

A IMPORTÂNCIA DA ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE: ASPECTOS GERAIS



Volume 1



Organizadora: Gerlane Karla Bezerra Oliveira Nascimento



EDITORA
OMNIS SCIENTIA

A IMPORTÂNCIA DA ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE: ASPECTOS GERAIS



Volume 1



Organizadora: Gerlane Karla Bezerra Oliveira Nascimento



EDITORA
OMNIS SCIENTIA

Editora Omnis Scientia

A IMPORTÂNCIA DA ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE: ASPECTOS GERAIS

Volume 1

1ª Edição

TRIUNFO - PE

2022

Editor-Chefe

Me. Daniel Luís Viana Cruz

Organizadora

Gerlane Karla Bezerra Oliveira Nascimento

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)
(eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)**

I34 A importância da atenção integral a saúde [livro eletrônico] : aspectos gerais / Organizadora Gerlane Karla Bezerra Oliveira Nascimento. – Triunfo, PE: Omnis Scientia, 2022. 195 p. : il.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-88958-85-8

DOI 10.47094/978-65-88958-85-8

1. Atenção integral à saúde. 2. Serviços de saúde – Brasil. 3. Saúde pública. I. Nascimento, Gerlane Karla Bezerra Oliveira.
CDD 362.1

Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422

Editora Omnis Scientia

Triunfo – Pernambuco – Brasil

Telefone: +55 (87) 99656-3565

editoraomnisscientia.com.br

contato@editoraomnisscientia.com.br



PREFÁCIO

O livro: “A IMPORTÂNCIA DA ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE - ASPECTOS GERAIS”, publicado pela Editora Omnis Scientia, traz em quinze capítulos reflexões relevantes baseadas em pesquisas desenvolvidas com muito empenho e dedicação por profissionais das distintas vertentes da saúde.

Por meio de estudos originais, relatos de casos clínicos e revisões de literatura, a obra oferta dados e informações atuais sobre saúde integral da infância à senescência, além de abordar temas especiais como a saúde indígena, as questões emocionais da pessoa ostomizada e a humanização em saúde.

Espera-se que esta produção colabore no aperfeiçoamento e capacitação de acadêmicos e profissionais da saúde, e sirva de incentivo a pesquisa científica como base para o aprimoramento das práticas clínicas.

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 10, intitulado “DESENVOLVIMENTO DE APLICATIVO PARA DISPOSITIVOS MÓVEIS PARA PROMOVER A SAÚDE DE ADOLESCENTES”.

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1.....12

HUMANIZAÇÃO DA SAÚDE: UM NOVO OLHAR SOBRE O INDIVÍDUO

Letícia Yoná Pires Mendes

Adriano Batista Barbosa

DOI: 10.47094/978-65-88958-85-8/12-18

CAPÍTULO 2.....19

AÇÃO ENTRE MORTALIDADE INFANTIL POR DIARREIA E GASTROENTERITE INFECCIOSA E O SANEAMENTO BÁSICO EM ESTADOS BRASILEIROS

Daniella Sales e Silva Chaves

Adriana Gradela

DOI: 10.47094/978-65-88958-85-8/19-28

CAPÍTULO 3.....29

AFOGAMENTO NA INFÂNCIA, UM TRAUMA QUE PODE SER PREVENIDO

Mônica Beatriz Ortolan Libardi

Selma de Almeida Pinto

Michelle Taverna

Rosana Chama Gentil

Raquel Santos Aparício

Alessandra Aparecida Tavares Neves

Adriana de Aguiar Pinto de Souza

Leonardo Alaggio Miranda

DOI: 10.47094/978-65-88958-85-8/29-35

CAPÍTULO 4.....36

REMOÇÃO CIRÚRGICA DE DENTES SUPRANUMERÁRIOS EM POSIÇÕES DESFAVORÁVEIS EM PACIENTE PEDIÁTRICO: RELATO DE CASO

Sayonara Braga Josino

Vanessa Valente Elias

Silvane e Silva Evangelista

DOI: 10.47094/978-65-88958-85-8/36-50

CAPÍTULO 5.....51

A INTERVENÇÃO DA ENFERMAGEM FRENTE ÀS QUESTÕES EMOCIONAIS EM PACIENTES OSTOMIZADOS: REVISÃO INTEGRATIVA

Renata Cruz da Silva

Simone Santos Souza

Emily Oliveira Damasceno

Camila Ketilly dos Santos Santana

Erica Souza dos Santos

Paulo de Tássio Costa de Abreu

DOI: 10.47094/978-65-88958-85-8/51-63

CAPÍTULO 6.....64

A IMPORTÂNCIA DO EXERCÍCIO FÍSICO NO PÓS OPERATÓRIO DA CIRURGIA DE REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCÁRDIO

Raí Da Silva Lopes

Raquel Virginia Matheus Silva Gomes

Renata Kelen de Jesus Oliveira

DOI: 10.47094/978-65-88958-85-8/64-76

CAPÍTULO 7.....77

A VIDA COTIDIANA DAS PESSOAS COM LESÃO MEDULAR: REFLEXÃO BASEADA EM AGNES HELLER

Dândara Nayara Azevêdo Dantas

Bertha Cruz Enders

Viviane Euzébia Pereira Santos

Alexsandra Rodrigues Feijão

Karolina de Moura Manso da Rocha

Gleyce Any Freire de Lima

Mariana Pinheiro de Paiva Neta

DOI: 10.47094/978-65-88958-85-8/77-85

CAPÍTULO 8.....86

ATERIOSCLEROSE COM FATOR DE RISCO MODIFICÁVEL EM INDÍGENAS: REVISÃO DE LITERATURA

Miriã Silva de Souza

Paula Figliuolo da cruz Borges

DOI: 10.47094/978-65-88958-85-8/86-97

CAPÍTULO 9.....98

DESAFIO PARA SAÚDE PÚBLICA: RESISTÊNCIA DE INSETOS VETORES A INSETICIDAS

Morgana M. C. de S. L. Diniz

Cecília Oliveira Lavitschka

DOI: 10.47094/978-65-88958-85-8/98-107

CAPÍTULO 10.....108

DESENVOLVIMENTO DE APLICATIVO PARA DISPOSITIVOS MÓVEIS PARA PROMOVER A SAÚDE DE ADOLESCENTES

Italo Ricelly Braz

Ricardo Argenton Ramos

Adriana Gradela

DOI: 10.47094/978-65-88958-85-8/108-116

CAPÍTULO 11.....117

PERFIL E PREVALÊNCIA BACTERIANOS EM PACIENTES INTERNADOS EM DIFERENTES UNIDADES DO HU-UNIVASF

Lílian Filadelfa Lima dos Santos Leal

Adriana Gradela

DOI: 10.47094/978-65-88958-85-8/117-125

CAPÍTULO 12.....	126
RELAÇÃO ENTRE EXAME PARA DIAGNÓSTICO DE INFECÇÕES RELACIONADAS A ASSISTÊNCIA À SAÚDE E SETOR DO HU-UNIVASF	
Lílian Filadelfa Lima dos Santos Leal	
Carine Rosa Nauê	
Adriana Gradela	
DOI: 10.47094/978-65-88958-85-8/126-132	
CAPÍTULO 13.....	133
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA PROMOÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DOS IDOSOS EM CUIDADO DOMICILIAR	
Thiago Bruno dos Santos Costa	
Thaysla de Oliveira Sousa	
Isadora dos Santos Abreu	
Flávia Raymme Soares e Silva	
Andréa Márcia Soares da Silva	
Igor Marcelo Ramos de Oliveira	
Amanda Curiel Trentin Corral	
DOI: 10.47094/978-65-88958-85-8/133-142	
CAPÍTULO 14.....	143
DIAGNÓSTICO DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE DE IDOSOS RESIDENTES EM UMA INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA	
Luylla Astéria Maia Delmiro da Costa	
Ana Elza Oliveira de Mendonça	
Angela Maria de Medeiros Soares	
Verbena Santos Araújo	
Viviane Peixoto dos Santos Pennafort	
Vilani Medeiros de Araújo Nunes	
DOI: 10.47094/978-65-88958-85-8/143-155	

CAPÍTULO 15.....156

**POLÍTICAS PÚBLICAS PARA A SAÚDE DO IDOSO NO BRASIL E USUÁRIOS DO SUS,
AVANÇOS E RETROCESSOS**

Alfredo José Dixini

Diogo Marques Barbosa

Glenda Angela Llaguno Lazo

DOI: 10.47094/978-65-88958-85-8/156-174

CAPÍTULO 16.....175

TRANSPORTE AEROMÉDICO DO PACIENTE IDOSO

Selma de Almeida Pinto

Zenaide Cavalcanti de Medeiros Kernbeis

Michelle Taverna

Rosana Chama Gentil

Raquel Santos Aparício

Alessandra Aparecida Tavares Neves

Adriana de Aguiar Pinto de Souza

Leonardo Alaggio Miranda

Mônica Beatriz Ortolan Libardi

DOI: 10.47094/978-65-88958-85-8/175-181

CAPÍTULO 17.....182

**ENVOLVIMENTO COM ÁLCOOL E VIOLÊNCIA SEXUAL ENTRE ESTUDANTES
UNIVERSITÁRIOS**

Iracynetta Passos de Sousa Leal

Iramara Kelly Passos de Sousa

Carla Daniara Feitosa Coelho

Munique Parente

DOI: 10.47094/978-65-88958-85-8/182-188

A IMPORTÂNCIA DO EXERCÍCIO FÍSICO NO PÓS OPERATÓRIO DA CIRURGIA DE REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCÁRDIO

Raí Da Silva Lopes¹;

Secretaria de Estado da Saúde de Rondônia - SESAU-RO.

<http://lattes.cnpq.br/1228002803838461>

Raquel Virginia Matheus Silva Gomes²;

Centro Universitário Aparício Carvalho - FIMCA.

<http://lattes.cnpq.br/9553720965385546>

Renata Kelen de Jesus Oliveira³.

Secretaria de Estado da Saúde de Rondônia - SESAU-RO.

<http://lattes.cnpq.br/1242262369545931>

RESUMO: As doenças cardiovasculares são classificadas como doenças que afetam o coração e os vasos sanguíneos e trata-se da maior causa de morbidade e mortalidade em países industrializados da Europa e da América do Norte, sendo que, no Brasil, as doenças cardiovasculares são responsáveis por cerca de 30% de todos os óbitos. A realização do exercício constitui um estresse fisiológico para o organismo em função do grande aumento da demanda energética em relação ao repouso, o que provoca grande liberação de calor e intensa modificação do ambiente químico muscular e sistêmico. Programas de reabilitação cardíaca baseiam-se na reabilitação física com consequentes reduções da morbidade e mortalidade, sendo ainda, a redução do estresse emocional, parte importante nos programas de reabilitação cardíaca. O presente estudo objetiva avaliar a influência do exercício físico no pós operatório da revascularização do miocárdio. Trata-se de uma revisão bibliográfica de ordem qualitativa. Para tal, foi realizada uma pesquisa nas bases de dados SciELO, PubMed e Google Acadêmico, utilizando as palavras-chave: “exercício físico and revascularização do miocárdio”. Para compor este estudo, foram selecionados 30 artigos publicados em língua portuguesa, no recorte temporal dos últimos 25 anos (1995-2020). Ao final da pesquisa pode-se constatar que os exercícios aeróbios melhoram a aptidão cardiovascular e aumentam a autoconfiança, quando praticados por um período prolongado, promovendo adaptações morfológicas e funcionais no que diz respeito ao sistema cardiovascular e ao sistema muscular. Contudo, estudos ainda precisam ser realizados para nortear corretamente os programas de RCV, gerando um tratamento individualizado e efetivo.

PALAVRAS-CHAVE: Doenças cardiovasculares. Revascularização Miocárdica. Reabilitação

THE IMPORTANCE OF PHYSICAL EXERCISE IN POST-OPERATIVE MYOCARDIAL REVASCULARIZATION SURGERY

ABSTRACT: Cardiovascular diseases are classified as diseases that affect the heart and blood vessels and are the major cause of morbidity and mortality in industrialized countries in Europe and North America, and in Brazil, cardiovascular diseases are responsible for about 30% of all deaths. The performance of exercise constitutes a physiological stress for the body due to the great increase in energy demand in relation to rest, which causes a great release of heat and intense modification of the muscular and systemic chemical environment. Cardiac rehabilitation programs are based on physical rehabilitation with consequent reductions in morbidity and mortality, and the reduction of emotional stress is an important part of cardiac rehabilitation programs. The present study aims to evaluate the influence of physical exercise in the postoperative period of myocardial revascularization. It is a bibliographical review of a qualitative order. To this end, a search was performed in the SciELO, PubMed and Academic Google databases, using the keywords: “physical exercise and myocardial revascularization”. To compose this study, 30 articles published in Portuguese were selected, in the time frame of the last 25 years (1995-2020). At the end of the research, it can be seen that aerobic exercises improve cardiovascular fitness and increase self-confidence, when practiced for a prolonged period, promoting morphological and functional adaptations with regard to the cardiovascular system and the muscular system. However, studies still need to be carried out to correctly guide CVR programs, generating individualized and effective treatment.

KEY-WORDS: Heart Defects. Revascularisation Myocardique. Cardiac Rehabilitation.

INTRODUÇÃO

A doença coronariana continuará a ser, nas primeiras décadas do século XXI, a principal causa de mortalidade no mundo. Estudos recentes confirmam essas previsões, demonstrando que atualmente, trata-se da maior causa de morbidade e mortalidade em países industrializados da Europa e da América do Norte. No Brasil, as doenças cardiovasculares são responsáveis por cerca de 30% de todos os óbitos, sendo o infarto agudo do miocárdio (IAM) sua principal causa (ROZENTUL et al., 2005).

A incidência de patologias cardiovasculares nos países desenvolvidos vem aumentando a cada ano, com 80% relacionadas à doença arterial coronariana, na qual na maioria das vezes, a cirurgia de revascularização do miocárdio (CRM) se faz necessária (MIRANDA; SANTOS, 2004).

De acordo com as Diretrizes de Reabilitação Cardíaca (RC), o estilo de vida sedentário associa-se a um risco duplamente elevado de doença arterial coronariana, havendo uma redução em torno de 20% a 25% no risco de morte nos pacientes pós-infarto do miocárdio que participam de programa de reabilitação cardiovascular (RCV), quando comparados aos que não realizam atividades (MORAES et al., 2005).

A realização do exercício constitui um estresse fisiológico para o organismo em função do grande aumento da demanda energética em relação ao repouso, o que provoca grande liberação de calor e intensa modificação do ambiente químico muscular e sistêmico. Consequentemente, a exposição regular ao exercício ao longo do tempo (treinamento físico) promove um conjunto de adaptações morfológicas e funcionais que conferem maior capacidade ao organismo para responder ao estresse do exercício. Dessa forma, após essas adaptações, um exercício de mesma intensidade absoluta (mesma velocidade e inclinação na esteira, por exemplo), provocaria menores efeitos agudos após um período de treinamento (MORAES et al., 2005).

Programas de RCV baseiam-se na reabilitação física com consequentes reduções da morbidade e mortalidade, sendo ainda, a redução do estresse emocional, parte importante nos programas de reabilitação. Indivíduos que participaram destes programas obtiveram diminuição de 75% das mortes no primeiro ano após a revascularização do miocárdio (REGENGA, 2000).

Portanto, torna-se necessário estudar e compreender as contribuições do exercício físico no pós-operatório de revascularização do miocárdio, para que assim, os protocolos sejam aprimorados, os riscos diminuídos e os ganhos potencializados.

Nesse sentido, a revisão bibliográfica é importante para definir a linha limítrofe da pesquisa que se deseja desenvolver, considerando uma perspectiva científica (DANE, 1990). A mesma desenvolve-se a partir de materiais já elaborados, tais como: livros, artigos e teses, sendo assim, a pesquisa bibliográfica possui caráter exploratório, pois permite maior familiaridade com o problema, aprimoramento de ideias ou descoberta de intuições (GIL, 2007).

Quanto ao enfoque qualitativo, este utiliza a coleta de dados sem medição numérica para descobrir ou aprimorar perguntas de pesquisa no processo de interpretação. Busca explicar os fenômenos em profundidade extraíndo os significados com base nos dados coletados antes, durante ou após a pesquisa. As vantagens na utilização da abordagem qualitativa recaem sobre a profundidade dos significados, a contextualização dos fenômenos e a riqueza nas interpretações dos dados que conseguem expor de forma mais clara nuances que a pesquisa quantitativa não consegue (SAMPIERI; COLLADO; LUCIO, 2013).

Dessa forma, foi realizada uma pesquisa nas bases de dados SciELO, PubMed e Google Acadêmico, utilizando as palavras-chave: "exercício físico and revascularização do miocárdio". Foram encontrados 196 artigos que após leitura do título e resumo eram descartados se estivesse em desconformidade com os critérios desse trabalho. Após a fase

de pesquisa e leitura, foram selecionados 30 artigos publicados em língua portuguesa, no recorte temporal dos últimos 25 anos (1995-2020) para compor esse estudo.

Sendo assim, este estudo tem por objetivo avaliar a influência do exercício físico no pós operatório da revascularização do miocárdio. Trata-se de uma revisão bibliográfica, de ordem qualitativa, que tem por objetivo avaliar a influência do exercício físico no pós-operatório da revascularização do miocárdio.

METODOLOGIA

O presente estudo objetiva avaliar a influência do exercício físico no pós operatório da revascularização do miocárdio. Trata-se de uma revisão bibliográfica de ordem qualitativa. Para tal, foi realizada uma pesquisa nas bases de dados SciELO, PubMed e Google Acadêmico, utilizando as palavras-chave: “exercício físico and revascularização do miocárdio”. Para compor este estudo, foram selecionados 30 artigos publicados em língua portuguesa, no recorte temporal dos últimos 25 anos (1995-2020). Foram encontrados 260 artigos, dos quais 136 foram excluídos por estarem fora do recorte temporal da pesquisa, 48 foram excluídos por não apresentarem metodologia condizente com o tema e 22 foram excluídos por não estarem de acordo com o idioma adotado neste estudo, ao final, foram selecionados 54 artigos que atendem aos critérios de inclusão nesta obra. Seguente à busca textual, todos os artigos foram lidos e discutidos pelos autores culminando nos resultados desta obra.

DEFINIÇÃO, INCIDÊNCIA E PREVALÊNCIA

As doenças cardiovasculares são classificadas como doenças que afetam o coração e os vasos sanguíneos. A predisposição a essas patologias ocorre devido a efeitos metabólicos adversos nos níveis pressóricos, lipídeos e a resistência à insulina. Sendo, então, uma das maiores causas de morte causando altos custos para a saúde pública (SIMÃO et al., 2002).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), cerca de 17 milhões de óbitos são registrados anualmente, em consequência de doenças cardiovasculares. A alta incidência de Síndrome Coronariana Aguda (SCA) é causada, principalmente por inatividade física e falência no controle de fatores de risco clássicos, como tabagismo, hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes mellitus (DM), dislipidemia e obesidade (FORD et al., 2007; RUFF; BRAUNWALD, 2011).

O termo SCA é usado em situações que o paciente apresenta evidências clínicas e/ou laboratoriais de isquemia miocárdica aguda, geradas por desequilíbrio entre oferta e demanda de oxigênio para o músculo cardíaco, possuindo como causa principal a instabilização de uma placa aterosclerótica, tendo como manifestação clínica, em sua maioria, o IAM (JUNQUEIRA et al., 2011).

No Brasil, segundo informações do DATASUS, houve 511.079 internações hospitalares, entre janeiro de 2013 a janeiro de 2018, por IAM, na faixa etária de 20 a 80 anos em ambos os sexos. Sendo que, em janeiro de 2015, a taxa de mortalidade por IAM foi de 11,81% (RIBEIRO et al., 2012; BRASIL, 2018).

CIRURGIA DE REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCÁRDIO (CRM)

O manejo das doenças cardiovasculares pode ser conservador ou cirúrgico, sendo o cirúrgico considerado como alternativa eficaz no tratamento de doenças cardíacas isquêmicas (BOTEGA et al., 2010) e indicado quando representa maior sobrevida ao doente (PIVOTO et al., 2010). Ademais o aumento da expectativa de vida, indivíduos submetidos a revascularização do miocárdio tendem a apresentar melhor avaliação da qualidade de vida em até seis meses, após a abordagem cirúrgica (GOIS; DANTAS; TORRATI, 2009).

A CRM é tida como padrão ouro no tratamento da doença coronariana multiarterial, sendo a principal alternativa para melhorar a qualidade de vida e aumentar a sobrevida em indivíduos nessas condições. Tal benefício, no entanto, pode ser limitado em maior ou menor medida, por uma série de aspectos clínicos, demográficos e estruturais (CANI, 2019).

Com avanços na CRM e no desenvolvimento e aperfeiçoamento de cuidados pré-operatórios, houve um decréscimo da morbidade e mortalidade desse procedimento, permitindo a realização da CRM em pacientes cada vez mais complexos (ISHITANI et al., 2006; ANIS, 2004; MACK et al., 2004).

A Revascularização do Miocárdio é uma opção para ser indicada de maneira precisa de médio à longo prazo, com bons resultados, promovendo a remissão dos sintomas de angina e contribuindo para o aumento da expectativa e melhoria da qualidade de vida dos portadores de doença coronariana (KEENAN; ABU-OMAR; TAGGART, 2005).

Dessa forma, o procedimento tem sido utilizado com o fito de minimizar sintomas, otimizar a função cardíaca, a sobrevida e reduzir a recorrência de eventos cardíacos adversos, maiores em subgrupos selecionados de pacientes (CUTLIP; LEVIN; AROESTY, 2009).

Além das comorbidades pré-existentes, o tempo cirúrgico extenso pode estar relacionado diretamente à complexidade do caso, onde se pressupõe que, quanto maior o tempo de cirurgia é maior o número de procedimentos realizados. Assim, cirurgias com o tempo superior a 210 minutos são consideradas um fator de risco importante para complicações pulmonares no pós-operatório (MACHADO et al., 2003).

Não obstante, pacientes submetidos às cirurgias cardiovasculares, geralmente desenvolvem disfunção pulmonar pós-operatória, com redução importante dos volumes pulmonares (WESTERDAHL et al., 2005; GUIZILINI et al., 2005; FELTRIM; JATENE; BERNARDO, 2007), alterações na mecânica respiratória, redução na complacência

pulmonar e aumento do trabalho respiratório.

A diminuição dos volumes e capacidades pulmonares contribui para distúrbios nas trocas gasosas, resultando em hipoxemia e redução na capacidade de difusão. Tais fatores levam a um decréscimo na qualidade de vida e aumentam o tempo de recuperação e convalescença dos pacientes submetidos ao procedimento (RENAULT; COSTA-VAL; ROSSETTI, 2008).

Segundo Windecker e colaboradores (2014), os pacientes com SCA estável e que realizam a RCV, apresentam uma redução de risco de morte e de IAM em comparação com o tratamento conservador. Comparando com as demais formas de tratamento, representa uma redução da mortalidade de cerca de 20% por qualquer causa.

Neste contexto, a RCV contribui significativamente para a redução da mortalidade, principalmente tendo início, já na fase hospitalar e com a sua continuidade após a alta, através da prescrição de exercícios físicos, educação familiar e aconselhamento sexual (NICOLAU, 2010; CAVENAGHI et al., 2011).

REABILITAÇÃO CARDIOVASCULAR (RCV)

Segundo a OMS, a RC é o somatório das atividades necessárias para garantir aos pacientes portadores de cardiopatia as melhores condições física, mental e social, de forma que eles consigam, pelo seu próprio esforço, reconquistar uma posição normal na comunidade e levar uma vida ativa e produtiva (BELLINI., et al 1997).

De acordo com Giannuzzi, S. et al. o conceito RCV, e não RC, deverá ser aplicado uma vez que um programa de reabilitação terá impacto importante em todo o sistema circulatório e não apenas ao nível do coração, ao mesmo tempo que podem ser aplicadas na recuperação de doenças vasculares sem comprometimento cardíaco direto, como é o caso das doenças cerebrovasculares e arteriais periféricas (GOMES, 2008).

Segundo Duarte e Alfieri, citados por Lion e Colaboradores (1997), a RCV pode ser definida como a arte e a ciência de restituir ao indivíduo o nível de atividade física e mental compatíveis com a capacidade funcional de seu coração, fazendo com que o treinamento físico seja parte integrante da reabilitação.

Os pilares da RCV e da prevenção secundária são: mudanças no estilo de vida com ênfase na atividade física programada, adoção de hábitos alimentares saudáveis, remoção do tabagismo e do uso de drogas em geral, além de estratégias para modular o estresse. Um programa de RCV deve ter como objetivo, não só melhorar o estado fisiológico, mas também o psicológico do paciente cardíaco, baseando-se em uma intervenção multidisciplinar (HERDY et al., 2014).

Programas de RCV baseiam-se em uma abordagem individualizada dos pacientes, que de ser realizada por uma equipe capaz de prescrever exercícios físicos e de fortalecimento muscular, orientar sobre hábitos alimentares saudáveis e estimular a prática de atividades físicas (AIKAWA et al., 2014; LEON et al., 2005; ADES et al., 2003; HERDY et al., 2014).

O exercício físico faz parte integrante dos programas de RCV, seus benefícios são amplamente demonstrados no controle dos fatores de risco e, desse modo, na prevenção da doença cardiovascular (MYERS, 2003). Além disso, o aumento da capacidade funcional é um dos benefícios bem conhecidos do treino aeróbico moderado, levando a uma maior sensação de bem-estar e maior percepção da qualidade de vida.

De acordo com as Diretrizes para Reabilitação Cardiopulmonar e Metabólica (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2006), a RCV deve ocorrer em fases. A fase 1 se aplica aos pacientes ainda em ambiente hospitalar, caracterizando-se como o primeiro passo para uma vida ativa e produtiva, deve contemplar a combinação de exercícios de baixa intensidade, técnicas de gerenciamento e manejo de estresse e programas educacionais em relação aos fatores de risco. A fase 2 inicia-se após a alta e tem duração média de três a seis meses; nesse período, o programa de exercícios é individualizado no que se refere a intensidade, duração, frequência, tipo de treinamento e progressão, além de acompanhamento constante, com foco no retorno às atividades sociais e profissionais.

A terceira fase se estende durante 6 a 24 meses e pode ou não estar seguindo a fase 2. A melhora da condição física é o objetivo central, da mesma forma que a melhoria da qualidade de vida. A fase 4, seguindo programas de longo prazo, almeja promover e manter a aptidão física. As atividades não são necessariamente supervisionadas e o paciente precisa de disponibilidade de tempo para a realização do programa de exercícios físicos, de preferência atividades esportivas recreativas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2006).

Sendo assim, a inserção de pacientes nos programas de exercícios pode acrescentar ao tratamento farmacológico, melhorar a qualidade de vida e reduzir a intolerância ao esforço, otimizando o tempo de retorno a função (AIKAWA et al., 2014; LEON et al., 2005; ADES et al., 2003; HERDY et al., 2014).

INFLUÊNCIA DO EXERCÍCIO FÍSICO NO PÓS-OPERATÓRIO

Segundo Gil e Colaboradores (1995), o grande objetivo dos programas de RCV está em permitir aos doentes retornar, o mais rápido possível, à vida produtiva e ativa, a despeito de possíveis limitações impostas pelo seu processo patológico, pelo maior período possível.

Os programas de RCV baseiam-se na reabilitação física com consequentes reduções da morbidade e mortalidade, sendo ainda, a redução do estresse emocional, parte importante nesses programas. Indivíduos que participaram destes programas obtiveram diminuição de 75% das mortes no primeiro ano pós revascularização do miocárdio (REGENGA, 2000)

Parte da RCV é composta pelo treinamento físico, que pode ser prescrito de forma combinada, associando exercícios aeróbios e resistidos. Diversos estudos já demonstram que a indicação combinada de treinamento físico proporciona resultados completos e eficazes (PITSAVOS et al., 2009; FLETCHER et al., 2001).

Existem diversas adaptações cardiovasculares ocasionadas como consequência desse tipo de treinamento, como o aumento na capacidade de realizar as atividades da vida diária, aumento da tolerância ao exercício aeróbio submáximo e a diminuição das respostas cardiovasculares ao esforço (D'ASSUNÇÃO et al., 2007; BITTENCOURT et al., 2008; AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE, 2012).

O ensaio clínico aleatório conduzido por Moraes e colaboradores (2005), evidenciou que a RCV tem impacto sobre a morbimortalidade. Dentre os 99 participantes do estudo, os 50 indivíduos escolhidos aleatoriamente para o programa de exercício físico durante 14 meses, 42% apresentaram redução na mortalidade por todas as causas, 22% por causas cardíacas, além de 19% que apresentarem diminuição consistente na taxa de re-internação hospitalar por insuficiência cardíaca quando comparados aos 49 participantes do grupo controle.

Para Veloso, Monteiro e Farinatti (2003), um aspecto importante a ser considerado é a segurança das atividades propostas, principalmente no que diz respeito às respostas cardiovasculares agudas. Com essa finalidade, muitos autores tem utilizado a análise da frequência cardíaca, pressão arterial e duplo produto como indicadores não-invasivos da sobrecarga cardiovascular no exercício.

Em suma, o treinamento físico aeróbico posterior a CRM melhora o desempenho cardíaco, o consumo de oxigênio (VO₂) pico, a função autonômica e o metabolismo periférico. Os programas de exercícios, baseados em variáveis obtidas por meio dos testes de esforço, são considerados benéficos e seguros para pacientes. (GHORAYEB et al., 2013).

Anteriormente, acreditava-se que a prática de exercícios portadores de cardiopatias era algo inacessível, pois poderia gerar complicações e até mesmo acelerar o quadro patológico. Contudo, estudos científicos têm sistematicamente demonstrado a importância desta prática, sendo atualmente considerada um fator impreterível para o tratamento na RCV, pois, além de minimizar os sintomas, melhora a qualidade de vida diminuindo deste modo à morbidade e a mortalidade, além de possuir uma ótima relação custo-benefício (BELARDINELLI et al., 1999; GEORGIU et al., 2001; JAO et al., 2002).

A utilização de protocolos de treinamento físico em programas de RCV é considerada, clinicamente, uma ferramenta não medicamentosa atuando como terapêutica coadjuvante no tratamento do paciente. Tal prática ocasiona mudanças benéficas, tanto fisiológicas como psicológicas, no paciente, atuando também como prevenção para novos eventos cardiovasculares (SOUZA-RABBO et al., 2007; MCCONNELL, 2005).

Para a elaboração de um treinamento físico deve-se considerar a individualidade de cada indivíduo, de acordo com o grau de comprometimento funcional que este apresenta. Neste sentido, para que os objetivos sejam mais facilmente alcançados, a frequência a intensidade e tempo de duração das sessões, devem ser ajustados a cada paciente (THOMPSON, 2007).

Quando bem realizado, o treinamento físico promove adaptações que contribuem para a melhora do sistema cardiovascular. Das quais, pode-se destacar a diminuição da hiperatividade do sistema nervoso simpático, com subsequente redução da frequência cardíaca (para uma mesma carga de trabalho) e da pressão arterial sistêmica (THOMPSON, 2007).

Não obstante, é capaz de modular a composição corporal, reduzindo o percentual de tecido adiposo e aumentando a massa muscular magra, gerando modificações no índice de massa corpórea do indivíduo, um importante fator de risco para a doença cardiovascular. Os níveis de colesterol total (LDL e HDL), triglicérides e os níveis glicêmicos também são modulados positivamente. (ROVEDA et al., 2003; ZAGO; ZENESCO, 2006).

As modificações no estilo de vida como prática regular de atividade física e uma reeducação alimentar, podem trazer melhoras consideráveis na qualidade desses pacientes (RIQUE et al., 2002).

Um treinamento físico, juntamente com as diferentes atuações complementares, também pode gerar nos cardiopatas melhora na autoestima, criando um cenário que favorece uma melhor reinserção na sociedade, além de prevenir novos eventos relacionados à doença (RIQUE et al., 2002).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A literatura mostra que a incidência de patologias cardiovasculares vem aumentando a cada ano, assim como o número de indivíduos submetidos à CRM sendo a RCV indispensável para otimizar o retorno ao estilo de vida anterior e melhor qualidade de vida, diminuindo o tempo de convalescença.

Exercícios aeróbios melhoram a aptidão cardiovascular e aumentam a autoconfiança quando praticados por um período prolongado, promovendo adaptações morfológicas e funcionais no que diz respeito ao sistema cardiovascular e ao sistema muscular. Contudo, estudos ainda precisam ser realizados para nortear corretamente os programas de RCV, gerando um tratamento individualizado e efetivo.

DECLARAÇÃO DE INTERESSES

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

REFERÊNCIAS

- ADES, P. A. et al. Effects of exercise and cardiac rehabilitation on cardiovascular outcomes. *Cardiol Clin*, v. 21, n. 3p. 435-48, 2003.
- AIKAWA, P. et al. Reabilitação cardíaca em pacientes submetidos a cirurgia de revascularização do miocárdio. *Rev Bras Med Esporte*, v. 20, n. 1, p. 55-8, 2014.
- AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE. Progression models in resistance training for healthy adults. *Med Sci Sports Exerc*. 34 (2):364-80. 2002.
- ANIS, R J. Otimização do tratamento medicamentoso na doença arterial coronariana: tarefa para o subespecialista? *Arq Bras Cardiol*. 83 (3): 187-8. 2004.
- BELARDINELLI, R. et al. Randomized, controlled trial of longterm moderate exercise training in chronic hart failure. *Circulation*. 99:1173-1182, 1999.
- BELLINI, A, et al. I Consenso Nacional de Reabilitação Cardiovascular. *Arq Bras Cardiol*, vol 69, n 4. 1999.
- BITTENCOURT, P. F. et al. Effects of different intensities of resistance exercise on hemodynamic variations in young adults. *Rev Port Cardiol*. 27 (1): 55-64. 2008.
- BOTEGA, F. S. Et al. Cardiovascular behavior during rehabilitation after coronary artery bypass grafting. *Rev Bras Cir Cardiovasc*. 25(4):527-33. 2010.
- BRASIL. Ministério da saúde. Datasus. Morbidade Hospitalar do SUS-geral, por local de internação. 2018.
- CANI, K. C. et al. Características clínicas de pacientes submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio. *Assobrafir Ciência*, v. 6, n. Suplemento 1, p. 43-54, 2019.
- CAVENAGHI, S. et al. Fisioterapia respiratória no pré e pósoperatório de cirurgia de revascularização do miocárdio. *Rev Bras Cir Cardiovasc.. Jul-Set: 26(3):455-61. 2011.*
- COERTJENS, P. C. et al. Avaliação dos níveis de dor após sessões de ultra-sonoterapia em pacientes cirúrgicos cardiovasculares. *Rev Bras Fisioter*. 9(1):25-31. 2005.
- CUTLIP, D.; LEVIN, T.; AROESTY, J. Bypass surgery versus percutaneous intervention in the management of stable angina pectoris: Recommendations. 2009.
- D'ASSUNÇÃO, W. et al. Respostas cardiovasculares agudas no treinamento de força conduzido em exercícios para grandes e pequenos grupamentos musculares. *Rev Bras Med Esporte*. 13(2):118-22. 2007.
- DANE, F. Research methods. Brooks/Cole Publishing Company: California, 1990.
- FELTRIM, M. I. Z.; JATENE, F. B.; BERNARDO, W. M. Em pacientes de alto risco, submetidos à revascularização do miocárdio, a fisioterapia respiratória pré-operatória previne as

complicações pulmonares? Rev Assoc Med Bras. 53(1):1-12. 2007.

FLETCHER, G. F. et al. Exercise standards for testing and training: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association. Circulation. 104: 1694-740. 2001.

FORD, E. S. et al. Explaining the decrease in U.S. deaths from coronary disease, 1980-2000. N Engl J Med, v. 356, n. 23, p. 2388-98, 2007.

GEORGIU, D. et al. Cost-effectiveness analysis of long-term moderate exercise training in chronic heart failure. Am. J. Cardiol. 87:984-988, 2001.

GHORAYEB, N. et al. Guidelines on exercise and sports cardiology from the Brazilian Society of Cardiology and the Brazilian Society of Sports Medicine. Arq Bras Cardiol, v. 100, n. 1, p. 41, 2013.

GIL, C. A. et al. Reabilitação Após Infarto Agudo do Miocárdio. Arquivos Brasileiros de Cardiologia. Rio de Janeiro. Vol. 64. Num. 3. p. 289-296. 1995.

GOIS, C. F. L.; DANTAS, R. A. S.; TORRATI, F. G. Qualidade de vida relacionada à saúde antes e seis meses após a revascularização do miocárdio. Rev Gaúcha Enferm. dez;30(4):700-7. 2009.

GOMES, L. Sobre a Reabilitação Cardíaca; site da Delegação Norte da Fundação Portuguesa de Cardiologia. 2008.

GUIZILINI, S. et al. Avaliação da função pulmonar em pacientes submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio com e sem utilização de circulação extracorpórea. Rev Bras Cir Cardiovasc. 20(3):310-6. 2005.

HERDY, A.H. et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Diretriz Sul-Americana de Prevenção e Reabilitação Cardiovascular. Arq Bras Cardiol, v. 103, n. 1, p. 1-31, 2014.

HERDY, Artur Haddad et al. Diretriz sul-americana de prevenção e reabilitação cardiovascular. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, v. 103, n. 2, p. 1-31, 2014.

ISHITANI, L. H. et al. Desigualdade social e mortalidade precoce por doenças cardiovasculares no Brasil. Rev Saúde Pública. 40 (4): 684-91. 2006.

JAO, F. et al. Unsupervised Rehabilitation: effects of Exercise Training over the Long Run. Arq Bras Cardiol, volume 79 (nº 4), 239-44, 2002.

JUNQUEIRA, L. L. et al. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Protocolo Clínico sobre Síndrome Coronariana Aguda. Belo Horizonte. p. 49. 2011.

KEENAN, T. D.; ABU-OMAR, Y.; TAGGART, D. P. Bypassing the pump: changing practices in coronary artery surgery. Chest. 12(8):363-9. 2005.

LEON, A. S. et al. Cardiac rehabilitation and secondary prevention of coronary heart disease:

an American Heart Association scientific statement from the Council on Clinical Cardiology (Subcommittee on Exercise, Cardiac Rehabilitation, and Prevention) and the Council on Nutrition, Physical Activity, and Metabolism (Subcommittee on Physical Activity), in collaboration with the American association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation. *Circulation*, v. 111, n. 3, p. 369-76, 2005.

LION, L. A. C.; CRUZ, P. M.; ALBANESI FILHO, F. M. Avaliação de Programa de Reabilitação Cardíaca. Análise Após 10 Anos de Acompanhamento. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*. Rio de Janeiro. Vol. 68. Num. 1. p. 13-19. 1997.

MACHADO, L. B. et al. Incidência de cirurgia cardíaca em octogenários: estudo retrospectivo. *Rev Bras Anesthesiol*. 53 (5): 646-56. 2003.

MACK, M. J. et al. Comparison of coronary bypass surgery with and without cardiopulmonary bypass in patients with multivessel disease. *J Thorac Cardiovasc Surg*. 127 (1): 167-73. 2004.

MCCONNELL, T. R. A review to develop an effective exercise training for heart patients. *Eur Med Phys* (41):49-56, 2005.

MIRANDA, A.; SANTOS, M. Análise dos efeitos da pressão positiva expiratória nas vias aéreas no pós-operatório de pacientes submetidos a revascularização do miocárdio. *Rev Bras Fisioter*. Setembro, 2004.

MORAES, S. R. et al. Diretriz de reabilitação cardíaca. *Arq Bras Cardiol*. 84(5):431-40. 2005.

MYERS, J. Exercise and Cardiovascular Health. *Circulation*. 107: e2-e5. 2003.

NICOLAU, J. C. *Conduas práticas em cardiologia*. Barueri : Manole; p. 914. 2010.

PITSAVOS, C. et al. Resistance exercise plus to aerobic activities is associated with better lipids' profile among healthy individuals: the ATTICA study. *Q J Med*. 102:609–616. 2009.

PIVOTO, F. L. et al. Nursing diagnoses in patients in the postoperative period of cardiac surgery. *Acta Paul Enferm*. 23(5):665-70. 2010.

REGENGA, M. M. *Fisioterapia em cardiologia da unidade de terapia intensiva à reabilitação*. 1a ed. São Paulo: Roca; 2000.

RENAULT, J. A.; COSTA-VAL, R.; ROSSETTI, M. B. Respiratory physiotherapy in the pulmonary dysfunction after cardiac surgery. *Rev Bras Cir Cardiovasc*. 23(4):562-9. 2008.

RIBEIRO, A. G. et al. A Promoção da Saúde e a Prevenção Integrada dos Fatores de Risco para Doenças Cardiovasculares. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, v. 17, n. 1. p. 7-17, 2012.

RIQUE, A. B. R.; SOARES, E. A.; MEIRELLES, C. M. Nutrição e exercício na prevenção e controle das doenças cardiovasculares. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*. vol. 8

n. 6. 2002.

ROVEDA, F. et al. The effects of exercise training on sympathetic neural activation in advanced heart failure. *J Am Coll Cardiol*, 42:854-860. 2003.

ROZENTUL, L. A. et al. Efeitos da atividade aeróbia sobre a função cardiovascular na fase III da cirurgia de revascularização do miocárdio. *Ver Soc Cardiol Estado de São Paulo*. 15(3 Supl A):9-18. 2005.

SAMPIERI, R. H.; COLLADO, C. F.; LUCIO, M. P. B. Metodologia de pesquisa. 5 ed. Porto Alegre: Penso, 2013.

SBC. Diretriz de Reabilitação Cardiopulmonar e Metabólica: Aspectos Práticos e Responsabilidades. Sociedade Brasileira de Cardiologia. 2006.

SIMÃO, M. et al. Doenças cardiovasculares: perfil de trabalhadores do sexo masculino de uma destilaria do interior paulista. *Rev Eletrônica de Enferm*. 4(2): 27-35. 2002.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Guidelines for cardiopulmonary and metabolic rehabilitation: practical aspects and responsibilities. *Arq Bras Cardiol*, v. 86, n. 1, p. 74-82, 2006.

SOUZA-RABBO, M. P. et al. Exercício físico como ferramenta não medicamentosa na reabilitação de pacientes com disfunção cardiovascular: uma breve revisão. *Educación Física y Deportes. Revista Digital - Buenos Aires - Año 13, n. 124, set. 2008.*

THOMPSON, P. D. et al. Exercise and acute cardiovascular events placing the risks into perspective. A scientific statement from the American Heart Association Council on Nutrition, Physical Activity, and Metabolism and the Council on Clinical Cardiology. *Circulation*. 115:2358-2368. 2007.

VELOSO, V.; MONTEIRO, W.; FARINATTI, P. Exercícios Contínuos e Fracionados Provocam Respostas Cardiovasculares Similares em Idosas Praticantes de Ginástica? *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*. Niterói. Vol. 9. Num. 2. p. 78-84. 2003.

WESTERDAHL, E. et al. Deep-breathing exercises reduce atelectasis and improve pulmonary function after coronary artery bypass surgery. *Chest*. 128(5):3482-8. 2005.

WINDECKER, S. et al. Revascularisation versus medical treatment in patients with stable coronary artery disease: network meta-analysis. *BMJ*. Jun 23;348:g3859. 2007.

ZAGO, A. S.; ZANESCO, A. Óxido Nítrico, Doenças Cardiovasculares e Exercício Físico. *Arq Bras Cardiol*, 87(6):e 264-e 270. 2006.

Índice Remissivo

A

Acesso à água 19, 23, 26
Ações multiprofissionais 12
Acolhimento 12, 13, 15, 85
Adaptação fisiológica 52, 60, 61
Adolescência 108, 109
Aedes aegypti 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107
Afogamento 30, 31, 32, 33, 34, 35
Afogamento infantil 30, 32
Agnes heller 77, 78, 79, 83
Agressão sexual relacionada ao álcool 182
Alimentação saudável 88, 95, 108, 110, 112, 114
Alterações morfológicas 176, 177
Alterações psicológicas 51, 53, 61
Aptidão cardiovascular 64, 72
Arbovírus 98, 99, 106
Arcada dentária superior 36, 39
Aspectos psicológicos em pacientes ostomizados 51
Assistência de enfermagem 55, 57, 133, 135, 136, 137, 140
Assistência de enfermagem ao idoso 133
Atenção primária à saúde 12, 13, 16, 17, 141, 145, 154, 162, 166, 169, 172, 173
Aterosclerose 86, 87, 91, 94, 95, 96
Atividades cotidianas 78
Auto aceitação 52
Autocuidado 52, 53, 56, 58, 59, 60, 61, 62, 79, 81, 84, 108, 109, 110, 115, 135, 140
Autocuidado em adolescentes 108, 110
Autonomia e independência 79, 81, 135, 144, 153
Autopercepção de saúde 144, 152

B

Bactérias 117, 119, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128
Bebidas alcoólicas 31, 182, 183, 184, 185

C

Caderneta de saúde 144
Chikungunya 98, 99, 100
Cidadania de direitos 12, 13
Comportamentos humanizados 12
Concepção filosófica 77, 79
Consumo de álcool na faculdade 182, 184
Crescimento e desenvolvimento 23, 108, 111
Criança 30, 112, 115

Cuidado de enfermagem 133, 135, 136, 142

Cuidado domiciliar 133, 135, 136, 137

Cuidadores de idosos 133, 139, 140

Cuidados críticos 176

D

Dano neurológico 78, 79, 82, 83

Delitos sexuais 182, 184

Dengue 98, 99, 100, 106, 107

Dentes supranumerários 36, 37, 39, 48, 49, 50

Dentes supranumerários 36, 49

Desenvolvimento da dentição 36

Diarreia 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 53

Dicas de saúde 108

Doenças cardiovasculares 64, 65, 67, 68, 74, 75, 87, 88, 91, 93, 94, 97

E

Educação em saúde 108

Elementos dentários 36, 39, 46

Elementos supranumerários 36, 38, 39, 48, 49

Enfermagem domiciliar 134

Enfermagem em reabilitação 78

Envelhecimento 135, 147, 151, 152, 153, 156, 162, 163, 164, 166, 167, 168, 170, 176, 177, 178, 180

Eskape 117, 118, 119, 124, 126, 127

Estilo de vida indígena 86

Estomia 52, 54, 55, 56, 57, 58, 60, 61, 62, 63

Estratégia saúde da família (esf) 12, 169

Estresse emocional 64, 66, 70

Estresse fisiológico 64, 66

Estudante universitário 182, 184

F

Febre amarela 98, 99, 100

Filosofia em enfermagem 78

G

Gastroenterite 19, 21, 22, 23, 25, 26

Geriatria 154, 175, 176, 180

H

Hábitos de vida 86, 87, 95, 140, 143

Hábitos e comportamentos 108, 109

Hemoculturas 117, 119, 120, 123, 124, 129, 130, 132

Hiperdontia 36, 48

Hipertensão arterial sistêmica 67, 86, 87, 88, 93

Humanização da assistência 12, 16

I

Idoso 144, 163, 165, 167, 168, 169, 171, 172, 179, 180
Índice de desenvolvimento humano municipal (idhm) 19, 21
Índices de morbimortalidade 126, 127
Infecções 108, 114, 117, 118, 124, 125, 126, 127, 131, 132
Infecções hospitalares 117, 125, 126
Infecções relacionadas à assistência à saúde 117, 118, 126, 127, 131
Infecções sexualmente transmissíveis (ist□s) 108
Instituições de longa permanência (ilpi) 143
Insuficiência cardíaca crônica 134, 137
Intervenções de enfermagem 51, 53, 54, 59, 60, 61, 81, 140
Introdução alimentar 86, 93, 94, 96
Investimentos em saneamento básico 19, 26

L

Lesão medular 77, 78, 84, 85
Limitações da senescência humana 156

M

Mecanismos de resistência 117, 123, 128
Meio cultural 86, 96
Microrganismos 117, 119, 120, 121, 123, 124, 131
Ministério da saúde 12, 13, 21, 32, 61, 84, 99, 106, 108, 110, 135, 141, 146, 153, 167, 168, 180
Mistanásia 19
Monitoramento 98, 102, 103
Mortalidade infantil por diarreia e gastroenterite 19, 26

N

Número da dentição normal 36

O

Óbitos infantis 19, 21, 22, 23, 25
Odontopediatria 36, 39

P

Paciente idoso 134, 140, 178
Pacientes indígenas 86
Pacientes ostomizados 51, 53, 54, 56, 57, 60, 61
Patogenicidade 117, 123
Perfil bacteriano 117, 119
Política nacional de humanização da atenção e da gestão em saúde (pnh) 12, 13
Política pública em saúde 157
Políticas assistenciais do sus 12
População idosa 143, 145, 156, 157, 159, 162, 163, 166, 167, 169, 170, 173
Prática saudável 86, 96
Práticas de saúde 108, 115

Práticas educativas e assistenciais 12, 14
Prevenção 30, 74, 75, 123, 125, 131
Prevenção de afogamento 30, 32
Prevenção do afogamento na infância 30, 34
Procedimentos cirúrgicos bucais 36
Processos patológicos 176, 177, 178
Proteção da população idosa 156
Protocolo de idoso frágil 143
Puberdade 108, 111, 113

Q

Qualidade de vida do idoso 133, 135
Qualificação 12, 13, 164
Questões emocionais 51, 53, 59, 60

R

Reabilitação 52, 54, 56, 58, 59, 60, 61, 64, 66, 69, 70, 74, 75, 76, 78, 79, 81, 82, 83, 84, 85
Reabilitação cardíaca 64, 75
Reabilitação física 64, 66, 70
Rede de água e esgoto 19, 23
Relação cuidador-paciente 134
Remoção cirúrgica 36, 38, 40, 48
Resistência antimicrobiana 117, 119
Revascularização do miocárdio 64, 65, 66, 67, 68, 70, 73, 74, 75, 76, 137
Revascularização miocárdica 64

S

Sala de cuidados intermediários (ics) 117
Saneamento básico 19, 20, 21, 23, 24, 25, 26, 27, 28
Saúde bucal 18, 108, 111
Saúde de idosos 143, 145, 155
Saúde do adolescente 108, 110, 115
Saúde mental 52
Saúde pública 16, 20, 25, 27, 67, 126, 127, 162
Saúde pública 12, 16, 17, 26, 27, 28, 97, 98, 99, 100, 106, 107, 131, 132, 159
Sequelas de morbidades 156
Serviços de resgate e transporte aeromédico 176
Serviços de saúde do Brasil 126, 127
Sexualidade 58, 59, 62, 63, 108, 111, 114
Sistema cardiovascular 64, 72
Sistema de saúde 12, 13, 91, 128, 167, 168
Sistema muscular 64, 72
Sistema nacional de informações sobre saneamento (snis) 19, 21
Sistema único de saúde (sus) 12, 13, 165, 167
Software 108, 109

T

Transporte aéreo 176

Transporte do idoso 176

Transversalidade 12

Traumatismos da medula espinal 78

U

Unidades de terapia intensiva (uti) 117

Uroculturas 117, 119, 122, 123, 129

Uso inadequado e indiscriminado de antimicrobianos 126, 127

V

Vacinação 108, 111, 112

Valorização do trabalhador 12

Vida cotidiana 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 85

Vida cotidiana de heller 77

Vigilância 98, 106, 123, 131

Violência sexual 182, 183, 184, 185, 186

Violência sexual entre os universitários 182, 186

Vírus 98, 99, 100, 114

Z

Zika 98, 99



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.instagram.com/editora_omnis_scientia) 
<https://www.facebook.com/omnis.scientia.9> 
+55 (87) 9656-3565 