 168
Vida Reprodutiva Da Mulher 226
Vigilância Sanitária 36, 37, 39, 43, 45, 46, 187, 189, 196, 198, 207, 256, 258
Violência Obstétrica 156
Vírus 17, 18, 20, 24, 110, 111, 112, 113, 115, 116, 117, 118, 119, 124
Voz Cantada 235, 236, 237, 238, 239, 241, 243, 244, 245
Voz Falada 235, 236, 240, 241, 243, 244



editoraomnisscientia@gmail.com 

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

@editora_omnis_scientia 

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

+55 (87) 9656-3565 



editoraomnisscientia@gmail.com 

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

@editora_omnis_scientia 

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

+55 (87) 9656-3565 