



SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL: UM PANORAMA ATUAL



Volume 1

**Organizadora:
Cindy J S Ferreira**



EDITORA
OMNIS SCIENTIA



SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL: UM PANORAMA ATUAL



Volume 1

Organizadora:
Cindy J S Ferreira



Editora Omnis Scientia

SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL: UM PANORAMA ATUAL

Volume 1

1ª Edição

TRIUNFO - PE

2022

Editor-Chefe

Me. Daniel Luís Viana Cruz

Organizadora

Cindy J S Ferreira

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

Canva

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

S255 Saúde pública no Brasil: um panorama atual [recurso eletrônico] / organizadora Cindy J. S. Ferreira. — 1. ed. — Triunfo : Omnis Scientia, 2022.
Dados eletrônicos (pdf).

Inclui bibliografia.
ISBN 978-65-5854-764-8
DOI: 10.47094/978-65-5854-764-8

1. Saúde pública - Brasil. 2. Pessoal da área de saúde - Formação. 3. Política de saúde - Brasil.
4. Sistema Único de Saúde (Brasil). I. Ferreira, Cindy J. S. II. Título.

CDD22: 362.1098142

Editora Omnis Scientia

Triunfo – Pernambuco – Brasil

Telefone: +55 (87) 99656-3565

editoraomnisscientia.com.br

contato@editoraomnisscientia.com.br



PREFÁCIO

A Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1946 definiu a saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não somente ausência de afecções e enfermidades” e, portanto, a saúde pública está intimamente ligada nesta definição, uma vez que é a grande responsável por associar todo o conjunto de medidas que são executadas pelo Estado, para garantir o bem-estar físico, mental e social de toda a população brasileira.

Nesta perspectiva, é importante que profissionais da saúde tenham a compreensão do valor da interdisciplinaridade e interprofissionalidade na solução dos problemas de ordem de saúde pública, associando as mais diversas áreas de conhecimento na intenção de produção e aperfeiçoamento do conhecimento, além da resolução ou até mesmo cura das doenças, e com conseqüente melhora da qualidade de vida da população.

Sendo assim, os profissionais da saúde necessitam de constante atualização em relação ao conhecimento científico que está sendo gerado no Brasil, complementando a formação de um profissional ou estudante, através da amplitude e domínio do conhecimento que é gerado a partir dos mais variados temas que compõem o campo da saúde pública brasileira. À vista disso, o volume 1 de 2022, traz a proposta de uma educação continuada para profissionais e estudantes, representando boa parte da demanda do conteúdo científico gerado no Brasil através de artigos técnicos e científicos, com o tema “SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL: UM PANORAMA ATUAL”.

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 15, intitulado “ESCOMBROS DA SAÚDE MENTAL: ALGO AINDA ESTÁ DE PÉ?”.

SÚMÁRIO

CAPÍTULO 116

PERFIL DOS IDOSOS EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E FATORES DE RISCOS RELACIONADOS

Tiffany de Albuquerque Ribeiro

Maria de Nazaré de Souza Ribeiro

Fátima Helena do Espírito Santo

Cleisiane Xavier Diniz

DOI: 10.47094/978-65-5854-764-8/16-28

CAPÍTULO 229

RELAÇÃO DAS VARIÁVEIS CLIMÁTICAS DE MACEIÓ COM AS DOENÇAS RESPIRATÓRIAS EM CRIANÇAS MENORES DE 5 ANOS

Ana Cecília Silvestre da Silva

Iara Maria Ferreira Santos

Mylena Cristina Clementino Albuquerque

Rosana Alves Ferreira Nunes Mendes

DOI: 10.47094/978-65-5854-764-8/29-42

CAPÍTULO 343

PERCEPÇÃO MATERNA SOBRE AMAMENTAÇÃO E INTRODUÇÃO PRECOCE DA ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR

Társila Estefânia Gomes Rodrigues

Larissa Grace Nogueira Serafim de Melo

Raísa Acácio França Costa

DOI: 10.47094/978-65-5854-764-8/43-55

CAPÍTULO 4	56
ASPECTOS NUTRICIONAIS DE PACIENTES COM CÂNCER ATENDIDOS EM UM HOSPITAL DE ATENDIMENTO ONCOLÓGICO	
Gleidison Andrade Costa	
Eliakim do Nascimento Mendes	
Camila Araújo Pereira	
Paula Francinette Fernandes Aguiar	
Bianca Guedes Silva Almeida	
Gabriela Sander de Sousa Nunes Costa	
DOI: 10.47094/978-65-5854-764-8/56-71	
CAPÍTULO 5	72
OS DESAFIOS DA SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA COM RELAÇÃO À ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL DAS CRIANÇAS	
Bárbara Duarte Cangussu	
Gabriela Abreu Murad	
Isabela Viana Gonçalves	
DOI: 10.47094/978-65-5854-764-8/72-80	
CAPÍTULO 6	81
SOFTWARES ABERTOS COLABORATIVOS EM ENFERMAGEM	
Alice Andrade Antunes	
Bruna Dantas Diamante Aglio	
Carlos Luiz Dias	
DOI: 10.47094/978-65-5854-764-8/81-96	
CAPÍTULO 7	93
COMPREENSÃO DAS MULHERES USUÁRIAS DO SUS SOBRE A IMPORTÂNCIA DA REALIZAÇÃO DO EXAME PAPANICOLAU	
Patrícia Pereira Tavares de Alcantara	
Nadiene de Matos Oliveira	
Herlys Rafael Pereira do Nascimento	

John Carlos de Souza Leite
Francisca Evangelista Alves Feitosa
Maria Anelice de Lima

DOI: 10.47094/978-65-5854-764-8/93-104

CAPÍTULO 8105

VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER SOB A PERSPECTIVA DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

Patrícia Pereira Tavares de Alcantara
Daiana de Freitas Pinheiro
Francisca Evangelista Alves Feitosa
Estefani Alves Melo
Mariana Andrade de Freitas
Maria Anelice de Lima

DOI: 10.47094/978-65-5854-764-8/105-115

CAPÍTULO 9116

ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO ATENDIMENTO A MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA

Patrícia Pereira Tavares de Alcantara
Patrícia Alves de Andrade
Rachel Cardoso de Almeida
Maria Regilânia Lopes Moreira
Francisca Evangelista Alves Feitosa
Mariana Andrade de Freitas
Estefani Alves Melo
Maria Anelice de Lima

DOI: 10.47094/978-65-5854-764-8/116-127

CAPÍTULO 10	128
COVID-19 EM ADOLESCENTES: CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS DOS CASOS CONFIRMADOS NO NORDESTE DO BRASIL	
Brena Shellem Bessa de Oliveira	
Ires Lopes Custódio	
Francisca Elisângela Teixeira Lima	
Sabrina de Sousa Gurgel Florencio	
Glaubervania Alves Lima	
Kirley Kethellen Batista Mesquita	
Ana Barbosa Rodrigues	
Patricia Neyva da Costa Pinheiro	
DOI: 10.47094/978-65-5854-764-8/128-142	
CAPÍTULO 11	143
SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL NO BRASIL: PERCURSO HISTÓRICO, AVANÇOS E DESAFIOS DA ATUALIDADE	
Mariana Nathália Gomes de Lima	
Vanessa Sá Leal	
DOI: 10.47094/978-65-5854-764-8/143-153	
CAPÍTULO 12	154
A RELAÇÃO DO CONSUMO DE BEBIDAS AÇUCARADAS E AS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS	
Iana Carolina Meira Barboza	
Francisco Fábio Bezerra de Oliveira	
Ludmila Araújo Rodrigues de Lima	
Maria Misrelma Moura Bessa	
DOI: 10.47094/978-65-5854-764-8/154-164	

CAPÍTULO 13	165
INDICADORES DE SAÚDE DO IDOSO: CONTEXTUALIZAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA PARA A SAÚDE PÚBLICA	
Iara Maria Ferreira Santos	
Cidênia Mônica Soares de Souza	
DOI: 10.47094/978-65-5854-764-8/165-177	
CAPÍTULO 14	178
O PAPEL DA FISIOTERAPIA CARDIOVASCULAR NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	
Cecília Gonçalves de Souza	
Igor Lucas Geraldo Izalino de Almeida	
Keity Lamary Souza Silva ³ ;	
Débora Fernandes de Melo Vitorino	
Henrique Silveira Costa	
DOI: 10.47094/978-65-5854-764-8/178-194	
CAPÍTULO 15	195
ESCOMBROS DA SAÚDE MENTAL: ALGO AINDA ESTÁ DE PÉ?	
Marcella Dantas Ribeiro	
Mariana Nathália Gomes de Lima	
Lucas Lima de Medeiros	
Raphaella Christine Ribeiro de Lima	
Elieudes Alves Teté dos Santos	
Elânia Vanderlei da Silva	
Kary Roberta Silva Ramos	
Railton Florencio De Moura Farias	
Raíssa Andrade De Araújo Silva	
Mariana Guimarães Dos Santos	
Paula Regina Lima de Moraes Pergentino	
DOI: 10.47094/978-65-5854-764-8/195-205	

CAPÍTULO 16206

SAÚDE MENTAL NO PÓS PANDEMIA: UMA QUESTÃO EMERGENTE

Mônica Vicente de Souza

Francisco das Chagas Maciel

Thainara Santos de Oliveira

Alessandra Gonzaga Ramos

Monikelle Costa Rocha

Livia de Jesus Vasconcelos

Gemima Lima Pereira

DOI: 10.47094/978-65-5854-764-8/206-211

CAPÍTULO 17212

IMPACTO DA PANDEMIA PELA COVID-19 NO COMPORTAMENTO DE CÃES E GATOS EM SERGIPE

Livia Santos Lima

Jéssica Layane Oliveira Fontes

Anita de Souza Silva

Renata Rocha da Silva

Roseane Nunes de Santana Campos

DOI: 10.47094/978-65-5854-764-8/212-222

CAPÍTULO 18223

PARTO PREMATURO NO BRASIL: UMA REVISÃO DA LITERATURA CONTEMPLANDO O CENÁRIO ATUAL

Ana Carolina Melo Franco Sleumer Hamacek

Luana Costa Vieira

Rachel Barros Pinheiro

Liv Braga de Paula

DOI: 10.47094/978-65-5854-764-8/223-231

CAPÍTULO 19232

CONTROLADORES DE ELITE COMO ESTRATÉGIA DE CURA DO VÍRUS HIV

Andressa de Oliveira Rosa

Xisto Sena Passos

Mariana Félix Prudente

DOI: 10.47094/978-65-5854-764-8/232-241

CAPÍTULO 20242

**INTEGRALIDADE DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE DE PROFISSIONAIS DO SEXO:
REVISÃO DE LITERATURA**

Antônio Bertolino Cardoso Neto

Dilma Aparecida Batista Ferreira

Mariana Machado dos Santos Pereira

Juliano Fábio Martins

Ana Paula da Silva Queiroz

Thays Peres Brandão

Márcio Paulo Magalhães

Paula Cardinale de Queiroz Romão

Cristiano Vieira Sobrinho

Maxwel Soares Santos

Carolina Peres Brandão

DOI: 10.47094/978-65-5854-764-8/242-251

CAPÍTULO 21252

**MÉTODOS CONTRACEPTIVOS OFERECIDOS PELO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE:
UMA EXPERIÊNCIA COM O DISPOSITIVO INTRAUTERINO DE COBRE**

Camilly Helena Fiusa Tenório

Maria Aleksandra Silva dos Santos

Fabiana Aparecida Vilaça

Adriano dos Santos Oliveira

DOI: 10.47094/978-65-5854-764-8/252-266

CAPÍTULO 22267

AÇÕES NÃO FARMACOLÓGICAS PREVENTIVAS AOS RISCOS OCUPACIONAIS CAUSADOS PELA PANDEMIA DE COVID-19 A PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

Isadora Fernandes da Costa

Rosirene Maria Fernandes da Costa

Isilda Soares

Marilurdes Silva Farias

Maura Magda Cucolicchio Guedes Barreto

Leandra Andréia de Sousa

José Renato Gatto Júnior

DOI: 10.47094/978-65-5854-764-8/267-312

CAPÍTULO 23313

ADESÃO ÀS CONSULTAS DE PUERICULTURA EM COMUNIDADE RURAL NO SERTÃO PERNAMBUCANO

Maria Clara de Brito Cabral

Davi Pedro Soares Macedo

Ícaro Oliveira Bandeira

João Antônio Gonçalves Filho

Maria Clara da Silva Rodrigues

Natalya Wegila Felix da Costa

Sarah Soares de Melo

Maria Misrelma Moura Bessa

DOI: 10.47094/978-65-5854-764-8/313-322

CAPÍTULO 24323

ANÁLISE DA IMPORTÂNCIA DA VACINA HPV: DISPONÍVEL NOS POSTOS DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE JOÃO LISBOA (MA)

Ana Maria Ferreira dos Santos Torres

Célia Matos de Oliveira

Juciana Ferreira dos Santos Torres

DOI: 10.47094/978-65-5854-764-8/323-335

CAPÍTULO 25336

PANORAMA DA PENICILINA NO BRASIL E NO MUNDO

Flávio Gomes Figueira Camacho

DOI: 10.47094/978-65-5854-764-8/336-341

O PAPEL DA FISIOTERAPIA CARDIOVASCULAR NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Cecília Gonçalves de Souza¹;

Departamento de Fisioterapia da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM).

Igor Lucas Geraldo Izalino de Almeida²;

Programa de Pós-graduação em Reabilitação e Desempenho Funcional da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM).

Keity Lamary Souza Silva³;

Programa de Pós-graduação em Reabilitação e Desempenho Funcional da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM).

Residência em Fisioterapia na Saúde Coletiva da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM).

Débora Fernandes de Melo Vitorino⁴;

Departamento de Fisioterapia da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM).

Residência em Fisioterapia na Saúde Coletiva da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM).

Henrique Silveira Costa⁵.

Departamento de Fisioterapia da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM).

Programa de Pós-graduação em Reabilitação e Desempenho Funcional da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM).

Residência em Fisioterapia na Saúde Coletiva da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM).

RESUMO: Introdução: Desde a expansão e consolidação da Atenção Primária à Saúde (APS), a Fisioterapia revisou o seu papel como profissão. O novo modelo de saúde destacava a prevenção e promoção de saúde, e não apenas a cura e reabilitação. Dentre as especialidades reconhecidas, a Fisioterapia Cardiovascular é recente e pode desempenhar um papel central na APS. Entretanto, a atuação da Fisioterapia Cardiovascular na APS ainda é tímida e seu valor deve ser discutido. **Objetivo:** Discutir o papel da Fisioterapia Cardiovascular na Atenção Primária à Saúde. **Métodos:** Foi realizada uma busca nas principais bases de dados na literatura. Toda ação passível de execução pela Fisioterapia Cardiovascular foi

discutida entre dois autores. **Resultados:** Todas as ações de saúde cardiovascular devem começar pela territorialização. Na entrevista com os usuários, devem ser verificados os dados demográficos, os principais sinais e sintomas da semiologia cardiológica e hábitos de vida, além da aferição da pressão arterial, cálculo do índice tornozelo-braquial e avaliação da hipotensão ortostática. A análise do desempenho funcional pela ser realizada pela classe funcional da *New York Heart Association* (NYHA) ou *Duke Activity Scale Index* (DASI). Além disso, algumas ferramentas e algoritmos foram desenvolvidos para estratificar o risco cardiovascular do usuário, sendo o Escore de Framingham o mais recomendado. Elaborar estratégias relacionadas à saúde cardiovascular e discutir as temáticas com a população assistida também devem ser objetos de atuação do matriciamento e das ações de educação em saúde. Além disso, usuários com comprometimento cardiovascular geralmente apresentam fadiga e dispneia, o que torna importante o acompanhamento funcional dessa população. Considerando as estratégias eficazes e pouco onerosas, o Teste de Caminhada de Seis Minutos, o *Incremental Shuttle Walk Test*, o Glittre-ADL Test e o Teste de Sentar e Levantar podem ser realizados. Por fim, a avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde também pode auxiliar no seguimento dos usuários. **Conclusão:** A Fisioterapia Cardiovascular pode desempenhar papel importante na APS, principalmente com a transição epidemiológica experimentada nos dias de hoje.

PALAVRAS-CHAVE: Sistema Único de Saúde, Atenção Primária, Fisioterapia, Qualidade de vida Relacionada à Saúde.

INTRODUÇÃO

No início dos anos 70, foi dado o primeiro passo para a construção de um modelo de saúde que pudesse atender efetivamente a população como um todo, sem nenhuma distinção, sendo esse movimento político-social denominado de Reforma Sanitária (1). Trata-se de uma união de ideias com o objetivo de implementar um sistema que ofereça saúde pública de qualidade para a população. O marco do movimento foi a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, que tinha como principais reivindicações a saúde com o direito de todos e a reformulação do Sistema Nacional de Saúde, além de financiamento setorial (2). As propostas foram intensamente discutidas e idealizadas na Constituição Federal de 1988, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) (3).

A nova Constituição Federal definiu que “Saúde é direito de todos e dever do Estado” (4), sendo regulamentado o Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil pautado nos princípios da universalidade, integralidade e equidade (5, 6). A universalidade preconiza a saúde como um direito de todos e que o Estado deve ser o provedor de tais recursos (7). Esse princípio propõe a garantia dos serviços de saúde, bem como a necessidade de trabalhar ações de prevenção e redução de agravos. A integralidade trata-se da assistência aos usuários, de forma que não se limita aos aspectos curativos, e sim que abranja o sujeito em diferentes esferas sociais, como seu contexto familiar, cultural e social (7). Considerando o Brasil

como um país de extensão continental e de consideráveis divergência sociais e regionais, o princípio da equidade trata da busca pela redução de desigualdades, já estabelece a assistência de acordo com a necessidade social, econômica, cultural e ambiental (8, 9).

Diante do novo sistema, era necessário setorizar os níveis de atenção à saúde para evitar o afogamento do sistema hospitalar (10), sendo instituídas a Atenção Primária, Secundária e Terciária. A Atenção Primária à Saúde (APS) é a porta de entrada do SUS, é caracterizada por um conjunto de ações em saúde, individuais e coletivas, com atuação na prevenção e promoção à saúde. O foco é o usuário na fase de pré-patogênese, com características de assistência longitudinal, integral e de coordenação (11).

A APS forte e bem estruturada é capaz de reduzir internações e os índices de morbimortalidade, oferecendo à população maior qualidade em atendimento, resultados eficientes e menos onerosos. A APS também pode ser efetiva na coordenação e nos encaminhamentos para os demais níveis, pois é assertiva quanto há necessidade de contrarreferência (12, 13). Para consolidação da APS, foi criado o Programa Saúde da Família (PSF), atual Estratégia Saúde da Família (ESF). Na composição, estabeleceu-se que os profissionais médicos, enfermeiros, técnicos de Enfermagem e agentes comunitários de saúde fariam parte da equipe mínima de trabalho (14). Com a progressiva expansão da ESF, surgiu a necessidade da inserção de diversos profissionais da saúde nesse nível de atenção. A fisioterapia entra na APS junto com a criação do NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família) para ampliar a sua cobertura afim de crescer a capacidade de respostas as demandas da comunidade de maneira efetiva e resolutiva. Apesar de não fazer parte do corpo clínico mínimo exigido, o profissional fisioterapeuta poderia auxiliar nas ações realizadas nas Unidades Básicas de Saúde, principalmente pelas mudanças ocorridas na formação dos novos profissionais nos últimos anos. A entrada da Fisioterapia na APS é relativamente recente, mas a inclusão desse profissional já apresenta bons resultados, evidenciados por melhora na qualidade de vida, prevenção de agravos e autonomia individual dos usuários (15, 16).

Desde a sua regulamentação, em 13 de outubro de 1969 (17), a Fisioterapia sempre direcionou as suas ações para a reabilitação (18). Nessa data, os objetivos eram focados na reabilitação de pessoas que sofreram acidentes de trabalho e vítimas de poliomielite (19, 20). Na década de 90, diante da expansão da APS pela ESF, pela criação de residências multiprofissionais em Saúde da Família, pelos eventos relacionando a Fisioterapia com a saúde coletiva e pela reformulação das Diretrizes Curriculares da Fisioterapia (Parecer CNE/CES no 1.210/2001) (15), o foco também passou a ser na prevenção e promoção da saúde, tanto individual como coletiva.

Dentre as possibilidades de atuação, destacam-se a organização de atividades coletivas (21), atendimentos individuais em casos específicos e visitas domiciliares, promoção, prevenção e educação em saúde (22). Além disso, o fisioterapeuta pode auxiliar também na prevenção de agravos, na vigilância em saúde (18) e atender as demandas nos

diferentes ciclos da vida (criança, adolescentes, saúde do homem, saúde da mulher, adultos, idosos, trabalhadores) e nas condições de saúde crônicas (18). Por fim, também pode ser responsável por questões administrativas como planejamento de ações, coordenação e gestão em saúde (23).

Dentre as especialidades da profissão, a Fisioterapia Cardiovascular foi reconhecida recentemente (COFFITO, 2015). Na resolução no 454, de 25 de abril de 2015, fica definido que o profissional especialista em Fisioterapia Cardiovascular que a prevenção primária e secundária são focos de atuação desse profissional. Tal ação é particularmente importante considerando as mudanças no perfil epidemiológico brasileiro, com aumento da prevalência das doenças crônicas não transmissíveis, como a hipertensão arterial sistêmica e doenças isquêmicas do coração (24). A atuação desse profissional pode auxiliar na prevenção e redução dos altos índices de mortalidade em decorrência de cardiopatias e fatores de risco cardiovasculares que são sensíveis à intervenções (15). Entretanto, a atuação da Fisioterapia Cardiovascular na APS ainda é tímida e pouco expressiva (25), sendo necessário discutir o papel desse profissional no contexto na APS. Diante disso, o objetivo do presente estudo foi discutir, por achados da literatura, o papel da Fisioterapia Cardiovascular na APS.

CARACTERIZAÇÃO, MAPEAMENTO E ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO CARDIOVASCULAR DOS USUÁRIOS

Antes de iniciar qualquer planejamento estratégico, é importante conhecer a população adstrita. Para isso, é necessário fazer a territorialização ou diagnóstico situacional. Além dos dados referentes à estrutura física da Unidade Básica de Saúde, é desejável conhecer o perfil dos usuários, tanto demográfico como clínico, social e econômico. A infraestrutura local também deve ser observada, como a disponibilidade de praças ou outros locais disponíveis para a prática de exercício. Por fim, o comércio local também deve ser considerado, uma vez que a predominância de certas atividades laborais pode guiar as ações da Fisioterapia Cardiovascular no contexto da APS. Por exemplo, pessoas que trabalham em salão de beleza tendem a passar longos períodos em ortostatismo, fator de risco para insuficiência venosa crônica. Dessa forma, destaca-se a necessidade de se conhecer a população-alvo das ações programadas.

Durante as entrevistas individuais na territorialização, é necessário investigar alguns dados para realizar a caracterização da população do ponto de vista da saúde cardiovascular. A presença de fatores de risco modificáveis e parcialmente modificáveis são importantes objetivos de atuação (26). Além disso, os hábitos de vida dos usuários, como nível de atividade física, tabagismo, etilismo e qualidade auto-relatada do sono, por exemplo, devem ser considerados. Também devem ser identificados a presença de sinais e sintomas comumente encontrados em patologias cardiovasculares, como a dispneia, edema, palpitações, cianose, síncope e dor torácica. Úlceras diabéticas ou angiogênicas, ambas passíveis de correção pela Fisioterapia Cardiovascular, estão diretamente relacionadas à

maior morbimortalidade do usuário e exigem trabalho em equipe envolvendo a Fisioterapia e técnicos de Enfermagem. Por fim, um breve exame físico, como avaliação da pressão arterial sistêmica, cálculo do índice tornozelo-braquial (para identificação de possível doença arterial periférica) (27) e glicemia. A hipotensão ortostática, queda da pressão arterial sistólica de 20 mmHg ou da pressão arterial diastólica de 10 mmHg (28), também pode ser avaliada.

Além dos dados clínicos, é importante verificar a aptidão dos usuários. em realizar tarefas do cotidiano, definida como desempenho funcional. O desempenho funcional engloba atividade e participação que o indivíduo executa rotineiramente, em ambiente padrão ou na vida real (29). Usualmente o desempenho funcional é avaliado por auto-relatos ou por questionários já estruturados. Dentre as ferramentas de avaliação do desempenho funcional que podem ser utilizadas na APS, pode-se citar a classe funcional da New York Heart Association (NYHA) e o Duke Activity Scale Index (DASI).

A escala da classe funcional NYHA é uma ferramenta muito utilizada para identificar o momento da presença de sintomas adversos do usuário, como fadiga, dispneia e palpitação (30). A classificação varia de I a IV, sendo que na classe I o usuário é assintomático, na classe II os sintomas são percebidos durante atividades mais intensas que as ordinárias e na classe III os sintomas são desencadeados por atividades com intensidade menor do que as ordinárias. Por fim, na classe IV os usuários relatam sintomas até mesmo durante o repouso. Dessa forma, quanto maior a classe funcional, pior o desempenho do usuário. Trata-se de uma escala simples e extremamente útil no acompanhamento dos usuários, sendo considerada um bom preditor de mortalidade (31). No contexto da APS, por exemplo, ela pode auxiliar na elaboração de estratégias direcionadas para populações com limitações semelhantes e no estabelecimento de frequência de consultas junto à equipe.

Já o DASI é composto por 12 perguntas relacionadas à capacidade dos sujeitos em realizar as atividades do cotidiano, desde andar em ambientes fechados até correr distância curtas. O DASI já foi traduzido para a língua portuguesa (32) e é capaz de identificar os custos metabólicos das atividades que o usuário consegue realizar. A pontuação final varia entre zero e 58,2 pontos, sendo que quanto maior a pontuação, melhor o desempenho funcional.

A estratificação de risco dos usuários é uma ação útil na identificação daqueles com possibilidade de sofrerem eventos adversos, óbito ou sequelas graves. Identificar tais usuários sob risco permite a intervenção precoce e a adoção de medidas preventivas eficazes e mais assertivas. Sendo assim, detectar usuários assintomáticos é fundamental para que a prevenção seja eficiente e resolutiva no contexto da APS (33, 34).

Existem ferramentas e algoritmos que foram desenvolvidos para facilitar tal avaliação. Esses algoritmos classificam o usuário em baixo, moderado ou alto risco. Os principais escores de risco são o Escore de Framingham (ERF), o Escore de Risco de Reynolds (ERR), o Escore de Risco Global (ERG) e o Risco pelo Tempo de Vida (RTV) (35-41).

Dentre os escores citados, o Escore de Framingham é o recomendado pela Sociedade Brasileira de Cardiologia (42), utilizado para avaliar a chance, no período de 10 anos, do usuário sofrer infarto agudo do miocárdio. O instrumento é sensível ao identificar usuários com diferentes estratificações de risco (35). Ele avalia o risco dos usuários baseando-se na idade, níveis de lipoproteína de baixa (LDL) e alta densidade (HDL), pressão arterial sistólica e diastólica, presença de diabetes melito e tabagismo. Como vantagens, destaca-se a precisão e o baixo custo. Diante dessas ferramentas, acredita-se que os usuários serão bem acompanhados, garantindo um dos aspectos primordiais da APS: a longitudinalidade. Outro aspecto importante para garantir o acompanhamento multiprofissional dos usuários é o matriciamento.

MATRICIAMENTO

O conceito de matriciamento apresentado pelo Ministério da Saúde é “...modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica” (43).

Dado o conceito, ressalta-se que o matriciamento deve ser composto por uma mescla de profissionais de saúde que podem ou não manter vínculos diários com os usuários. O papel do matriciamento é ofertar apoio a equipe de referência daquele usuário, dado então a importância e necessidade da ESF (44).

O matriciamento, por sua vez, possui duas bases de execução das demandas que surgem para aquela determinada comunidade. São elas: assistencial e técnico-pedagógico. A primeira, diz respeito ao suporte clínico ao usuário, oferecendo uma resposta terapêutica e assertiva a necessidade apresentada. Por outro lado, a segunda, trata-se do fornecimento de conhecimento em apoio educativo para a equipe da ESF (44). Esse conceito de matriciamento é uma forma de fornecer saúde de forma contínua, afinal, são diversos profissionais das múltiplas áreas do conhecimento em saúde, com habilidades diferentes que se somam na proposta de entender o processo saúde-doença, o que permite uma melhor abordagem e compreensão do usuário dentro da perspectiva biopsicossocial (43).

Proposto de forma pioneira por Gastão Wagner Campos, em 1999, o apoio matricial se constituía de um formato de estrutura diferente do modelo tradicional hierárquico. No modelo hierárquico, há transferências de responsabilidades quando o usuário é encaminhado, podendo ser pouco resolutivo em decorrência dos encaminhamentos, formulários, ou papéis com vagas informações de contrarreferência (45)

Já o modelo matricial, de visão integradora, propõe uma mudança na lógica tradicional engessada e oferta a horizontalização, que é fruto do matriciamento, assim, dividindo o sistema de saúde em duas equipes (45, 46): a equipe de referência (ESF) e a equipe de apoio matricial (NASF).

Dentro do contexto da saúde cardiovascular, no modelo tradicional, a enfermeira encaminharia o usuário hipertenso para consulta com cardiologista, por exemplo. Após a consulta, o cardiologista poderia encaminhar o usuário para atendimento com fisioterapeuta. Já no modelo de apoio matricial, poderia haver debate do tema “hipertensão arterial sistêmica” com equipe do NASF e ESF (maior número de profissionais possíveis), objetivando extrair propostas e estratégias para o seu controle e prevenção, além de construir de forma conjunta (ESF e NASF) um grupo operativo voltado para a prática de atividade física.

O conhecimento em saúde é o que faz o matriciamento ser extremamente necessário dentro da ESF (47). Assim, contempla a possibilidade de diversos profissionais opinarem e chegarem em um denominador importante e resolutivo ao usuário, reafirmando assim os princípios do SUS de universalidade, integralidade e equidade (48).

Por fim, a prática do matriciamento é uma ferramenta desejada para reduzir a quebra na rede de cuidados e proporcionar soluções de qualidade nas ações de saúde em uma ESF, o que gera resultados benéficos aos usuários e na complexidade do sistema (49). Outra estratégia potencialmente eficaz é a educação em saúde.

EDUCAÇÃO EM SAÚDE APLICADA À SAÚDE CARDIOVASCULAR

O Ministério da Saúde define educação em saúde como o *“Processo educativo de construção de conhecimentos em saúde que visa à apropriação temática pela população [...] Conjunto de práticas do setor que contribui para aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado e no debate com os profissionais e os gestores a fim de alcançar uma atenção de saúde de acordo com suas necessidades”* (50).

Deve-se enfatizar que a educação em saúde necessita de: (1) profissionais comprometidos com o desenvolvimento de prevenção e promoção de saúde; (2) população engajada na construção da sua cidadania através dos saberes com o intuito de elevar o empoderamento sobre o processo de saúde-doença, nas suas individualidades e de seus pares e (3) gestores que se propõem a colaborar com os profissionais e com a população (51).

Os grupos de educação em saúde podem acontecer como ações em sala de espera ou rodas de conversa formadas por grupos fechados ou abertos (52). As ações em sala de espera são direcionadas aos usuários que estão aguardando a hora da consulta. É um grupo formado espontaneamente e, muitas vezes, em um único encontro. Apresenta-se como alternativa viável nos serviços que não dispõem de espaço físico para atividades coletivas. O modelo de grupo fechado delimita o número de participantes e do tempo de existência do grupo, ou seja, começa e termina com os mesmos participantes e segue um cronograma previamente determinado. Já o modelo de grupo aberto há rotatividade dos participantes e, dessa forma, permite o contato com novas vivências.

Independentemente do modelo escolhido, a oportunidade de desenvolver grupos de educação em saúde é repleta de privilégios, pois tem a possibilidade de ocorrer em outros espaços fora das Unidades Básicas de Saúde, se unindo aos demais instrumentos sociais das áreas de abrangência (53). Tais grupos de apoio possuem o potencial de promover de saúde, trocar conhecimentos e favorecer de maneira direta o empoderamento da população (54).

O empoderamento é uma visão idealizada desde a Carta de Ottawa, define promoção da saúde como o processo pelo qual os indivíduos e a comunidade são capacitados a ter maior controle sobre sua própria saúde (55). Sendo assim, o empoderamento surge como um processo de saúde comprometido com a transformação da realidade e a produção de saúde e de sujeitos saudáveis, que pode ser alcançado principalmente pelas ações de educação em saúde.

Diante da mudança do perfil epidemiológico da população brasileira, emerge a necessidade de se discutir estratégias eficazes de prevenção das doenças cardiovasculares com a população. Temas como a adoção de hábitos saudáveis, mudança no estilo de vida (56), combate aos fatores de risco cardiovascular e fisiopatologia das principais cardiopatias podem possibilitar o empoderamento e a melhor qualidade de vida dos usuários (54). Já foi previamente demonstrado por revisão sistemática que a adoção de estratégias de educação em saúde direcionada à prevenção primária dos fatores de risco cardiovascular é eficaz em melhorar os hábitos de vida da população (57).

Diante do exposto, por auxiliar no empoderamento da população e por torna-los sujeitos ativos da sua saúde, a educação em saúde é uma ferramenta valiosa na prevenção, promoção de saúde, mudança no estilo de vida, prevenção de agravos e melhora na qualidade de vida dos usuários. Tal fato se torna ainda mais relevante se considerarmos a redução da capacidade funcional comumente presentes nos usuários com cardiopatias.

ACOMPANHAMENTO FUNCIONAL DOS USUÁRIOS

Pessoas com fatores de risco para doenças cardiovasculares e com cardiopatias já instaladas tendem a evoluir com achados clínicos comuns, principalmente fadiga e dispneia (58). Ambas são limitantes e podem comprometer a capacidade funcional dos usuários. A capacidade funcional é definida pela aptidão de um indivíduo em realizar uma tarefa em ambiente padronizado, normalmente realizada por testes de esforço (29). O teste ergométrico convencional e o Teste de Esforço Cardiopulmonar são instrumentos que fornecem informações precisas sobre a capacidade funcional dos sujeitos, entretanto, apresentam alto custo operacional e muitas vezes não estão disponíveis em regiões com recursos financeiros escassos. Dessa forma, discutir métodos de avaliação da capacidade funcional por instrumentos que não tenham custo é mandatório. Dentre os mais utilizados, destacam-se o Teste de Caminhada de Seis Minutos (TC6') e o Incremental Shuttle Walk Test (ISWT).

O TC6' é amplamente utilizado em pessoas com doenças cardiovasculares em decorrência da (1) facilidade de aplicação e compreensão do usuário, (2) por não necessitar de treinamento específico para aplicação e (3) por ser efetivo em fornecer dados funcionais, resposta terapêutica pós-intervenção e estabelecimento do prognóstico dos usuários (59, 60). O teste é padronizado pela *American Thoracic Society* (59) e, resumidamente, o usuário deve percorrer um corredor plano de 30 metros de extensão na maior velocidade possível durante seis minutos. A capacidade funcional é definida pela distância percorrida nos seis minutos. O teste é útil no contexto da APS porque, por ser pouco oneroso, pode ser aplicado frequentemente na população atendida e acompanhar as possíveis alterações funcionais da comunidade. Além disso, fornece informações importantes sobre o comportamento cardiovascular, como o aumento exagerado da pressão arterial e frequência cardíaca durante o esforço submáximo, nível de intensidade onde a maioria das atividades de vida diária são realizadas. Entretanto, apesar das grandes vantagens, o TC6' necessita de um corredor de 30 metros de extensão, e muitas das Unidades Básicas de Saúde não possuem estrutura física para tal. Uma possível alternativa é a realização do ISWT.

Ao contrário do TC6', o ISWT necessita de um corredor de 10 metros de extensão. O teste possui 12 ou 15 níveis de intensidade incremental e os usuários devem percorrer o corredor, pelo menos, na velocidade mínima exigida pelo nível (61). A velocidade é guiada por um sinal de áudio e a capacidade funcional é determinada pela distância percorrida durante o teste. Assim como o TC6', o ISWT é pouco oneroso e pode ser útil no acompanhamento funcional dos usuários.

Além do TC6' e do ISWT, o Glittre-ADL Test também pode ser uma ferramenta importante no acompanhamento funcional dos usuários atendidos pela ESF. Enquanto o TC6' e o ISWT são baseados em caminhada e atividades dos membros inferiores, o Glittre-ADL Test mimetiza as atividades de vida diária dos usuários. O teste, também pouco oneroso, necessita de um corredor de 10 metros de extensão para a sua realização. Na avaliação funcional, de acordo com a sua padronização (62) o usuário inicia o teste sentado em uma cadeira, no início do corredor, e com uma mochila. Tal mochila pesa 2,5 Kg para as mulheres e 5,0 Kg para os homens. Os usuários devem percorrer o corredor com a mochila, tendo que subir e descer de uma escada com dois degraus no meio do caminho e movimentar 3 halteres de 1 Kg na estante ao final do corredor. Os halteres devem ser transportados na prateleira mais alta (nível da cintura escapular) para a prateleira mais baixa (nível da cintura pélvica) e depois para o chão. Após colocar os halteres no chão, o usuário deve seguir o caminho contrário, ou seja, coloca-los novamente na prateleira de baixo e, em seguida, na prateleira de cima. Na última etapa, o usuário deve retornar para a posição sentada, passando novamente pela escada. São necessárias cinco voltas e a capacidade funcional será avaliada pelo tempo gasto durante o teste. Em pessoas com cardiopatias, o teste foi capaz de discriminar diferentes níveis de capacidade e desempenho funcional (63, 64).

Por fim, como mencionado anteriormente, a fadiga muscular é um achado recorrente da população com fatores de risco cardiovasculares ou com cardiopatia já instalada. Sendo assim, a avaliação da força e/ou resistência muscular deve fazer parte da rotina de acompanhamento funcional. O Teste de Sentar e Levantar de 1 minuto é um teste pouco oneroso e muito simples de realizar, necessitando apenas de uma cadeira. Durante o teste, o usuário é solicitado a levantar-se e sentar-se novamente em uma cadeira, o mais rápido possível, durante um minuto (65). O número de repetições é registrado e o valor atingido pode ser utilizado na comparação com valores de referência para a população saudável ou na comparação entre diferentes períodos de tempo.

Dessa forma, diante de instrumentos úteis e de baixo custo operacional, a capacidade funcional dos usuários atendidos pelas Unidades Básicas de Saúde pode ser acompanhada de forma frequente mesmo nos locais que dispõe de poucos recursos financeiros e tecnológicos. Outra importante ferramenta é a avaliação da qualidade de vida.

AValiação DA QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE

A avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) se faz tão necessária quanto o acompanhamento funcional dos usuários. Trata-se de uma ferramenta que avalia um amplo espectro da funcionalidade do paciente: estrutura e função, atividades e participação. Além disso, a avaliação da QVRS vem ganhando destaque nos últimos anos. Por refletir a percepção dos usuários sobre o impacto da doença, tem sido utilizada em ensaios clínicos e como um preditor de morbimortalidade da população, uma vez que o usuário percebe que sua saúde está piorando.

A QVRS pode ser mesurada por instrumentos genéricos e por instrumentos específicos para as doenças cardiovasculares (66). Os questionários genéricos são aqueles que podem ser aplicados a qualquer população, sem nenhuma especificidade sobre ela. Já os questionários específicos são compostos por questões particulares de uma doença ou situação de saúde. Em decorrência da grande prevalência da hipertensão arterial sistêmica, a avaliação da QVRS dessa população pode ser necessária. Para tal, o Mini-Questionário de Qualidade de Vida em Hipertensão Arterial (MINICHAL) é o mais utilizado, tendo sido validado para a população brasileira (67). O questionário contém 16 perguntas de múltipla escolha organizadas em dois fatores: estado mental (10 questões), manifestações somáticas (6 questões) e uma questão específica para avaliar como o usuário tem a percepção que a hipertensão e o seu tratamento repercutem na sua QVRS. O usuário deve responder às questões fazendo referência a sua última semana. As respostas dos domínios possuem quatro opções de respostas de 0 (Não, absolutamente) a 3 (Sim, muito). A pontuação máxima que pode ser obtida para o estado mental é de 30 pontos, e para as manifestações somáticas é de 18 pontos. Nessa escala, quanto mais próximo de 0 melhor a QVRS do usuário (67).

O Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire (MLWHFQ) é um questionário traduzido para a língua portuguesa e validado para avaliar a QVRS em pacientes com insuficiência cardíaca no Brasil (68). Possui 21 questões relacionadas à intensidade das limitações enfrentadas pelos usuários no último mês. As respostas para cada pergunta variam de 0 (sem limitação) a 5 (limitação máxima). O escore total (soma da pontuação de todas as perguntas) é calculado pela soma da dimensão física (perguntas de 1 a 7, 12 e 13), dimensão emocional (perguntas de 17 a 21) e outras questões (perguntas 8, 9, 10, 11, 14, 15 e 16). Quanto maior o escore, pior a QVRS do usuário.

Outro questionário, o Questionário de Ansiedade Cardíaca, é um instrumento de 18 itens originalmente desenvolvido por Eifert et al. (69), tendo a versão brasileira modificado o questionário para 14 itens (70). Todos os itens são avaliados em escala Likert de cinco pontos: (0) nunca, (1) raramente, (2) às vezes, (3) frequentemente e (4) sempre. Os itens podem ser agrupados em dois domínios: medo e hipervigilância de estímulos relacionados ao coração (nove itens) e evitação de atividades que possam desencadear os sintomas (cinco itens). O escore total é obtido pela soma das respostas, de 0 a 56 (até 36 para “medo e hipervigilância” e até 20 para “evitação de atividades”). Quanto maior o escore, pior a QVRS do usuário.

Por fim, o AQUAREL é o questionário específico para avaliação QVRS de usuários com marcapasso cardíaco. O questionário contém 20 perguntas organizadas em três domínios: desconforto no peito (perguntas de 1 a 6), arritmia (perguntas de 7 a 12) e dispneia ao exercício (perguntas de 13 a 20). As mesmas devem ser respondidas levando em consideração as últimas quatro semanas. Cada domínio possui 5 opções de resposta equivalente A=5; B= 4; C=3; D=2; E= 1. O total de pontos obtidos variam de 0 a 100, sendo que 0 representa todas as queixas (pior QVRS) e 100 que representa sem queixas, definida por uma boa qualidade de vida. Ou seja, quanto mais próximo de 100, melhor qualidade de vida daquele usuário (71).

CONCLUSÃO

A Fisioterapia cardiovascular pode desempenhar papel central na APS, podendo atuar no mapeamento dos usuários, estratificação de risco, participando de ações de educação em saúde e matriciamento, realizando o acompanhamento funcional dos usuários e avaliando regularmente a QVRS da população assistida.

REFERÊNCIAS

1. Vieira-da-Silva LM. O campo da saúde coletiva: gênese, transformações e articulações com a Reforma Sanitária brasileira: SciELO-Editora FIOCRUZ; 2018.
2. Paiva CHA, Teixeira LA. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas

- sobre contextos e autores. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*. 2014;21(1):15-36.
3. Elias PE, Cohn A. Health reform in Brazil: lessons to consider. *Am J Public Health*. 2003;93(1):44-8.
 4. Scaglia JP, Zanoti MDUJC, Enferm. Conhecimento de usuários de uma unidade básica de saúde quanto aos princípios do SUS. 2021:96-102.
 5. Stedile NL, Guimarães MC, Ferla AA, Freire RC. Contributions of national health conferences to the definition of public environmental and health information policy. *Ciênc. Saúde Colet*. 2015;20(10):2957-71.
 6. Rezende Md, Moreira MR, Amâncio Filho A, Tavares MdFL. A equipe multiprofissional da “Saúde da Família”: uma reflexão sobre o papel do fisioterapeuta. *Ciênc saúde coletiva*. 2009;14:1403-10.
 7. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde (SUS): estrutura, princípios e como funciona. <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sus-estrutura-principiose-como-funciona>
 8. Santos NRD. 30 years of SUS: the beginning, the pathway and the target. *Ciênc. Saúde Colet*. 2018;23(6):1729-36.
 9. Tasca R, Massuda A, Carvalho WM, Buchweitz C, Harzheim E. Recommendations to strengthen primary health care in Brazil. *Rev Panam Salud Publica*. 2020;44:e4.
 10. Czeresnia D, de Freitas CM. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências: SciELO-Editora FIOCRUZ; 2009.
 11. Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília. 726 p.
 12. Ministério da Saúde. Política nacional de atenção básica. Ministério da saúde Brasília; 2012.
 13. Brasil. Relatório 30 anos de SUS, que SUS para 2030? : Opas Brasília; 2018.
 14. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica.pdf2012
 15. Tavares LRC, Costa JLR, Oishi J, Driusso P. Inserção da fisioterapia na atenção primária à saúde: análise do cadastro nacional de estabelecimentos de saúde em 2010. *Fisioter. Pesqui*. 2018;25:9-19.
 16. Fonseca JMAd, Rodrigues MTP, Mascarenhas MDM, Lima LHdO. A fisioterapia na atenção primária à saúde: uma revisão integrativa. *Rev. bras. promoç. saúde*. 2016;29(2):288- 94.
 17. Brasil. Decreto LEI n. 938 – de 13 de Outubro de 1969 https://www.coffito.gov.br/nsite/?page_id=23571969

18. Júnior JPB. Fisioterapia e saúde coletiva: desafios e novas responsabilidades profissionais. *Ciênc. Saúde Colet.* 2010;15:1627-36.
19. Nascimento MdC, Sampaio R, Salmela J, Mancini M, Figueiredo IJBJoPT. A profissionalização da fisioterapia em Minas Gerais. *Braz. J. Phys. Ther.* 2006;10:241-7.
20. Barros FBMd. Poliomielite, filantropia e fisioterapia: o nascimento da profissão de fisioterapeuta no Rio de Janeiro dos anos 1950. *Ciênc. Saúde Colet.* 2008;13(3):941-54.
21. Santos M, Medeiros A, Batiston A, Pontes E, Ferrari F, Fernandes J, et al. Competências e atribuições do fisioterapeuta na Atenção Primária à Saúde. *Fisioter Bras.* 2014;15(1):69-76.
22. Baena CP, Soares MCFJFeM. Subsídios reunidos junto à equipe de saúde para a inserção da fisioterapia na Estratégia Saúde da Família. *Fisioter. mov.* 2012;25(2):419-31.
23. Ragasson CAP, Almeida D, Comparin K, Mischiati M, Gomes JJROM. Atribuições do fisioterapeuta no programa de saúde da família: reflexões a partir da prática profissional. [monografia online]. Cascavel. Unioeste, 2004.
24. Aveiro MC, Aciole GG, Driusso P, Oishi J. Perspectivas da participação do fisioterapeuta no Programa Saúde da Família na atenção à saúde do idoso. *Ciênc. Saúde Colet.* 2011;16:1467-78.
25. Silva LG, Cavalcante LR, Andrade FMD, Alcântara EC. Fisioterapia respiratória e cardiovascular na atenção primária: uma tímida participação. *Assobrafir Ciência.* 2018;8(2):7-12.
26. Paschoal MA. Fisioterapia Cardiovascular: Avaliação e conduta na Reabilitação Cardíaca. Barueri: Manole; 2010. 344 p.
27. Leng GC, Fowkes FG, Lee AJ, Dunbar J, Housley E, Ruckley CV. Use of ankle brachial pressure index to predict cardiovascular events and death: a cohort study. *BMJ.* 1996;313(7070):1440-4.
28. Freeman R, Wieling W, Axelrod FB, Benditt DG, Benarroch E, Biaggioni I, et al. Consensus statement on the definition of orthostatic hypotension, neurally mediated syncope and the postural tachycardia syndrome. *Clin Auton Res.* 2011;21(2):69-72.
29. Machado FvN, Machado AN, Soares SnM. Comparação entre a capacidade e desempenho: um estudo sobre a funcionalidade de idosos dependentes. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2013;21(6):1321-9.
30. American Heart Association. Classes of Heart Failure. <https://www.heart.org/en/healthtopics/heart-failure/what-is-heart-failure/classes-of-heart-failure>. 2017.
31. Del Buono MG, Arena R, Borlaug BA, Carbone S, Canada JM, Kirkman DL, et al. Exercise

Intolerance in Patients With Heart Failure: JACC State-of-the-Art Review. *J Am Coll Cardiol*. 2019;73(17):2209-25.

32. Coutinho-Myrrha MA, Dias RC, Fernandes AA, Araújo CG, Hlatky MA, Pereira DG, et al. Duke Activity Status Index em Doenças Cardiovasculares: Validação de Tradução em Português. *Arq Bras Cardiol*. 2014;102(4):383-90.

33. Simão AF, Precoma DB, Andrade JP, Correa Filho H, Saraiva JFK, Oliveira GMM, et al. I Diretriz Brasileira de Prevenção Cardiovascular. *Arq Bras Cardiol*. 2013;101(6):1-63.

34. Xavier HT, Izar MC, Faria Neto JR, Assad MH, Rocha VZ, Sposito AC, et al. V Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose. *Arq Bras Cardiol*. 2013;101(4):1-20.

35. Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults. Executive summary of the third report of the National Cholesterol Education Program(NCEP) expert panel on detection, evaluation, and treatment of high blood cholesterol in adults (adult treatment panel III). *JAMA*. 2001;285(19):2486-97.

36. Ridker PM, Buring JE, Rifai N, Cook NR. Development and validation of improved algorithms for the assessment of global cardiovascular risk in women: the Reynolds Risk Score. *JAMA*. 2007;297(6):611-9.

37. Ridker PM, Paynter NP, Rifai N, Gaziano JM, Cook NR. C-reactive protein and parental history improve global cardiovascular risk prediction: the Reynolds Risk Score for men. *Circulation*. 2008;118(22):2243-51, 4p following 51.

38. D'Agostino Sr RB, Vasan RS, Pencina MJ, Wolf PA, Cobain M, Massaro JM, et al. General cardiovascular risk profile for use in primary care: the Framingham Heart Study. *Circulation*. 2008;117(6):743-53.

39. Lloyd-Jones DM, Leip EP, Larson MG, d'Agostino RB, Beiser A, Wilson PW, et al. Prediction of lifetime risk for cardiovascular disease by risk factor burden at 50 years of age. *Circulation*. 2006;113(6):791-8.

40. Berry JD, Dyer A, Cai X, Garside DB, Ning H, Thomas A, et al. Lifetime risks of cardiovascular disease. *N Engl J Med*. 2012;366(4):321-9.

41. Fox CS, Pencina MJ, Wilson PW, Paynter NP, Vasan RS, D'Agostino Sr RBJDc. Lifetime risk of cardiovascular disease among individuals with and without diabetes stratified by obesity status in the Framingham heart study. *Diabetes Care*. 2008;31(8):1582-4.

42. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Atualização da Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose. *Arq Bras Cardiol*. 2017;109:1-76.

43. Chiaverini DH, Gonçalves DA, Ballester D, Tófoli LF, Chazan LF, Almeida N, et al. Guia prático de matriciamento em saúde mental. Ministério da Saúde, Centro de Estudo e

Pesquisa Coletiva; 2011.

44. BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde na escola. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. (Cadernos de Atenção Básica, n. 24) (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

45. Campos GWdSJC, Coletiva S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. Ciênc. Saúde Colet. 1999;4(2):393-403.

46. Campos GWdS, Domitti ACJCdsp. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cad. Saúde Pública. 2007;23(2):399-407.

47. Arona EdCJSeS. Implantação do matriciamento nos serviços de saúde de Capivari. Saude soc. 2009;18(suppl 1):26-36.

48. Iglesias A, Avellar LZJC, Coletiva S. Apoio Matricial: um estudo bibliográfico. Ciênc. Saúde Colet. 2014;19:3791-8.

49. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de apoio à saúde da família-volume 1: ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano. Ministério da Saúde Brasília; 2014.

50. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Ministério da Saúde Brasília; 2009.

51. Falkenberg MB, Mendes TdPL, Moraes EPd, Souza EMdJC, coletiva s. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. Ciênc. Saúde Colet. 2014;19:847-52.

52. BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégia para o cuidado da pessoa com doença crônica. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. (Cadernos de Atenção Básica, n. 35)

53. Paim JS, Almeida Filho NdJRdsP. Saúde coletiva: uma "nova saúde pública" ou campo aberto a novos paradigmas? Rev. Saúde Pública. 1998;32(4):299-316.

54. BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. (Cadernos de Atenção Básica, n. 27) (Série A. Normas e Manuais Técnicos) 55. Souza JMd, Tholl AD, Córdova FP, Heidemann ITSB, Boehs AE, Nitschke RG. Aplicabilidade prática do empowerment nas estratégias de promoção da saúde. Ciênc. Saúde Colet. 2014;7(19):2265-76.

56. Ministério da Saúde. Atenção às condições crônicas cardiovasculares: uma proposta de estratificação baseada nas necessidades das pessoas. 2012. 2014.

57. Ramôa Castro A, Oliveira NL, Ribeiro F, Oliveira J. Impact of educational interventions on primary prevention of cardiovascular disease: A systematic review with a focus on physical

activity. *Eur J Gen Pract.* 2017;23(1):59-68.

58. Tsai MF, Hwang SL, Tsay SL, Wang CL, Tsai FC, Chen CC, et al. Predicting Trends in Dyspnea and Fatigue in Heart Failure Patients' Outcomes. *Acta Cardiol Sin.* 2013;29(6):488-95.

59. American Thoracic Society. ATS statement: guidelines for the six-minute walk test. *Am J Respir Crit Care Med.* 2002;166(1):111-7.

60. Enright PL. The six-minute walk test. *Respir Care.* 2003;48(8):783-5.

61. Singh SJ, Morgan MD, Scott S, Walters D, Hardman AE. Development of a shuttle walking test of disability in patients with chronic airways obstruction. *Thorax.* 1992;47(12):1019-24.

62. Skumlien S, Hagelund T, Bjortuft O, Ryg MS. A field test of functional status as performance of activities of daily living in COPD patients. *Respir Med.* 2006;100(2):316-23.

63. Fernandes-Andrade AA, Britto RR, Soares DCM, Velloso M, Pereira DAG. Evaluation of the Glittre-ADL test as an instrument for classifying functional capacity of individuals with cardiovascular diseases. *Braz J Phys Ther.* 2017;21(5):321-8.

64. Leite J, Araujo BTS, SoaresBrandao SC, Resqueti VR, Pinheiro F, Monteiro B, et al. Association between performance on the Glittre ADL-test and the functional capacity of patients with HF: A cross-sectional study. *Physiother Theory Pract.* 2022;38(2):337-44.

65. Bohannon RW, Crouch RJJocr, prevention. 1-Minute sit-to-stand test: systematic review of procedures, performance, and clinimetric properties. *J Cardiopulm Rehabil Prev.* 2019;39(1):2-8.

66. Carvalho MAN, Silva IBS, Ramos SBP, Coelho LF, Gonçalves ID, Figueiredo Neto JAdJABdC. Qualidade de vida de pacientes hipertensos e comparação entre dois instrumentos de medida de QVRS. *Arq Bras Cardiol.* 2012;98:442-51.

67. Schulz RB, Rossignoli P, Correr CJ, Fernández-Llimós F, Toni PMdJABdC. Validação do mini-questionário de qualidade de vida em hipertensão arterial (MINICHAL) para o português (Brasil). *Arq Bras Cardiol.* 2008;90(2):139-44

68. Carvalho VO, Guimaraes GV, Carrara D, Bacal F, Bocchi EA. Validation of the Portuguese version of the Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire. *Arq Bras Cardiol.* 2009;93(1):39-44.

69. Eifert GH, Thompson RN, Zvolensky MJ, Edwards K, Frazer NL, Haddad JW, et al. The cardiac anxiety questionnaire: development and preliminary validity. *Behav Res Ther.* 2000;38(10):1039-53.

70. Sardinha A, Nardi AE, Araujo CG, Ferreira MC, Eifert GH. Brazilian Portuguese validated version of the Cardiac Anxiety Questionnaire. *Arq Bras Cardiol.* 2013;101(6):554- 61.

71. Oliveira BG, Melendez JGV, Ciconelli RM, Rincón LG, Torres AAS, Sousa LAPd, et al. Versão em português, adaptação transcultural e validação de questionário para avaliação da qualidade de vida para pacientes portadores de marcapasso: AQUAREL. Arq Bras Cardiol. 2006;87:75-83.

Índice Remissivo

A

Abuso direto 16, 19
Adolescente 129, 140, 201, 202
Agente comunitário de saúde 105, 106, 107
Aleitamento materno 43, 45, 46, 51, 53, 54, 77, 314, 320
Alimentação complementar 43, 45, 46, 49, 51, 52, 53, 54
Alimentação da criança 43, 75
Alimentação saudável 72, 74, 75, 76, 79, 80
Alimentos de qualidade 143, 144, 147, 149
Alimentos ultraprocessados 74, 76, 154, 156
Alterações comportamentais 212, 214, 218
Amamentação 43, 45, 46, 48, 49, 50, 51, 52
Animal de estimação 212, 214, 215
Asma 29, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 130, 137
Assistência a saúde 106
Atenção à criança 43
Atenção primária à saúde (aps) 96, 178, 180, 246
Atendimento oncológico 56, 59
Avaliação nutricional 57, 69, 71

B

Bebidas açucaradas 155

C

Câncer cervical 93, 96
Câncer de mama 65, 93, 95, 103
Câncer do colo do útero 93, 95, 338
Características climatológicas da atmosfera 29, 30
Características de vulnerabilidade 17, 19
Circunferência do braço (cb) 57
Circunferência muscular do braço (cmb) 57
Comportamento de cães e gatos 212
Controladores de elite 232, 236, 237, 238
Coronavírus disease (covid-19) 129, 130
Crescimento das doenças crônicas não transmissíveis (dcnt) 154
Crescimento e desenvolvimento (cd) 43, 46
Cura e reabilitação 178

D

Dados demográficos 129
Densidade energética 154, 156
Departamento de informática do sistema único de saúde (datasus) 29, 33, 40

Desenvolvimento neuropsicomotor 72, 74
Desnutrição 50, 52, 57, 58, 59, 61, 62, 63, 65, 66, 67, 68, 70, 72, 74, 145, 314, 320
Desnutrição crônica 72, 74
Diabetes mellitus 62, 155, 160
Dieta inadequada 72
Direito humano à alimentação adequada 143, 149, 150, 152
Doença da imunodeficiência adquirida (aids) 232
Doenças respiratórias 29, 30, 31, 32, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 129, 130, 132, 135, 137, 139, 155

E

Educação em saúde 99, 101, 165, 179, 180, 184, 185, 188, 230, 246
Enfermagem 26, 29, 54, 70, 83, 86, 87, 88, 90, 94, 114, 126, 127, 180, 182, 190, 203, 231, 249, 250, 262, 263, 264, 265, 267, 268, 269, 270, 271, 272, 302, 304, 305, 306
Envelhecimento 17, 26, 163, 177
Estado nutricional 44, 56, 58, 59, 60, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 75, 77
Estratégia saúde da família 96, 114, 117, 119, 120, 180, 190, 315
Eutrofia nutricional 57, 62, 66
Exposição à violência 17

F

Fisioterapia 178, 179, 180, 181, 188, 190
Fisioterapia cardiovascular 178, 181, 190
Fome 143, 147, 148, 150, 200
Fonoaudiologia e saúde pública 165
Fonoaudiólogo 46, 50, 165, 166, 173, 174, 175

G

Gravidez 43, 49, 226, 230, 231, 253, 317

H

Hábitos alimentares 44, 45, 50, 72, 76, 77, 79, 157
Hábitos de vida 78, 157, 158, 179, 181, 185

I

Idoso 17, 26, 167, 168, 169, 170, 175, 176, 177
Indicadores de saúde 165, 176
Índice de massa corporal (imc) 57, 63
Infecção hiv 232, 234
Infecções por coronavirus 129
Infecções sexualmente transmissíveis 243, 245, 246
Interdisciplinaridade 117
Introdução alimentar 44

L

Lactação 43, 48, 50, 52

Leucemia mielóide aguda 57, 62, 65

M

Má nutrição 72, 73, 74

Morbimortalidade infantil 50, 223

Morbimortalidade neonatal 223, 230

Mortalidade e fecundidade 154, 156, 157

O

Oncologia 57, 96

Orientações de amamentação 43

P

Pacientes oncológicos 56, 59, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70

Padrão alimentar 154, 156

Pandemia 19, 27, 101, 125, 130, 134, 140, 150, 151, 206, 207, 208, 209, 210, 211, 212, 213, 214, 217, 218, 219, 221, 268, 269, 270, 271, 272, 273, 283, 287, 290, 291, 297, 298, 299, 300, 301, 302, 303, 306, 307, 309, 310, 311, 350

Papanicolau 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103

Papilomavírus humano - hpv 93

Parâmetros nutricionais 56, 62, 66, 67, 68

Partos prematuros 223, 224, 225, 226, 227, 228, 230

Período pandêmico 207, 210

Pessoas idosas 16, 18, 19, 22, 26, 27, 157, 177

Plano terapêutico 56

Pneumonia 29, 30, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 41, 142, 349

Políticas públicas 16, 19, 26, 73, 77, 107, 120, 139, 145, 146, 147, 149, 150, 156, 159, 175, 177, 210, 223, 225, 245, 246, 247, 251, 266

Pós pandemia 207, 208, 209, 210

Prega cutânea tricípital (pct.) 57

Prematuridade 224, 231

Pré-natal 43, 48, 50, 52, 225, 226, 227, 230

Prevenção à violência 16, 19

Processo saúde-doença 30, 103, 154, 155, 157, 168, 183, 321

Profissionais do sexo 243, 244, 245, 246, 247, 248, 249, 250, 251

Profissional da enfermagem 81, 83

Promoção à saúde 72, 74, 96, 180, 321

Q

Qualidade de vida 58, 66, 67, 68, 69, 111, 148, 157, 161, 165, 167, 168, 173, 174, 175, 176, 177, 179, 180, 185, 187, 188, 193, 194, 214, 236, 321

R

Receptores 232, 234

Replicação viral 232, 233, 235, 236, 237, 238, 339

Risco nutricional 56, 58, 59, 60, 62, 65, 66, 67, 68

S

Saúde cardiovascular 179, 181, 184

Saúde da mulher 94

Saúde da população idosa 165, 168, 169, 174, 175

Saúde de adolescentes 129

Saúde de qualidade 223

Saúde do idoso 165, 166, 167, 168, 175, 190

Saúde do público infantil 72

Saúde do trabalhador 243, 244, 245, 272

Saúde humana 29, 31, 37

Saúde mental 196, 197, 198, 199, 201, 202, 203, 204, 205, 209, 210, 211

Saúde pública 30, 74, 75, 101, 107, 114, 117, 118, 129, 156, 157, 159, 165, 174, 175, 179, 192, 207, 208, 213, 223, 225, 226, 230, 244, 246, 248, 270, 302, 307, 351

Saúde respiratória das crianças 29

Segurança alimentar e nutricional (san) 143, 144

Síndrome de ansiedade por separação (sas) 212

Sistema de saúde 72, 78, 96, 134, 161, 174, 183, 224, 228, 230, 297

Sistema imunológico 232, 233, 235

Sistemas de informação 81, 84, 85, 134, 167

Sistema único de saúde 29, 33, 40, 60, 73, 96, 117, 119, 131, 153, 161, 169, 179, 188, 189, 197, 203, 229, 242, 245, 246, 252, 253, 254, 261, 263, 265, 311, 335, 336, 337, 339, 347

Situações de estresse 212, 227

Software em enfermagem 81

Softwares 81, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 90, 340

Substâncias psicoativas 196, 197

T

Temperatura ambiental 30

Transtornos alimentares 43

Transtornos mentais 196, 197, 199, 204

Tutores de cães e gatos 212, 214

U

Umidade do ar 30

V

Variáveis climáticas 29, 32, 33, 41

Vigilância das condições de saúde 165

Violação dos direitos pessoais 17, 25

Violência contra a mulher 105, 106, 107, 108, 109, 110, 114, 117, 118, 119, 122, 123, 124, 125, 126

Violência contra a pessoa idosa 16, 18, 19

Violência doméstica 17, 118

Violência e os fatores de riscos relacionados 16, 19

Violência física 106, 118

Violência indireta 16, 24

Violência no meio intrafamiliar 17, 26

Vírus da imunodeficiência humana (hiv) 232



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 