

Dra. Francisca Tereza de Galiza

Enfermeira. Possui Doutorado em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde pela Universidade Estadual do Ceará. É docente da Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí e do Programa de Pós-Graduação Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família/Fundação Oswaldo Cruz/Universidade Federal do Piauí.

Dra. Claudete Ferreira de Souza Monteiro

Enfermeira. Possui Doutorado em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. É docente aposentada da Universidade Federal do Piauí. Coordenadora do Programa de Pós-Graduação Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família/Fundação Oswaldo Cruz/Universidade Federal do Piauí.

POLÍTICAS, EPIDEMIOLOGIA E EXPERIÊNCIAS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

Possibilidades e desafios do cenário brasileiro

É com grande entusiasmo que convidamos vocês a conhecerem a obra intitulada: “Políticas, epidemiologia e experiências no Sistema Único de Saúde (SUS) – possibilidades e desafios do cenário brasileiro”. A organização desta obra representa momento singular em nossa trajetória acadêmica, pois organizamos um conjunto de 35 capítulos, com diferentes contextos, problemáticas e desafios vivenciados no SUS, por diferentes profissionais de saúde, nas mais diversas regiões do Brasil, que gerou um corpo de conhecimento a ser entregue à sociedade. Nesta obra reveladora de seus autores e protagonistas, de passos e descompassos, de intenções e propósitos, cada um contribuiu com seus escritos e experimentos, socializando ao mundo um saber, um sonho, uma intencionalidade afetiva, substratos necessários a todo escritor, bem como a toda obra escrita. Desejamos, portanto, que essa leitura seja prazerosa, enriquecedora e que contribua para abrir novos horizontes e possibilidades nesse caminhar com o SUS.



POLÍTICAS, EPIDEMIOLOGIA E EXPERIÊNCIAS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)
Possibilidades e desafios do cenário brasileiro

Editora CRV

Dr. Fernando José Guedes da Silva Júnior

Enfermeiro. Possui Pós-Doutorado em Enfermagem pela Universidade Federal de São Carlos. É docente da Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí e Vice-Coordenador do Programa de Pós-Graduação Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família/Fundação Oswaldo Cruz/Universidade Federal do Piauí.

Dra. Jaqueline Carvalho e Silva Sales

Enfermeira. Possui Doutorado em Enfermagem pela Universidade Federal do Piauí. É docente da Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí e do Programa de Pós-Graduação Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família/Fundação Oswaldo Cruz/Universidade Federal do Piauí.



Fernando José Guedes da Silva Júnior
Jaqueline Carvalho e Silva Sales
Francisca Tereza de Galiza
Claudete Ferreira de Souza Monteiro
(Organizadores)

**POLÍTICAS, EPIDEMIOLOGIA E
EXPERIÊNCIAS NO SISTEMA ÚNICO
DE SAÚDE (SUS) – POSSIBILIDADES E
DESAFIOS DO CENÁRIO BRASILEIRO**

Editora CRV
Curitiba – Brasil
2020

Copyright © da Editora CRV Ltda.
Editor-chefe: Railson Moura
Diagramação e Capa: Diagramadores e Designers CRV
Revisão: Analista de Línguas CRV

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)
CATALOGAÇÃO NA FONTE

Bibliotecária responsável: Luzenira Alves dos Santos CRB9/1506

P762

Políticas, epidemiologia e experiências no Sistema Único de Saúde (SUS) – possibilidades e desafios do cenário brasileiro / Fernando José Guedes da Silva Júnior, Jaqueline Carvalho e Silva Sales, Francisca Tereza de Galiza, Claudete Ferreira de Souza Monteiro (organizadores) – Curitiba : CRV, 2020.

474 p.

Bibliografia

ISBN Digital 978-65-5578-790-0

ISBN Físico 978-65-5578-792-4

DOI 10.24824/978655578792.4

1. Saúde pública 2. Políticas de saúde 3. Saúde coletiva 4. Epidemiologia I. Silva Junior, Fernando José Guedes da. org. II. Sales, Jaqueline Carvalho e Silva. org. III. Galiza, Francisca Tereza de. org. IV. Monteiro, Claudete Ferreira de Souza. org. V. Título VI. Série.

CDU 614

CDD 362.1

616-084

Índice para catálogo sistemático

1. Saúde pública 362.1

ESTA OBRA TAMBÉM ENCONTRA-SE DISPONÍVEL
EM FORMATO DIGITAL.
CONHEÇA E BAIXE NOSSO APLICATIVO!



2020

Foi feito o depósito legal conf. Lei 10.994 de 14/12/2004

Proibida a reprodução parcial ou total desta obra sem autorização da Editora CRV

Todos os direitos desta edição reservados pela: Editora CRV

Tel.: (41) 3039-6418 – E-mail: sac@editoracrv.com.br

Conheça os nossos lançamentos: www.editoracrv.com.br

Conselho Editorial:

Aldira Guimarães Duarte Domínguez (UNB)
Andréia da Silva Quintanilha Sousa (UNIR/UFRN)
Anselmo Alencar Colares (UFOPA)
Antônio Pereira Gaio Júnior (UFRRJ)
Carlos Alberto Vilar Estêvão (UMINHO – PT)
Carlos Federico Domínguez Avila (Unieuro)
Carmen Tereza Velanga (UNIR)
Celso Conti (UFSCar)
Cesar Gerónimo Tello (Univer .Nacional
Três de Febrero – Argentina)
Eduardo Fernandes Barbosa (UFMG)
Elíone Maria Nogueira Diogenes (UFAL)
Elizeu Clementino de Souza (UNEB)
Élsio José Corá (UFSF)
Fernando Antônio Gonçalves Alcoforado (IPB)
Francisco Carlos Duarte (PUC-PR)
Gloria Fariñas León (Universidade
de La Havana – Cuba)
Guillermo Arias Beatón (Universidade
de La Havana – Cuba)
Helmuth Krüger (UCP)
Jailson Alves dos Santos (UFRJ)
João Adalberto Campato Junior (UNESP)
Josania Portela (UFPI)
Leonel Severo Rocha (UNISINOS)
Lidia de Oliveira Xavier (UNIEURO)
Lourdes Helena da Silva (UFV)
Marcelo Paixão (UFRJ e UTexas – US)
Maria Cristina dos Santos Bezerra (UFSCar)
Maria de Lourdes Pinto de Almeida (UNOESC)
Maria Lília Imbiriba Sousa Colares (UFOPA)
Paulo Romualdo Hernandes (UNIFAL-MG)
Renato Francisco dos Santos Paula (UFG)
Rodrigo Pratte-Santos (UFES)
Sérgio Nunes de Jesus (IFRO)
Simone Rodrigues Pinto (UNB)
Solange Helena Ximenes-Rocha (UFOPA)
Sydione Santos (UEPG)
Tadeu Oliver Gonçalves (UFPA)
Tania Suely Azevedo Brasileiro (UFOPA)

Comitê Científico:

Ana Rosete Camargo Rodrigues Maia (UFSC)
Carlos Leonardo Figueiredo Cunha (UFRJ)
Cristina Iwabe (UNICAMP)
Evania Nascimento (UEMG)
Fernando Antonio Basile Colugnati (UFJF)
Francisco Jaime Bezerra Mendonca Junior (UEPB)
Janesca Alban Roman (UTFPR)
José Antonio Chehuen Neto (UFJF)
Jose Odair Ferrari (UNIR)
Juliana Balbinot Reis Girondi (UFSC)
Karla de Araújo do Espirito Santo
Pontes (FIOCRUZ)
Lucas Henrique Lobato de Araujo (UFMG)
Lúcia Nazareth Amante (UFSC)
Lucieli Dias Pedreschi Chaves (EERP)
Maria Jose Coelho (UFRJ)
Milena Nunes Alves de Sousa (FIP)
Narciso Vieira Soares (URI)
Orenzio Soler (UFPA)
Samira Valentim Gama Lira (UNIFOR)
Thiago Mendonça de Aquino (UFAL)
Vânia de Souza (UFMG)
Wagner Luiz Ramos Barbosa (UFPA)
Wiliam César Alves Machado (UNIRIO)

Este livro passou por avaliação e aprovação às cegas de dois ou mais pareceristas *ad hoc*.

SUMÁRIO

PREFÁCIO I	15
------------------	----

Jose Ivo Pedrosa

PREFÁCIO II	19
-------------------	----

Anya Pimentel Gomes Fernandes Vieira-Meyer

PARTE I O PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: perspectiva política

CAPÍTULO 1 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: resgate histórico e político	23
--	----

Fernando José Guedes da Silva Júnior

Jaqueline Carvalho e Silva Sales

Andréia Rodrigues Moura Costa Valle

Olivia Dias de Araújo

Luís Carlos Lopes Júnior

CAPÍTULO 2 DESAFIOS DO SUS NA CONTEMPORANEIDADE	35
--	----

Luís Carlos Lopes Júnior

CAPÍTULO 3 EVOLUÇÃO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL.....	53
---	----

Agnelo Pereira da Silva Junior

Lucas da Costa Florindo

Ana Paula Cardoso Costa

Priscilla Ingrid Gomes Miranda

Larissa Alves de Araújo Lima

Fernando José Guedes da Silva Júnior

CAPÍTULO 4 PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA: marcos políticos e contexto de implantação.....	61
--	----

Rafael Tavares Brito

Ana Paula Cardoso Costa

Luana Ruth Braga Campos

Giovanna Vitória Aragão de Almeida Santos

Marcos Vitor Silva Rocha

Fernando José Guedes da Silva Júnior

CAPÍTULO 5 IDOSO COM FERIDA CRÔNICA E PRÁTICAS ASSISTENCIAIS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: reflexões à luz dos determinantes sociais da saúde 69	69
<i>Chrystiany Plácido de Brito Vieira</i>	
<i>Telma Maria Evangelista de Araújo</i>	
<i>Fernando José Guedes da Silva Júnior</i>	
<i>Jaqueline Carvalho e Silva Sales</i>	
<i>Francisca Tereza de Galiza</i>	

CAPÍTULO 6 EVOLUÇÃO DA ATENÇÃO ONCOLÓGICA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: avanços e desafios 81	81
<i>Luís Carlos Lopes Júnior</i>	
<i>Raphael Manhães Pessanha</i>	
<i>Sara Isabel Pimentel de Carvalho Schuab</i>	
<i>Denise Sayuri Calheiros da Silveira</i>	

CAPÍTULO 7 POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL ÀS PESSOAS COM DOENÇAS RARAS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: avanços e desafios 95	95
<i>Luís Carlos Lopes Júnior</i>	
<i>Geisa dos Santos Luz</i>	

CAPÍTULO 8 PERSPECTIVAS E DESAFIOS FUTUROS PARA A POLÍTICA NACIONAL DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES (PNPIC) NO SUS: inovação, pesquisa e desenvolvimento (P&D), educação em medicina e saúde integrativa 107	107
<i>Emiliana Bomfim</i>	
<i>Georgina Bomfim</i>	
<i>Adriana Madeira Alvares da Silva</i>	
<i>Luís Carlos Lopes Júnior</i>	
<i>Ricardo Ghelman</i>	
<i>Carla Valéria Martins Rodrigues</i>	

PARTE II

ESTUDOS EPIDEMIOLÓGICOS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

CAPÍTULO 9 INDICADORES DE SAÚDE DE MULHERES E GESTANTES COM HIV: análise das tendências nacionais 123	123
<i>Márcio Cristiano de Melo</i>	
<i>Tássia Fraga Bastos</i>	
<i>Lia Maristela da Silva Jacob</i>	
<i>Diego Henrique Brilhante de Medeiros</i>	
<i>Amanda Gabriela Araújo da Silva</i>	
<i>Herla Maria Furtado Jorge</i>	

CAPÍTULO 10

VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA E AIDS:

o que sabem os detentos sobre a transmissão e a prevenção?..... 137

Helba Martins Alves

Francisco de Assis Viana dos Santos

Francimar Sousa Marques

Lívia Maria Nunes de Almeida

Cleidiane Vieira Soares Cabral

Jardeliny Corrêa da Penha

CAPÍTULO 11

USO DO PRESERVATIVO MASCULINO:

conhecimento, atitude e prática de detentos..... 151

Sayane Daniela Santos Lima

Caroline da Silva Sousa

Alice de Sousa Ventura

Lívia Maria Nunes de Almeida

Angelina Monteiro Furtado

Jardeliny Corrêa da Penha

CAPÍTULO 12

ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL:

análise do perfil e variáveis de gestações a termo..... 165

Pedro Vitor Mendes Santos

Samila Gomes Ribeiro

Polyanna Maria Oliveira Martins

Lívia Carvalho Pereira

CAPÍTULO 13

SÍFILIS NA GESTAÇÃO:

análise espacial de características clínicas maternas..... 177

Mayara Nascimento de Vasconcelos

Thereza Maria Magalhães Moreira

Maria Lúcia Duarte Pereira

Maria Adelane Monteiro da Silva

CAPÍTULO 14

ESTADO NUTRICIONAL, CONSUMO ALIMENTAR E ESTILO

DE VIDA EM ADULTOS ATENDIDOS PELA ATENÇÃO BÁSICA..... 187

Renata Bérngami Domingos Jacinto

Marianna Junger de Oliveira Garozi

Tamires dos Santos Vieira

Ivana Alece Arantes Moreno

Suzanny Oliveira Mendes

Adriana Madeira Alvares da Silva

CAPÍTULO 15
PERFIL DA INSEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL E
FATORES DETERMINANTES EM COMUNIDADES RURAIS 197

Débora Lumena da Silva

Luiz Cláudio Barreto Silva Neto

Tamires dos Santos Vieira

Juliana Dalbó

Adriana Madeira Alvares da Silva

Wagner Miranda Barbosa

CAPÍTULO 16
RELAÇÃO ENTRE VITAMINA D, OBESIDADE E
CORTISOL EM USUÁRIOS DO SUS 211

Ester Ribeiro Cunha

Aline Ribeiro Borçoi

Flávia Vitorino Freitas

Paola Cerbino Doblaz

Bárbara Risse-Quaioto

Adriana Madeira Alvares da Silva

CAPÍTULO 17
CONHECIMENTO E PRÁTICA DE PROFISSIONAIS DE
ENFERMAGEM SOBRE CONSERVAÇÃO DE IMUNOBIOLOGICOS 223

Khelyane Mesquita de Carvalho

Telma Maria Evangelista de Araújo

Cynthia Roberta Dias Torres Silva

CAPÍTULO 18
CONHECIMENTO, ATITUDE E PRÁTICA DOS
PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM SOBRE
MEDIDAS DE BIOSSEGURANÇA EM TUBERCULOSE 237

Adriana Sávia de Souza Araújo

Jayne Ramos Araújo Moura

Roberto Wagner Júnior Freire de Freitas

Telma Maria Evangelista de Araújo

Ana Roberta Vilarouca da Silva

CAPÍTULO 19
CAPACIDADE FUNCIONAL DE IDOSOS COM HANSENÍASE:
implicações para o cuidado na atenção primária à saúde 247

Francisco José de Araújo Filho

Juliana Holanda Fontes

Daniel Tácito da Silva Rodrigues

Antônia Sylca de Jesus Sousa

Ana Larissa Gomes Machado

CAPÍTULO 20	
CONHECIMENTO SOBRE PREVENÇÃO DO PÉ	
DIABÉTICO APÓS INTERVENÇÃO EDUCATIVA.....	257
<i>Naiany Lima Rocha</i>	
<i>Carmen Viana Ramos</i>	
<i>Luisa Helena de Oliveira Lima</i>	
<i>Antonia Fabiana Rodrigues da Silva</i>	
<i>Karine Rafaela de Moura</i>	
<i>Ana Roberta Vilarouca da Silva</i>	

CAPÍTULO 21	
NEOPLASIAS MALIGNAS: importância dos registros de câncer	267
<i>Larissa Dell'Antonio Pereira</i>	
<i>Sara Isabel Pimentel de Carvalho Schuab</i>	
<i>Raphael Manhães Pessanha</i>	
<i>Maria Helena Costa Amorim</i>	
<i>Eliana Zandonade</i>	
<i>Luís Carlos Lopes Júnior</i>	

CAPÍTULO 22	
EFEITO DE UMA INTERVENÇÃO EDUCATIVA	
NO AUTOCUIDADO DE PESSOAS IDOSAS	283
<i>Francisca Leonísia Barros</i>	
<i>Ana Caroline Cipriano Brandão</i>	
<i>Denival Nascimento Vieira Júnior</i>	
<i>Ana Larissa Gomes Machado</i>	

CAPÍTULO 23	
ARTES DIGITAIS E PREVENÇÃO DE AGRAVOS À	
SAÚDE DE TRABALHADORES DE ENFERMAGEM.....	293
<i>Lorena Sousa Soares</i>	
<i>Diêgo Afonso Cardoso Macêdo de Sousa</i>	
<i>Francisco José Maia Pinto</i>	

CAPÍTULO 24	
CONSUMO DE ÁLCOOL ENTRE ADOLESCENTES DE ESCOLAS	
MUNICIPAIS ATENDIDAS PELO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA.....	305
<i>Lívia Augusta César da Silva Pereira</i>	
<i>Claudete Ferreira de Souza Monteiro</i>	
<i>Fernando José Guedes da Silva Júnior</i>	
<i>Adélia Dalva da Silva Oliveira</i>	
<i>Jaqueline Carvalho e Silva Sales</i>	
<i>Lorena Uchoa Portela Veloso</i>	

PARTE III
REFLEXÕES E EXPERIÊNCIAS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

CAPÍTULO 25 PRÁTICAS EDUCATIVAS EM SAÚDE COLETIVA À LUZ DE PAULO FREIRE	319
<i>Cynthia Roberta Dias Torres Silva</i> <i>Ruth Cardoso Rocha</i> <i>Maria do Livramento Fortes Figueiredo</i> <i>Benevina Maria Vilar Teixeira Nunes</i> <i>Claudete Ferreira de Souza Monteiro</i>	
CAPÍTULO 26 PROJETO ODONTOLÓGICO PARA PREVENÇÃO DA CÁRIE NA PRIMEIRA INFÂNCIA: relato de experiência na atenção básica	329
<i>Claudia da Paz Pinheiro</i> <i>Cacilda Castelo Branco Lima</i> <i>Jaqueline Carvalho e Silva Sales</i> <i>Fábio Solon Tajra</i> <i>Marcoeli Silva de Moura</i>	
CAPÍTULO 27 PERSPECTIVAS SOBRE POTENCIALIDADES E LIMITAÇÕES PARA O ACESSO À SAÚDE MENTAL POR MEIO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E DA SAÚDE INDÍGENA.....	341
<i>Israel Coutinho Sampaio Lima</i> <i>Cidianna Emanuely Melo do Nascimento</i> <i>Carla Barbosa Brandão</i> <i>José Edmilson Silva Gomes</i> <i>José Jackson Coelho Sampaio</i>	
CAPÍTULO 28 HUMANIZAÇÃO DO PARTO SOB A ÓTICA DE PARTURIENTES EM UMA MATERNIDADE DO INTERIOR MARANHENSE	355
<i>Brenda Natally Santana Batista</i> <i>Moanna Martins Barros</i> <i>Natália Pereira Marinelli</i> <i>José de Ribamar Ross</i> <i>Ana Patrícia de Carvalho Petillo Rodrigues</i> <i>Kelvya Fernanda Almeida Lago Lopes</i>	
CAPÍTULO 29 VISITA DOMICILIAR A PESSOAS IDOSAS: saberes e práticas de Agentes Comunitários de Saúde	367
<i>Pâmela Pereira Lima</i> <i>Igho Leonardo do Nascimento Carvalho</i> <i>Francisca Tereza de Galiza</i> <i>Erisonval Saraiva da Silva</i> <i>Edildete Sene Pacheco</i> <i>Iara Regina Silva</i>	

CAPÍTULO 30	
COBERTURA VACINAL EM UNIDADES DE SAÚDE	
DA FAMÍLIA: ótica da equipe de enfermagem	379
<i>Louise Cândido Souza</i>	
<i>Denise Barbosa de Castro Friedrich</i>	
<i>Geovana Brandão Santana Almeida</i>	
<i>Maria Tereza Ramos Bahia</i>	
<i>Daniele Knopp Ribeiro</i>	
<i>Marcelo Melo Silva</i>	

CAPÍTULO 31	
GRUPO DE MÚTUA AJUDA COM ÊNFASE NO AUTOCUIDADO	
COMO ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO EM HANSENÍASE.....	395
<i>Olivia Dias de Araújo</i>	
<i>Joelma Maria Costa</i>	
<i>Victor Hugo Alves Mascarenhas</i>	
<i>Jonas Alves Cardoso</i>	
<i>Michelle Santos Macêdo</i>	
<i>Éllen Cristina da Costa Leite Sousa</i>	

CAPÍTULO 32	
UTILIZAÇÃO DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES	
EM SAÚDE (PICS) NA ATENÇÃO BÁSICA: relato de experiência.....	403
<i>Mayrla Karen Rodrigues Mesquita</i>	
<i>Lívia Carvalho Pereira</i>	
<i>Anaide Mary Barbosa Santos</i>	

CAPÍTULO 33	
ESTRATÉGIAS EM SAÚDE NO COMBATE À COVID-19	
NA ATENÇÃO BÁSICA: relato de experiência de residentes.....	415
<i>Leonardo Magela Lopes Matoso</i>	
<i>Abigail Ada Barbosa da Silva</i>	
<i>Flávia Alves da Silva</i>	
<i>Amanda Medeiros Pereira</i>	
<i>Kalidia Felipe de Lima Costa</i>	

CAPÍTULO 34	
DIÁLOGOS ACERCA DO CUIDADO EM SAÚDE	
BUCAL POR MULHERES EM SITUAÇÃO DE RUA.....	427
<i>Isaac Torres dos Santos</i>	
<i>Fábio Solon Tajra</i>	
<i>Regina Ferraz Mendes</i>	

CAPÍTULO 35	
ESTRATÉGIAS TERAPÊUTICAS NO CONTEXTO DA SAÚDE MENTAL EM SERVIÇO ESPECIALIZADO PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES NO SUS.....	439
<i>Helvis Eduardo Oliveira da Silva</i>	
<i>Vinicius Alves de Alencar Oliveira</i>	
<i>Bruna Pereira de Andrade</i>	
<i>Maria Vitória Ribeiro da Silva</i>	
<i>José Adelmo da Silva Filho</i>	
<i>Antonio Germane Alves Pinto</i>	
SOBRE OS AUTORES.....	447
ÍNDICE REMISSIVO	467

PREFÁCIO I

Ao receber o convite e os manuscritos para prefaciар o livro Políticas, epidemiologia e experiências no Sistema Único de Saúde (SUS) – possibilidades e desafios do cenário brasileiro, momento singular em nossas vidas causado pela pandemia da COVID-19 em que dados epidemiológicos, planos de enfrentamento, medidas de emergência ocupam a visibilidade midiática e o cotidiano das pessoas, fui levado pela corrente do tempo ao processo de constituição da saúde coletiva no Brasil.

Momento em que política e planejamento em saúde não conversavam, pois a política de saúde levava em consideração interesses privados impostos à população que vivia sob uma seguridade social seletiva, o planejamento não passava de instrumento normatizador da vontade política centralizada e a epidemiologia como ferramenta para controle de doenças, basicamente as de caráter coletivo. Momento em que o sistema de saúde se fragmentava em previdenciário, assistência social e caritativo.

Assim ao ler o livro, o primeiro impacto foi me ver diante da necessidade de repensar a trajetória da saúde coletiva tomando como referências o contínuo processo de institucionalização do SUS e constituição da Epidemiologia, Política de Saúde e Planejamento como áreas do campo da saúde, com autores reconhecidos por pares que atualizam seus princípios, fóruns nos quais estes princípios são debatidos e arenas em que tais princípios são disputados e tornados públicos.

Com essa sensação penso que a publicação que prefacio não é somente um livro a mais como vários produzidos no afã do isolamento social e da urgência de novos conhecimentos, mas uma obra de arte. E aqui invoco Bourdieu (1996) para justificar o valor simbólico da produção que não tem equivalente em outros mercados. É uma obra compartilhada por muitos sujeitos que se reconhecem nesses campos e se autorizam como autores de suas existências por meio de artigos, experiências e vivências. É coletiva porque expressa o que fazem e pensam vários grupos que militam e atuam nas singularidades de seus espaços institucionais, de trabalho, de profissões e de afetos. E, é uma obra que pode ser olhada como uma transversal no tempo trazendo perplexidade ao reviver o SUS como uma política em movimento e afirmar nosso protagonismo, ao mesmo tempo que serve de linha de base para refletirmos sobre o quanto, como e para onde vão nossos movimentos.

Uma outra imagem de obra de arte que me vem à mente é o filme de Federico Fellini, *Ensaio de Orquestra*¹, trazendo a concepção que a orquestra só existe na participação de todos apesar das especificidades e sentimentos de cada músico. Existe algo maior que agrega toda a produção: refletir sobre o SUS como espaço de construção

1 Federico Fellini foi um diretor e roteirista de cinema italiano. Reconhecido como um dos maiores e mais influentes cineastas de todos os tempos. Em 1978 lança o filme *Ensaio de Orquestra* em que um oratório medieval recebe as performances de uma orquestra musical. As competições internas e as hierarquias que existem dentro do grupo de instrumentistas são postas em evidência quando estes são entrevistados por uma equipe televisiva presente no local.

de conhecimentos, de experimentações de práticas inovadoras, de formulação de políticas e de participação social.

E assim como uma orquestra produz a música que vai além dos músicos e do maestro e atinge a plateia despertando sensações e preenchendo sentidos, a obra aqui descrita se dirige a todos e todas nós, profissionais de saúde, docentes, pesquisadores, discentes, usuários, sensibilizando e despertando o sentido de pertencimento a um contexto histórico que nos conduz ao compromisso com a saúde, com o outro e com a vida e nos convida a prosseguir motivados por cada manuscrito, que numa espécie de síntese nos chama para a implicação com os encaminhamentos práticos e questões para reflexão que apontam novas trilhas, novos horizontes.

A orquestração se expressa também na maneira como a obra encontra-se organizada; em três partes que dialogam entre si mostrando ao leitor uma coletânea de manuscritos que lembram uma colcha de retalhos, unidos por linhas e aproximações que resultam em um inteiro cobertor capaz de aquecer nossas dúvidas, avivar nossas inquietações e nos motivar para a busca de respostas possíveis.

A parte I delinea sob uma perspectiva política o processo de construção do SUS, trazendo ao debate a atualização histórica dos princípios de universalidade, equidade e integralidade constituintes do SUS e os desafios políticos e organizacionais de um sistema de atenção à saúde sob gestão única, descentralizada com participação social e financiamento público. Como política social coerente com o direito constitucional à saúde, o SUS apresenta contemporaneamente possibilidades e desafios decorrentes da eclosão de vozes de segmentos sociais que deixam a invisibilidade, vocalizam suas necessidades e suscitam políticas emergentes como a população idosa, escolar, os usuários e familiares de portadores de transtornos mentais, problemas oncológicos e doenças raras, na intencionalidade do cuidado integral reforçado pelas práticas integrativas e complementares.

Na parte II em que são apresentados estudos epidemiológicos no SUS é onde mais nitidamente se percebe o quanto a epidemiologia avançou seus limites epistemológicos e possibilitou interfaces em que as informações produzidas permitem a visibilidade da situação de saúde de portadores de HIV/AIDS principalmente mulheres, gestantes e população prisional; a atenção ao pré-natal e o controle de infecções sexualmente transmissíveis, consumo de álcool entre adolescentes, obesidade, insegurança alimentar em comunidades rurais e o consumo alimentar em territórios da atenção básica. Visibilidade situacional que aponta critérios e indicadores para a formulação de políticas e protocolos de avaliação e controle social.

Integrando esta parte e demonstrando que os estudos epidemiológicos além da visibilidade situacional são dispositivos enunciadores de novas situações, conhecimentos e desafios, encontram-se estudos sobre medidas de prevenção do pé diabético, capacidade funcional de idosos com hanseníase, importância de registros factíveis e viáveis sobre neoplasias malignas, conhecimento e desafios que se encontram no conhecimento e práticas profissionais em biossegurança, conservação de imunobiológicos, artes digitais e prevenção de agravos à saúde de trabalhadores de enfermagem e os efeitos de práticas educativas no autocuidado com idosos.

Por fim a terceira parte nos contempla com reflexões e experiências no SUS desenvolvidas em diversos territórios e áreas de intervenção, com diferentes sujeitos em distintos níveis de atenção demonstrando que os serviços de saúde são cenários de problemas complexos e não estruturados que suscitam conhecimento e experiências que resultem em intervenções efetivas e eficazes.

Neste plano epidemiologia e política interagem e se concretizam nas formas como se organizam conhecimentos, tecnologia e recursos humanos na produção e oferta de cuidados na promoção da saúde, na prevenção de agravos, no cuidado integral e na reabilitação. Experiências que compreendem desde reflexões sobre conceitos fundantes para um agir educativo na saúde, a utilização de tecnologias leves e relacionais que tornam produtivo o encontro que ocorre entre profissional nas unidades de saúde, a processos que se materializam em ato no trabalho vivo em saúde.

Ações praxiológicas sempre em construção, inacabadas como o ser humano o é, que provocam a vontade e o desejo de engajamento ao sugerir que tomemos como reflexão questões problematizadoras como:

1. De que modo os profissionais de saúde podem romper a fragmentação conceitual, técnico e científico que parcializam saberes e práticas?
2. Como os profissionais de saúde que compõem a Estratégia Saúde da Família (ESF) podem atuar no controle da cárie na primeira infância?
3. Qual a importância dos profissionais da saúde conhecerem os rituais míticos de cura praticados pelos povos indígenas para o restabelecimento da saúde mental de sua comunidade?
4. Quais fragilidades e desafios a assistência humanizada no parto e nascimento apresenta na atualidade?
5. A visita domiciliar realizada pelos Agentes comunitários de Saúde consegue articular as necessidades de saúde das pessoas idosas com a atuação da equipe multiprofissional da ESF?
6. De que forma a mídia e as redes sociais podem contribuir para a aproximação dos profissionais da saúde da população, visando a desmistificação da vacinação?
7. Profissionais de saúde estão preparados para desenvolver estratégias, como as metodologias ativas e de forma interdisciplinar?
8. De que maneira os gestores de saúde podem impulsionar a implementação das práticas integrativas e complementares (PICS) na Atenção Básica de modo a fortalecer e ampliar o uso destas para a melhoria da qualidade da atenção prestada e da saúde da população?
9. O que podemos vislumbrar e antever quanto ao período pós-pandemia no que se refere à atuação dos profissionais de saúde no SUS?
10. As estratégias de cuidado em saúde bucal envolvem as mulheres em situação de rua na sua elaboração, execução e análise?

Questões que nos incitam à busca de respostas! E, nesse sentido, a leitura desta publicação pode ser o primeiro e grande passo para o aprimoramento de um olhar crítico, construtivo e criativo sobre uma realidade construída de ações humanas que, por esta razão, guarda sempre a possibilidade de ser reconstruída.

Assim como uma obra de arte nos toca mesmo que exposta em uma parede tornando-se viva e dinâmica em nossa subjetividade, esta publicação nos afeta porque fala sobre um pensar e fazer em saúde possíveis. Quase uma utopia pois nos orienta a caminhar, porém mais que utopia aponta inéditos viáveis e trilhas a percorrer.

Ótima leitura!!

Jose Ivo Pedrosa

Médico. Doutor em Saúde Coletiva. Professor Titular do curso de Medicina da Universidade Federal do Delta do Parnaíba (UFDPAr).

E-mail: jivo@ufpi.edu.br

Referência

BOURDIEU, Pierre. **As regras da arte**: gênese e estrutura do campo literário. São Paulo: Companhia das Letras, 1996. 432 p.

PREFÁCIO II

No atual contexto epidemiológico mundial, onde convivemos com doenças infecto-contagiosas, crônicas, endemias e pandemias, sistemas de saúde fortes tem um papel primordial no enfrentamento dos desafios da saúde das populações. Desigualdades sociais, existentes em todo o globo, são mais evidentes em países como o Brasil, onde o desenvolvimento econômico, extremamente robusto entre 1930 e 1980, não foi acompanhado por investimentos na área de educação e seguridade social. Desta forma, e apesar dos esforços de nossa constituição cidadã de 1988, que entre outros avanços, criou o Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, colocando a saúde como dever do Estado e direito dos cidadãos, enfrentamos hoje uma tripla carga de doenças, manifestada na convivência de doenças infecciosas, parasitárias e problemas de saúde reprodutiva, causas externas e doenças crônicas.

É preciso defender o SUS, é preciso garantir sustentação política e financeira suficientes para sua plena atuação, agindo, inclusive de forma intersetorial, na promoção, prevenção e recuperação de agravos à saúde. Sem dúvida, apesar de seus imensos desafios, o sistema de saúde brasileiro é uma das políticas mais importantes no enfrentamento de nossas desigualdades sociais e garantia de saúde à população. Compreender o processo de construção, os indicadores de serviço e saúde, e refletir sobre as experiências do sistema de saúde público brasileiro são essenciais para que possamos melhor conhecê-lo, e assim poder defendê-lo e aprimorá-lo com propriedade.

O presente livro faz exatamente este exercício. Ele está dividido em três partes que conversam harmonicamente entre si, trazendo aspectos importantes do sistema de saúde público brasileiro. A primeira parte do livro, intitulada: O Processo de Construção do Sistema Único de Saúde: Perspectiva Política, possui oito capítulos que fazem um resgate histórico e uma avaliação crítica do SUS e das políticas de saúde vinculadas a ele, sem esquecer de analisar as perspectivas e desafios futuros. A segunda parte do livro, denominada Estudos Epidemiológicos no Sistema Único de Saúde, com 16 capítulos, foca na descrição da situação epidemiológica brasileira, versando sobre os desafios de saúde que nosso sistema precisa enfrentar em vários cenários. Há dados sobre HIV; saúde da mulher; assistência pré-natal, incluindo sífilis; segurança alimentar; tuberculose; hanseníase; Diabetes; Neoplasias; consumo de álcool; e formas de promoção da saúde e prevenção de agravos. O livro encerra com 11 capítulos, que perfazem a terceira parte, e trazem, como seu título aponta, Reflexões e Experiências no Sistema Único de Saúde. Bebendo na fonte de Paulo Freire, de projetos de promoção da saúde e prevenção de agravos, seja por atuação dos agentes comunitários de saúde, das equipes de saúde bucal, de práticas integrativas, etc, estes capítulos apontam, sob diversos olhares, para o que está sendo construído, apesar das dificuldades e desafios. Desta forma, estes nos mostram as diversas possibilidades e nos enchem de esperança, ao percebermos o que está sendo construído na área da saúde pública brasileira.

Assim, o presente livro é, de certa forma, uma ode ao nosso SUS, nos fazendo refletir sobre sua importância para nossa sociedade. Precisamos combater os

desmontes, as ameaças visíveis e veladas a este sistema de saúde que tanto nos oferece. Defender o SUS é defender nossa democracia, é defender uma sociedade mais equânime, é ratificar os valores sociais considerados em nossa constituição e compreender que todos tem direito a saúde. Gostaria então de convidá-los a uma boa leitura e a bons enfrentamentos na defesa de nosso Sistema Único de Saúde.

Anya Pimentel Gomes Fernandes Vieira-Meyer
Pesquisadora da Fundação Oswaldo Cruz/FIOCRUZ – CE.
Coordenadora Geral do Programa de Pós-Graduação Profissional
em Saúde da Família (RENASF/FIOCRUZ)

CAPÍTULO 1

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: resgate histórico e político

*Fernando José Guedes da Silva Júnior
Jaqueline Carvalho e Silva Sales
Andréia Rodrigues Moura Costa Valle
Olivia Dias de Araújo
Luís Carlos Lopes Júnior*

Considerações iniciais

O Brasil, sexto país mais populoso do mundo, com dimensões continentais e desigualdades abissais, abarca um sistema de saúde universal público, o Sistema Único de Saúde (SUS), que foi inspirado no *National Health Service*, do Reino Unido. Criado a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988, o SUS coloca o Brasil em uma posição ímpar, na qual se situa como o único país com mais de 200 milhões de habitantes que possui um sistema de saúde público e universal, que oferece desde atendimentos primários até procedimentos complexos e serviços de emergência (LIMA *et al.*, 2019). De fato, uma das grandes vantagens do SUS é sua intensa capilaridade em todo o território nacional, o que lhe outorga o reconhecimento de um dos melhores sistemas de saúde do mundo (PAIM *et al.*, 2011; CASTRO *et al.*, 2019).

O SUS é obrigação legal há mais de 30 anos, cuja regulamentação ocorreu pelas Leis Orgânicas da Saúde, quais sejam, Lei nº. 8.080 e Lei nº. 8.142 de 1990. Entretanto, destaca-se que sua trajetória em busca por consolidação enquanto sistema de saúde democrático e universal, é anterior à sua regulamentação em 1990. Isso porque, desde a década de 1970, já se observa na história, a organização de movimentos sociais e políticos contra a ditadura, pelas liberdades democráticas e democratização do Estado, em que se buscava construir uma sociedade justa, solidária e um novo Estado com políticas públicas que proporcionassem direitos humanos básicos, com qualidade e universais. No contexto da saúde, este movimento culminou na Reforma Sanitária Brasileira (RSB), antecipando o que viria, anos depois, a ser as diretrizes constitucionais da Universalidade, Igualdade e Participação da Comunidade (SANTOS, 2012).

Nos últimos anos, tem-se observado progresso indiscutível no SUS, a partir da superação de entraves políticos, econômicos e sociais, a exemplo da expansão da Estratégia Saúde da Família (ESF). O SUS nasceu de um processo político que envolveu a sociedade civil, os trabalhadores da saúde, as instituições de ensino, além do Estado, sendo necessário que se conheça esse processo para valorizá-lo e auxiliar

em seu contínuo aprimoramento e consolidação. A união das forças sociais e políticas em prol do SUS fazem parte da nossa história recente e precisam ser conhecidas e desveladas pela sociedade, de modo a transpor e ampliar os debates no que concerne as dificuldades que o SUS ainda enfrenta, bem como valorizar as conquistas que foram sendo acumuladas desde à sua concepção.

Contexto do estudo

Para além de um sistema universal de saúde, o SUS é resultado de um processo histórico-político construído a partir de demandas sociais brasileiras. Conhecer e refletir esse processo é essencial para compreensão da situação atual do SUS, seus avanços, retrocessos e desafios no contexto da Saúde Coletiva, e, a partir disso, pensar em alternativas para fortalecimento desse sistema.

Dessa forma, este capítulo tem como objetivo refletir sobre os principais marcos históricos e políticos que contribuíram para criação e consolidação do SUS. Trata-se de um ensaio teórico, estruturado a partir do levantamento de documentos oficiais e análise da literatura científica. Realizou-se a leitura e análise crítica de todo material, e em seguida, este processo conduziu os autores à reflexão crítica (SEVERINO, 2007).

Com base na identificação e análise dos principais marcos históricos e políticos do SUS, os resultados foram organizados em dois eixos: 1) Marcos históricos e conceituais da Saúde Coletiva no Brasil e 2) Processo de construção e implementação do SUS.

Resultados e discussão

Marcos históricos e conceituais da Saúde Coletiva no Brasil

O campo da Saúde Coletiva tem sua origem na década de 1950 (NUNES, 1994). Porém, o final da década de 1970 é indicado como marco no surgimento do termo Saúde Coletiva no Brasil e a criação da associação civil que o representaria – a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) (VIEIRA-DA-SILVA; PAIM; SCHRAIBER, 2014).

A Saúde Coletiva é definida como um campo interdisciplinar de produção de conhecimentos voltados para a compreensão da saúde, a explicação de seus determinantes sociais, bem como o âmbito de práticas direcionadas prioritariamente para sua promoção, além de voltadas para a prevenção e o cuidado a agravos e doenças, tomando por objeto não apenas os indivíduos, mas, sobretudo, os grupos sociais, portanto, a coletividade (DONNANGELO, 1983).

No Brasil, a Saúde Coletiva consolidou-se como espaço multiprofissional (que reúne diversas profissões) e interdisciplinar (que exige a integração de saberes de diferentes disciplinas). Sua evolução tem sido na direção de um campo (BOURDIEU, 1983), o qual corresponde a um microcosmo social relativamente autônomo, com objeto específico – a saúde no âmbito dos grupos e classes sociais e com práticas também singulares, voltadas para análise de situações de saúde que incorpora o conhecimento produzido sobre os determinantes sociais do processo saúde-doença-cuidado,

CAPÍTULO 2

DESAFIOS DO SUS NA CONTEMPORANEIDADE

Luis Carlos Lopes Júnior

Considerações iniciais

Independentemente do conhecimento que se tenha sobre a história do Sistema Único de Saúde (SUS), suas bases conceituais, filosóficas, jurídicas e políticas, ou sobre sua estrutura, organização e funcionamento, e mesmo à revelia de eventual indiferença e até posições contrárias à sua existência, é possível ratificar que todo e qualquer cidadão brasileiro, em algum momento de sua vida, já teve contato com o maior sistema de saúde universal do mundo – o SUS (TEIXEIRA; SOUZA; PAIM, 2014). De fato, a grande maioria dos cidadãos brasileiros compõe a parcela da população que depende exclusivamente do SUS para ter acesso as ações e serviços necessários a prevenção, manutenção e assistência à saúde. Mesmo àqueles que julgam não “dependem” do SUS, na medida em que pagam direta ou indiretamente por sua assistência médico hospitalar por meio dos planos de saúde privados, são usuários do SUS, uma vez que consomem serviços que são produzidos para garantir condições epidemiológicas, sanitárias e ambientais para toda a população. Como exemplo, podemos citar as ações de controle de epidemias e endemias, as ações de vigilância sanitária de alimentos, saneantes, cosméticos, medicamentos e estabelecimentos de saúde e ações de vigilância ambiental dirigidas ao controle da qualidade da água, do solo, do ar (TEIXEIRA; SOUZA; PAIM, 2014).

Ademais, toda a população brasileira vem se beneficiando de diversos programas desenvolvidos pelo SUS, principalmente aqueles com foco na promoção e prevenção da saúde e na proteção contra determinados riscos e agravos decorrentes das mudanças ocorridas a partir da transição demográfica, epidemiológica e nutricional do Brasil, que permeiam todo o processo saúde-doença-cuidado e que afetam cotidianamente a saúde dos indivíduos, famílias e comunidades (REICHENHEIM *et al.*, 2011). Dentre os programas desenvolvidos no sentido de contribuir para o enfrentamento desses problemas, incluem, por exemplo, o Programa Nacional de Controle do Tabagismo, a Política Nacional de Promoção da Saúde, a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências e a Política Nacional de Atenção Integral para usuários de álcool e outras drogas (TEIXEIRA; SOUZA; PAIM, 2014).

Da vacina ao transplante, os números relativos à produção de ações e serviços de saúde pelo SUS encontram-se em termos de milhares, milhões e bilhões, o que explica em partes o porquê diversos autores no mundo todo afirmarem o SUS como sendo o maior sistema de saúde universal e público do mundo, com intensa capilaridade em

todo território nacional por meio de sua extensa rede de serviços com cobertura em todos estados e nos 5.571 municípios da federação (CASTRO *et al.*, 2019; PAIM *et al.*, 2011). Apesar da magnitude do SUS, salienta-se a existência de uma discrepância entre o que o SUS é e representa, e a forma como ele é percebido pela maioria dos cidadãos brasileiros. E isso, se deve basicamente, a dois processos que se entrelaçam: I) de um lado, a multiplicidade de experiências negativas vivenciadas por usuários que sofrem com a insuficiência de recursos, falta de coordenação do cuidado em rede e/ou má qualidade dos serviços prestados em alguns municípios do país; e II) de outro lado, à forma como esses problemas são abordados pela mídia, reforçando certo senso comum que tende a desvalorizar o que é público, entendido como intrinsecamente como “inferior” (TEIXEIRA; SOUZA; PAIM, 2014).

Nesse sentido, sobressai o neoliberalismo – que representa uma ideologia que apregoa a redução do papel/intervenção do Estado e enaltece os valores do mercado e do capital. Na lógica neoliberal, algo só tem uma real valorização se puder ser traduzido em um valor monetário. No que tange aos sistemas públicos de saúde, a exemplo do SUS, cujo financiamento, apesar de ser garantido pela contribuição de cada cidadão, não aparece nitidamente na compreensão de cada usuário. E então, a oferta das ações e serviços de saúde é muitas vezes vista como “favor”, “dádiva”, e não como um direito adquirido pela luta política e social organizada em favor da dignidade da vida de cada cidadão (TEIXEIRA; SOUZA; PAIM, 2014).

Interessantemente, a mídia, em geral, trata fundamentalmente de exibir os problemas, muitas vezes em tom sensacionalista, sem se preocupar em problematizar os fatos e seus determinantes. Majoritariamente, a mídia não se preocupa em ajudar os leitores, ouvintes, telespectadores, isto é, os usuários do SUS, a desenvolverem uma visão crítica e reflexiva, capaz de subsidiar a responsabilização dos cidadãos, governos e gestores para o que de fato ocorre no âmbito da gestão, da organização e da operacionalização do sistema de saúde e da sociedade como um todo. Contrariamente a isso, os meios de comunicação reproduzem a ideologia dominante e neoliberal, ou seja, a visão de mundo que considera natural que existam desigualdades sociais e inequidades em saúde, e que estas não têm necessariamente que ser superadas (TEIXEIRA; SOUZA; PAIM, 2014).

É premente portanto, não abdicar da capacidade de análise crítico-reflexiva, assumindo a responsabilidade de pensar em que se tem constituído esse imenso arcabouço de lutas, experiências, saberes e práticas que configuram o SUS ao longo da sua história e na conjuntura atual. Ademais, é preciso entender o significado disso, em um país de dimensões continentais, com uma sociedade capitalista, periférica, e de enormes desigualdades sociais, de gênero, políticas e econômicas, como a brasileira, na qual vicejam distintas concepções acerca do Estado, da política e das relações entre público e privado (CASTRO *et al.*, 2019; PAIM *et al.*, 2011; TEIXEIRA; SOUZA; PAIM, 2014).

Contexto do estudo

De acordo com Paim (2011), existem diversas concepções e distintos projetos de SUS que disputam a direção política e cultural da saúde na sociedade e Estado

CAPÍTULO 3

EVOLUÇÃO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL

*Agnelo Pereira da Silva Junior
Lucas da Costa Florindo
Ana Paula Cardoso Costa
Priscilla Ingrid Gomes Miranda
Larissa Alves de Araújo Lima
Fernando José Guedes da Silva Júnior*

Considerações iniciais

Ao longo dos séculos, o termo “loucura” foi interpretado de muitas formas na sociedade ocidental, e atraiu interesse especial da medicina no século XVIII, que o definiu como algo ameaçador e digno de confinamento. Por muitos anos, o hospital psiquiátrico foi o lócus de acolhimento da demanda de saúde mental, e alvo de críticas que revelaram a gravidade do modelo manicomial (JORDÃO; PERGENTINO, 2018).

Diante desse contexto, a atenção à saúde mental no Brasil é caracterizada por marcos históricos importantes. Os movimentos iniciais em prol de mudanças na assistência psiquiátrica neste território datam dos anos 1970, frente ao cenário de descaso e violência dispensada às pessoas com transtorno mental (AMARANTE; NUNES, 2018).

Por muito tempo, órgãos responsáveis pela assistência à saúde nos Estados investiram na aquisição de leitos em manicômios. Desse modo, o cuidado à saúde mental era transfixado por vertentes contraditórias: mesmo negativo e improdutivo, a obtenção de leitos psiquiátricos era ascendente (GIMBO; DIMENSTEIN; LEITE, 2019).

Este modelo, manicomial e hospitalocêntrico, foi marcado por práticas contrárias às prerrogativas dos direitos humanos. Medicamentos excessivos, choques insulínicos, Eletroconvulsoterapia, cubículos ou cela forte, camisa de força, e outros meios de tratamento e contenção dos pacientes eram comumente utilizados. Em busca de mudança nesse cenário, deu-se início a um processo de luta por parte da sociedade, em defesa dos indivíduos mentalmente adoecidos (GUIMARÃES *et al.*, 2013).

As condições de trabalho, absolutamente precárias naquela época, também influenciaram profissionais de saúde a participar dessas manifestações, por meio de mobilizações de bolsistas e residentes de hospitais psiquiátricos do Ministério da Saúde. Amarante e Nunes (2018) destacam que, neste contexto de redemocratização e luta pelos direitos humanos de vítimas da violência psiquiátrica, se constituiu o movimento social mais importante para o processo da Reforma Psiquiátrica (RP).

Contexto do estudo

Tendo em vista o papel do Estado na saúde, discutir sobre o processo histórico de políticas públicas que norteiam o cuidado em saúde mental no território brasileiro é essencial para compreender a assistência preconizada à essa problemática. Condições, possibilidades e avanços dessas políticas retratam a importância dada à magnitude dos agravos psíquicos e aos direitos, conquistados com lutas simbólicas, daqueles que necessitam de cuidados em saúde mental. Assim, o objetivo deste capítulo é refletir acerca da evolução das políticas em saúde mental no Brasil, a partir do movimento de RP.

Trata-se de estudo reflexivo, apoiado em evidências científicas sobre as políticas públicas de saúde mental instituídas no Brasil. Para levantamento de dados e contextualização, realizou-se busca bibliográfica nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO). A recuperação de documentos normativos do Estado relacionados à saúde mental se deu por meio de acesso à plataforma Sistema de Legislação da Saúde, do Ministério da Saúde. Esse processo ocorreu durante o mês de julho de 2020.

Principais aspectos legislativos para cuidado saúde mental no território nacional

O campo da saúde mental no Brasil está grifado pelas diversas incoerências na gestão e atenção à essa problemática, ocorridas em décadas passadas, em especial durante a vigência do modelo hospitalocêntrico e biomédico. Entretanto, por volta do fim do decênio de 1970, emergiram diversos debates acerca da loucura, da pessoa em sofrimento mental e o que de fato seria o sujeito louco (CARVALHO, 2018).

A necessidade de uma assistência à saúde mental humanizada levantou reflexões e novo olhar, por parte de instituições de saúde, à figura do louco. Eventos científicos sobre as relações terapêuticas de tratamento no modelo hospitalar, definição dos direitos humanos e questões sobre a violência do método asilar ineficaz, foram temáticas centrais nos debates instituídos no território brasileiro (WEBER, 2017).

Essas discussões foram impulsionadas não apenas no campo da saúde em geral, mas, no dia a dia da população brasileira, visto que a sociedade estava cada vez mais insatisfeita com as condutas impostas na assistência psiquiátrica. Essa pauta foi apresentada no Relatório Final da Primeira Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada no Rio de Janeiro em 1987 (BRASIL, 1987). Com bandeiras pedindo “uma sociedade sem manicômios”, surgiu também da referida conferência o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial.

Entretanto, foi a partir da Constituição Federal de 1988, por meio do artigo 196, que determina que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco e de outros agravos e a acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”, que as políticas de saúde mental começaram a ser modificadas (BRASIL, 1988).

CAPÍTULO 4

PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA: marcos políticos e contexto de implantação

Rafael Tavares Brito
Ana Paula Cardoso Costa
Luana Ruth Braga Campos
Giovanna Vitória Aragão de Almeida Santos
Marcos Vitor Silva Rocha
Fernando José Guedes da Silva Júnior

Considerações iniciais

O Programa Saúde na Escola (PSE) trata-se de uma parceria entre os ministérios da saúde e educação, constitui uma estratégia para o fortalecimento da intersectorialidade, estimulada pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e desenvolvimento da perspectiva de corresponsabilização entre estes setores, habituados a trabalhar isoladamente (SANTIAGO *et al.*, 2012).

O PSE tem como objetivos: promover saúde e cultura da paz, enfatizando a prevenção de agravos à saúde; articular ações do setor da saúde e da educação, aproveitando o espaço escolar e seus recursos; fortalecer o enfrentamento das vulnerabilidades dos escolares; e, incentivar a participação comunitária contribuindo para a formação integral dos estudantes da rede básica por meio da promoção, prevenção e atenção à saúde (BRASIL, 2008).

A organização desse programa se dá por meio de áreas de abrangência que deverão estar conectadas aos equipamentos locais de saúde que estão presentes no território. Todas as estratégias deverão ser colocadas em prática de modo coerente ao projeto-pedagógico da escola e o processo de trabalho da unidade básica de saúde mais próxima (BRASIL, 2008).

Esse programa leva em consideração cinco componentes: avaliação das condições de saúde das crianças, adolescentes e jovens que estão na escola pública; promoção da saúde e de atividades de prevenção; educação permanente e capacitação dos profissionais da educação, da saúde e de jovens; monitoramento e avaliação da saúde dos estudantes; e, monitoramento e avaliação do Programa (BRASIL, 2009).

Mais que uma estratégia de integração, o PSE propõe um novo modelo da política de educação e saúde, visto que lida com temas de forma ampla para formação da cidadania, a citar: combate à dengue; incentivo às práticas esportivas; prevenção

do consumo abusivo de drogas, de violências e infecções sexualmente transmissíveis (ISTs); promoção da saúde bucal, ocular e auditiva; atualização do calendário vacinal; incentivos aos bons hábitos alimentares e combate a obesidade. Para além destes temas, o PSE, prevê o gozo dos direitos humanos e o estímulo ao exercício da cidadania (FONTANA, 2018).

Neste contexto, destaca-se que essa discussão sobre os marcos políticos do PSE e o processo de implantação desse programa é relevante, pois o cenário da escola é estratégico para o incremento de atividades intersetoriais. Ele pode ser palco de debates que contribuam para formação de cidadãos capazes de exercitar a cidadania de forma plena, além de contribuir para a melhoria da qualidade de vida da população brasileira, por meio da educação para a cidadania e saúde.

Contexto do estudo

Sob a ótica da relevância comunitária, social, em saúde e educação relacionada ao PSE, faz-se importante explorar aspectos envoltos a essa ferramenta, de modo a dar visibilidade aos marcos que o constituíram, bem como do seu desenvolvimento. É necessário que profissionais e gestores em saúde entendam o processo de solidificação do programa, para assegurar, assim, sua progressão. Dessa forma, este capítulo tem como objetivo refletir sobre o contexto político e a implantação do PSE no território brasileiro.

Trata-se de estudo de reflexão, estruturado a partir da análise de evidências científicas disponíveis sobre o PSE. A busca por estudos ocorreu durante o mês de junho de 2020, nas plataformas Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO). Encontraram-se documentos científicos sobre diversos aspectos relacionados ao PSE, que foram analisados para posterior construção dos resultados.

Principais marcos políticos nacionais para a promoção da saúde na escola

A trajetória de construções políticas que culminaram na criação do PSE no Brasil se inicia no ano de 1971, com a Lei de Diretrizes e Bases da Educação nº 5.692, que por meio dos “Programas de Saúde”, previa a inserção dessa temática nos currículos escolares (BRASIL, 1971). Em 1974, o Conselho Federal de Educação emitiu o Parecer nº 2.246, com estabelecimento de objetivos e diretrizes para o ensino de saúde nas instituições de ensino (BRASIL, 1974).

De modo geral, movimentos subsequentes, como a VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), Constituição Federal (1988), Lei 8.080 (1990) e Lei 8.142 (1990), ampliaram as discussões sobre direitos da sociedade e fortaleceram os deveres do Estado para promoção da saúde em todo território. A abordagem transversal da saúde na educação, bem como a interação entre essas dimensões, foram delineadas no ano

CAPÍTULO 5

IDOSO COM FERIDA CRÔNICA E PRÁTICAS ASSISTENCIAIS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: reflexões à luz dos determinantes sociais da saúde

*Chrystiany Plácido de Brito Vieira
Telma Maria Evangelista de Araújo
Fernando José Guedes da Silva Júnior
Jaqueline Carvalho e Silva Sales
Francisca Tereza de Galiza*

Considerações iniciais

O envelhecimento populacional trata-se de realidade contemporânea que foi garantida pela evolução científica e tecnológica, que tem levado à reorganização do Sistema de Saúde, pois essa população exige cuidados que são um desafio.

As pessoas envelheceram de forma a transformar a pirâmide etária. O perfil populacional brasileiro era em forma de uma “pirâmide” até o ano 2000, com a maioria da população na base, mostrando pessoas de até 20 anos de idade. Porém, este formato vem sendo alterado e a expectativa é que essa representação forme um “barril” em 2050, devido ao aumento da população nos níveis superiores da pirâmide e à diminuição dos nascimentos (GIACOMELLI; CHIAPINOTO; MARION FILHO, 2017).

O processo de envelhecimento populacional resultou principalmente do declínio da fecundidade que no Brasil, desde 1960, a redução dessa taxa iniciou o processo de mudanças na estrutura etária da população (SANTOS; TURRA; NORONHA, 2018).

As perspectivas para 2050 mostram que o mundo possuirá cerca de dois bilhões de idosos e o Brasil passará a ser o sexto país com maior número de idosos (SANTOS *et al.*, 2018; TEIXEIRA, 2018). No Estado do Piauí, que possuía uma população estimada em 2018 de 3.263.754 pessoas, a população de idosos estimada foi de 401.089, o que representa 12,29% da população geral (IBGE, 2018).

Observou-se, assim, aumento da expectativa de vida, com elevação de cinco anos de vida no período de 2000 a 2013. Entretanto, esse fenômeno diverge de acordo com vários fatores, como o sexo e o desenvolvimento de cada localidade, sendo que as mulheres vivem aproximadamente 78,5 anos e os homens 71,2 anos (SANTOS *et al.*, 2018).

A transição demográfica acarretou a transição epidemiológica, que significa que o perfil de doenças da população mudou, caracterizado pela alteração do perfil de morbimortalidade antes definido pela alta prevalência de doenças transmissíveis, para

o predomínio das doenças crônicas e degenerativas e causadas por fatores externos (GIACOMELLI; CHIAPINOTO; MARION FILHO, 2017).

O perfil de doenças no idoso muda para o padrão de doenças crônicas, que podem trazer maior disfunção e dependência. Além disso, os gastos assistenciais nessa faixa etária mostram altos custos, justificados pelo padrão de morbidade deste grupo, que podem significar décadas de utilização dos serviços de saúde, com medicamentos, consultas médicas e internações hospitalares de longa duração, resultando, conseqüentemente, em maiores gastos (GIACOMELLI; CHIAPINOTO; MARION FILHO, 2017; SANTOS; TURRA; NORONHA, 2018).

Assim, o crescimento do número de idosos causa uma série de conseqüências econômicas, sociais, culturais e epidemiológicas, impondo avanços em todas as áreas, principalmente no setor de assistência social e de saúde (RAPOSO; LEITE; MACIEL, 2018).

Isso se dá porque, no Brasil, essa alteração no perfil sociodemográfico vem acompanhada de significativos determinantes sociais e de saúde, como analfabetismo, pobreza, considerável projeção de doenças crônicas, pouco acesso aos serviços sociais e de saúde, número insuficiente de programas para a população idosa e ausência de políticas voltadas para a prevenção e promoção de saúde que considere o curso de vida. O desafio maior, portanto, concentra-se em garantir que a velhice e envelhecimento sejam processos orientados e bem-assistidos (VERAS; OLIVEIRA, 2018).

Nesse contexto, as feridas crônicas, merecem especial atenção, uma vez que tendem a estar associadas às doenças crônicas, comuns na população idosa (GOULD *et al.*, 2015). Em vista disso, essas lesões constituem uma problemática na saúde pública que tem se mostrado frequente no Brasil (BORGES; NASCIMENTO FILHO; PIRES JUNIOR, 2018). Requerem acompanhamento constante, pois, em razão da sua natureza, não têm cura (DOWSETT; BIELBY; SEARLE, 2014). Podem gerar um processo incapacitante, afetando a funcionalidade das pessoas idosas, ou seja, dificultando ou impedindo o desempenho de suas atividades cotidianas de forma independente. Ainda que não sejam fatais, essas condições geralmente tendem a comprometer de forma significativa a qualidade de vida dos idosos. O envelhecimento ativo e saudável, portanto, é o grande objetivo nesse processo, sendo necessário alguma mudança no contexto atual em direção à produção de um ambiente social e cultural mais favorável para população idosa.

Em relação à assistência, salienta-se a importância da atenção primária sob o enfoque da Estratégia Saúde da Família (ESF), considerada eixo para reorganização do modelo assistencial. No trabalho das equipes da Atenção Primária em Saúde (APS)/Saúde da Família, as ações coletivas na comunidade, as atividades de grupo, a participação das redes sociais dos usuários são alguns dos recursos indispensáveis para atuação nas dimensões cultural e social, considerando que as diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), vão além das condições clínicas (BRASIL, 2006a; 2006b).

Contexto do estudo

A discussão proposta, neste capítulo, justifica-se pela necessidade de compreender a influência de diferentes determinantes, não só clínicos, na ocorrência de

CAPÍTULO 6

EVOLUÇÃO DA ATENÇÃO ONCOLÓGICA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: avanços e desafios

Luís Carlos Lopes Júnior
Raphael Manhães Pessanha
Sara Isabel Pimentel de Carvalho Schuab
Denise Sayuri Calheiros da Silveira

Considerações iniciais

Mundialmente, as doenças e agravos não transmissíveis (DANT) configuram-se como as principais responsáveis pelo adoecimento e óbito da população. Dentre as DANT, as neoplasias malignas ocupam a segunda posição entre as principais causas de mortes nos países desenvolvidos e em desenvolvimento, a exemplo do Brasil (SIEGEL; MILLER; JEMAL, 2020). Ressalta-se que 12,5% de todas as mortes são causadas por câncer, o que representa mais do que a porcentagem de mortes causada pelo HIV/AIDS, tuberculose e malária juntos (BRAY *et al.*, 2018; SIEGEL; MILLER; JEMAL, 2020). As projeções da Organização Mundial da Saúde (OMS) para o período de 2018 a 2040 são de 29,5 milhões de novos casos de câncer, em ambos sexos e em todas as idades (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018). Em adição, o câncer cursa com elevado ônus psicossocial e econômico e é considerado um importante problema de saúde pública global (SIEGEL; MILLER; JEMAL, 2020).

Sincronicamente, a transição demográfica e epidemiológica que se processam nos países independentemente do nível de renda têm contribuído sobremaneira para a mudança no perfil do risco para as doenças crônicas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013). De fato, a maioria dos países de baixo e médio desenvolvimento continua a enfrentar altas taxas de DANT, compondo um cenário de tripla carga de doenças, quais sejam: I) a agenda não superada de doenças infecciosas e carenciais; II) a carga importante atribuída a mortes por causas externas; e, III) a presença hegemônica de condições crônicas (MENDES, 2012). Salienta-se que o perfil dos fatores de risco relacionados ao câncer tem mudado rapidamente nos países em desenvolvimento, a exemplo do consumo de tabaco, os padrões da dieta, das características reprodutivas, além da prevalência das infecções relacionadas às neoplasias malignas (BRAY *et al.*, 2018). Assim, o resultado do processo de transição demográfica, epidemiológica e nutricional em âmbito mundial sinaliza para um impacto cada vez maior da carga global de câncer nas próximas décadas (BRAY *et al.*, 2018; FERLAY *et al.*, 2019).

As estimativas mundiais do GLOBOCAN 2018 de incidência e mortalidade por câncer produzidas pela Agência Internacional de Pesquisa sobre o Câncer, com foco

na variabilidade geográfica em 20 regiões do mundo, apontou para o ano de 2018 cerca de 18,1 milhões de novos casos de câncer e 9,6 milhões de óbitos por neoplasias malignas (BRAY *et al.*, 2018). Salienta-se que o câncer mais frequentemente diagnosticado e a principal causa de morte por câncer, variam substancialmente entre os países e dentro de cada país, dependendo do grau de desenvolvimento econômico e dos fatores sociais e de estilo de vida associados (BRAY *et al.*, 2018). Em ambos os sexos combinados, o câncer de pulmão é o câncer mais comumente diagnosticado (11,6% do total) e a principal causa de morte por câncer (18,4% do total de óbitos por câncer), seguido pelo câncer de mama feminino (11,6%), câncer de próstata (7,1%) e câncer colorretal (6,1%). No sexo masculino, o câncer de pulmão é o câncer mais frequente e a principal causa de morte, seguida pelo câncer de próstata e colorretal (para incidência) e câncer de fígado e estômago (para mortalidade). Para o sexo feminino, o câncer de mama é o câncer mais comumente diagnosticado e a principal causa de morte por câncer, seguido pelo câncer colorretal e de pulmão (tanto por incidência quanto por mortalidade), e o câncer do colo do útero (BRAY *et al.*, 2018).

De acordo com estimativas recentes do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), espera-se a ocorrência de 625 mil casos novos de câncer (450 mil, excluindo os casos de câncer de pele não melanoma) para cada ano do triênio 2020-2022 (BRASIL, 2019). Dentre as neoplasias mais incidentes encontram-se o câncer de pele não melanoma (177 mil), seguido pelos cânceres de mama e próstata (66 mil cada), cólon e reto (41 mil) e pulmão (30 mil). Para o sexo masculino as cinco neoplasias mais incidentes, à exceção do câncer de pele não melanoma, são: o câncer de próstata (29,2%), seguido pelo câncer de cólon e reto (9,1%), pulmão (7,9%), estômago (5,9%) e cavidade oral (5,0%). Para o sexo feminino as cinco neoplasias mais incidentes, excetuando-se o câncer de pele não melanoma, serão os cânceres de mama (29,7%), cólon e reto (9,2%), colo do útero (7,4%), pulmão (5,6%) e tireoide (5,4%) (BRASIL, 2019). No que concerne as taxas de incidência ajustadas por idade (à exceção do câncer de pele não melanoma), tanto para homens (215,86/100 mil) quanto para mulheres (145,00/100 mil) são consideradas intermediárias e compatíveis com as apresentadas para países em desenvolvimento. A distribuição da incidência por região geográfica mostra que a região Sudeste concentra mais de 60% da incidência, seguida pelas regiões Nordeste (27,8%) e Sul (23,4%) (BRASIL, 2019).

Contexto do estudo

O tratamento das neoplasias malignas vem apresentando avanços significativos nos últimos anos, culminando no aumento da taxa de sobrevida global e relativa das pacientes. O bom prognóstico de alguns tipos de neoplasias está diretamente relacionado com o diagnóstico precoce, ao início rápido do tratamento e os avanços tecnológicos na terapêutica tais como, o cuidado personalizado, as equipes interdisciplinares e especializadas, protocolos combinados, terapias alvo-molecular e o progresso da pesquisa clínica e translacional em Oncologia (BRASIL 2019, LOPES-JÚNIOR; LIMA, 2019; LOPES-JÚNIOR, 2019). Salienta-se que, informações sobre a ocorrência de neoplasias e seus desfechos são requisitos essenciais para programas regionais e nacionais para o controle do câncer, além de subsidiar e direcionar a

CAPÍTULO 7

POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL ÀS PESSOAS COM DOENÇAS RARAS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: avanços e desafios

Luís Carlos Lopes Júnior
Geisa dos Santos Luz

Considerações iniciais

O interesse pelas doenças raras tem aumentado nos últimos anos, fato que se atribui especialmente pelo reconhecimento de que elas representam um problema de saúde pública global, que cursa com elevado ônus biopsicossocial e econômico (SCHIEPPATI *et al.*, 2008; LONDON, 2012). Nesse sentido, políticas públicas vêm sendo desenvolvidas e implementadas em diversos sistemas de saúde ao redor do mundo visando a atender as necessidades e ampliar o acesso dos pacientes à assistência (CUI; HAN, 2015; HAN; CUI; ZHOU, 2012; SCHIEPPATI *et al.*, 2008).

Segundo a Organização Mundial da Saúde, doença rara se refere à enfermidade que atinge 65 pessoas em um grupo de 100.000 indivíduos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010). Existem pelo menos 7.400 doenças raras na listagem da *The National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) e da *National Organization of Rare Disorders* (NORD) (NORD, 2011).

De modo geral, é possível situar as doenças raras na faixa das que possuem prevalência máxima variável de 0,5 a 7 por 10.000 habitantes. Esse dado é imprescindível para definir o escopo e amplitude das políticas oficiais desenvolvidas por cada nação (INTERFARMA, 2013). Se por um lado, individualmente as doenças raras atingem um número restrito de pessoas, por outro lado, atingem em conjunto, uma parcela considerável da população mundial, isto é, entre 6% e 8%, ou seja, entre 420 milhões a 560 milhões de pessoas (GUILLEVINA, 2013; NORD, 2011). Dentre esse total, estima-se que aproximadamente 13 milhões estão no Brasil (INTERFARMA, 2013). A maioria das doenças raras, representada por 75% dos casos, se manifesta no início da vida e afeta, sobretudo, crianças na faixa etária entre 0 a 5 anos, contribuindo significativamente para a morbimortalidade nos primeiros 18 anos de vida (NORD, 2011).

Ressalta-se que 80% das doenças raras tem origem genética, sendo a outra parcela decorrente de infecções bacterianas e virais, alergias, ou causas degenerativas (NORD, 2011). De fato, a conclusão do Projeto Genoma Humano (PGH) em 2003, trouxe consigo uma explosão de informações genéticas e genômicas, as quais têm se tornado essencial ao cuidado em saúde (KHOURY; GALEA, 2016), o que tem possibilitado uma melhor compreensão do universo das doenças raras (NORD, 2011).

Ademais, a medicina personalizada, gradativamente, utiliza-se dessas informações, sobre os genes e proteínas, associadas ao meio ambiente, para prevenir, diagnosticar e tratar doenças (SYURINA *et al.*, 2011). Todavia, mesmo com os avanços na pesquisa pós PGH, questões continuam a serem postuladas sobre o potencial impacto da genômica nos sistemas de saúde. Mudanças já estão ocorrendo no oferecimento de serviços de genética e na redefinição dos papéis profissionais, com uma forte tendência a favorecer a integração da genética e da genômica à prática clínica, com ênfase na Atenção Primária à Saúde (APS) (KHOURY; GALEA, 2016; SYURINA *et al.*, 2011). Em países desenvolvidos, a mortalidade infantil entre pessoas com doenças raras chega a 30%. Esse percentual pode ser ainda mais elevado no Brasil, uma vez que muitos desses indivíduos não são corretamente diagnosticados e, conseqüentemente, não recebem tratamento adequado (GUILLEVINA, 2013; NORD, 2011).

Contexto do estudo

Até o início dos anos 80, os pacientes com doenças raras não faziam parte da agenda governamental. A atuação de organizações de pacientes e movimentos da sociedade civil ao redor do mundo não apenas deu voz às necessidades dessas pessoas como também, contribuiu para que as doenças raras passassem a ser considerado um problema de saúde pública (INTERFARMA, 2013). Essa nova concepção e abordagem tem impulsionado a criação de inúmeros programas oficiais direcionados à assistência desses pacientes, bem como o advento de incentivos regulatórios e econômicos para o desenvolvimento de drogas destinadas ao tratamento de doenças raras, os chamados medicamentos órfãos. Como resultado desse conjunto de medidas, que incluem desde as inovações da medicina genômica e de uma maior conscientização da sociedade, governos, instituições, empresas, pacientes e familiares, tem possibilitado um avanço significativo no tratamento das doenças raras em âmbito mundial (INTERFARMA, 2013).

Levando-se em conta que 95% das doenças raras não possuem tratamento e dependem de uma rede de cuidados paliativos que garantam ou melhorem a qualidade de vida dos pacientes, o desafio torna-se bastante árduo. Considerando-se ainda que existe uma pequena porcentagem das doenças raras que dispõe de tratamentos medicamentosos capazes de interferir na sua progressão (medicamentos órfãos), porém, o custo elevado dessas drogas tem exigido dos governos decisões políticas e procedimentos específicos para garantir seu fornecimento contínuo através da judicialização dos casos. Frente aos expressivos indicadores apresentados anteriormente, tornam evidente e premente a necessidade de refletir sobre políticas públicas para a população acometida por doenças raras no Brasil, a fim de garantir acesso e qualidade da assistência. Nesse sentido, o presente estudo teve por objetivo refletir sobre os avanços e desafios para a operacionalização da Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Trata-se de um ensaio teórico-reflexivo, cuja fundamentação baseia-se na formulação discursiva acerca da temática, sustentado na literatura científica nacional e internacional e análise crítica dos autores. Com base na construção teórica sobre o pensar reflexivo (SOUZA, 2012), foram abordados: I) Avanços e desafios para a

CAPÍTULO 8

PERSPECTIVAS E DESAFIOS FUTUROS PARA A POLÍTICA NACIONAL DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES (PNPIC) NO SUS: inovação, pesquisa e desenvolvimento (P&D), educação em medicina e saúde integrativa

Emiliana Bomfim

Georgina Bomfim

Adriana Madeira Alvares da Silva

Luis Carlos Lopes Júnior

Ricardo Ghelman

Carla Valéria Martins Rodrigues

Considerações iniciais

Desde a década de 1960, observa-se o aumento do interesse público no uso de terapias complementares e o reflexo disso na forma como prestamos o cuidado em saúde. A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), atende, sobretudo, a essa necessidade de se conhecer, apoiar, incorporar e implementar ações de práticas integrativas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

A PNPIC tem uma história relativamente recente no cenário brasileiro e não se traduz em ações emergenciais de uma proposta compensatória, mas sim, é resultado de uma mudança nas demandas sociais, demográficas e culturais da população. As interfaces das diversas tradições de cuidado ancoradas pelo avanço tecnológico no campo da saúde, geram um campo fecundo de investigações e abordagens terapêuticas. Nesse contexto, as práticas integrativas e complementares (PICS) possibilitam aos profissionais de saúde e pacientes, novos desdobramentos para garantir a integralidade na atenção à saúde.

Além do enfrentamento cotidiano das resistências culturais, políticas e ideológicas na prática clínica, tanto por pacientes quanto por profissionais de saúde, ainda há muito a fazer para se consolidar o campo de assistência e pesquisa denominado Medicina e Saúde Integrativa, inclusive conscientizar governos, profissionais e universidades.

A Pesquisa e Desenvolvimento (P&D) em Medicina e Saúde Integrativa no país tem ampliado a sua atuação, mas tem como maior desafio o fato de que muitas PICS

incorporadas na política ainda não apresentam evidências científicas da sua segurança e benefícios à saúde humana, em condições específicas de saúde. Além disso, cabe ressaltar as dificuldades de financiamento de ensaios clínicos para produção de evidências científicas, que ainda são robustas e legítimas.

O objetivo desse ensaio teórico é refletir sobre as perspectivas e desafios futuros para a PNPIC no SUS, através da discussão de aspectos inovadores na pesquisa, desenvolvimento e educação em medicina e saúde integrativa.

Contexto do estudo

A temática abordada nesse capítulo justifica-se pela crescente demanda pública por discussões mais aprofundadas no campo da Medicina Integrativa, uma vez que a prevalência no uso de terapias complementares tem crescido em toda as esferas do processo saúde-doença-cuidado. No Brasil, ainda são escassos os espaços para discussão e aprofundamento da PNPIC. O aumento da popularidade e uso de terapias complementares reflete mudanças nas necessidades e valores na sociedade moderna em geral, exigindo, portanto, que mais discussões sobre o tema sejam fomentadas. A garantia do direito à qualidade de vida dos usuários do SUS, depende, portanto, de um aumento na consciência de profissionais de saúde a respeito da PNPIC, além da sua exequibilidade e viabilidade.

O objetivo desse capítulo é, portanto, o de abordar as perspectivas e desafios futuros para a PNPIC no SUS, a partir de uma reflexão acerca dos panoramas, desafios e potenciais de pesquisa e desenvolvimento (P&D) e inovação tecnológica, no que se refere ao cuidado integrativo em saúde.

Trata-se de um ensaio teórico-reflexivo, cuja fundamentação baseia-se na formulação discursiva acerca da temática, sustentado na literatura científica nacional e internacional e análise crítica dos autores. Com base na construção teórica sobre o pensar reflexivo (SOUZA, 2012), foram abordados: I) Precedentes históricos, regulatórios e políticos das Práticas e Terapias Integrativas e Complementares no SUS; II) Estágio atual da Pesquisa e Desenvolvimento (P&D) em Medicina e Saúde Integrativa no país; III) Inovação em Medicina e Saúde Integrativa: medicina de precisão, física quântica, epigenética; IV) Experiência Comunitária e de Pesquisa no Centro Estadual de Referência em Medicina Integrativa e Complementar da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás; V) Encaminhamentos para a prática.

O material consultado constituiu-se da PNPIC, livros e periódicos científicos, e foi submetido ao Método de Leitura Científica, seguindo os passos descritos por Cervo e Bervian (2002), quais sejam: visão sincrética do texto; visão analítica; visão sintética ou leitura interpretativa. A abordagem através desse método possibilitou a construção do presente ensaio teórico que segundo Severino (2000) consiste na apresentação lógico-reflexiva com ênfase na argumentação e interpretação do leitor.

Modelo biopsicossocial: em busca de um novo paradigma

As profundas mudanças resultantes do movimento de Reforma Sanitária Brasileira, culminaram com a transição dos modelos de atenção saúde, ou seja, do modelo

CAPÍTULO 9

INDICADORES DE SAÚDE DE MULHERES E GESTANTES COM HIV: análise das tendências nacionais

Márcio Cristiano de Melo
Tássia Fraga Bastos
Lia Maristela da Silva Jacob
Diego Henrique Brilhante de Medeiros
Amanda Gabriela Araújo da Silva
Herla Maria Furtado Jorge

Considerações iniciais

A infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) é considerada uma epidemia mundial e tem se destacado nos últimos 20 anos, por ser fenômeno global que atinge a todas as pessoas, independentemente da situação socioeconômica (BRASIL, 2012; TRAEBERT *et al.*, 2018).

No Brasil, a propagação da doença refletiu em mudanças epidemiológicas significativas, deixando de ser circunscrita somente na população masculina, como também entre as mulheres, caracterizando, assim, a feminização do HIV/Aids (CASTRO *et al.*, 2018; BRASIL, 2019).

Desde o início da epidemia do HIV/Aids, nos anos 1980, notificaram-se, no Brasil, mais de 900 mil casos. Estima-se que, aproximadamente, 327 mil mulheres viviam com o HIV, em 2018. Entre os anos de 2010 a 2018, 46.238 gestantes foram infectadas, variando de sete mil gestantes, em 2010, a 10,3 mil, por ano de início da gestação em 2018 (BRASIL, 2018; AGOSTINI *et al.*, 2019). Para os anos de 2019 a 2023, o Ministério da Saúde (MS) tem como uma das sete prioridades a eliminação da transmissão vertical do HIV (BRASIL, 2016).

Referente ao tratamento antirretroviral, no ano de 2018, 36% das mulheres e 35% dos homens iniciaram a terapia antirretroviral com CD4 igual ou superior a 500 células/mm³, configurando duas e três vezes maior, respectivamente, em comparação ao observado em 2009 (BRASIL, 2019b). Frente a esse panorama, destaca-se que desde 1999, o Ministério da Saúde recomenda ações, por meio da publicação de políticas públicas e programas, que regulamentam o aconselhamento pré-teste e pós-teste nos serviços de saúde; a redução da transmissão vertical do HIV; e o estímulo à utilização de testes rápidos para o diagnóstico da infecção pelo HIV em gestantes sem avaliação, no pré-natal e em trabalho de parto (BRASIL, 1999).

No tocante à concretização de políticas públicas de fomento ao diagnóstico do HIV, durante o período do pré-natal, o Ministério da Saúde instituiu o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no ano 2000; em 2002, o Projeto

Nascer-Maternidades; e, mais recentemente, em 2011, a Rede Cegonha e o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Estas iniciativas recomendam ações de prevenção e diagnóstico precoce à detecção do HIV (BRASIL, 2000; 2002; 2011a; 2011b). Em contrapartida, é imperioso enfatizar que os diferentes acontecimentos e iniciativas têm refletido nos aspectos centrais ao enfrentamento do HIV/Aids, ampliando as possibilidades de estigmas, preconceitos, medos e violências, colocando em risco a continuidade de ações mundialmente reconhecidas e diminuindo as possibilidades de respostas adequadas ao perfil atual da epidemia no Brasil (AGOSTINI *et al.*, 2019).

Contexto do estudo

Frente ao exposto, a relevância deste estudo se pauta na necessidade de analisar a efetivação das recomendações postas pelas Políticas Públicas Nacionais frente à infecção pelo HIV em mulheres e gestantes. A epidemia do HIV está na quarta década, logo, faz-se necessário compreender as implicações das políticas públicas, a expansão da cobertura de testagem, ampliação do acesso ao tratamento antirretroviral para mulheres, efetivação do cuidado individualizado e integral e a efetivação de ações de promoção da saúde e prevenção da saúde.

Assim, objetivou-se analisar indicadores de saúde sobre HIV em mulheres e gestantes, de acordo com os estados brasileiros, entre 2009 e 2019. Como objetivo secundário, os autores propuseram discutir os achados baseando-se nas políticas nacionais existentes para o enfrentamento da epidemia do HIV geral, para mulheres e gestantes.

Trata-se de estudo descritivo, com abordagem ecológica, acerca da totalidade dos casos de HIV registrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), Sistema de Controle de Exames Laboratoriais da Rede Nacional de Contagem de Linfócitos CD4+/CD8+ e Carga Viral do HIV (SISCEL) e Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM), entre 2009 e 2019, disponibilizados pelo Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis, do Ministério da Saúde do Brasil. Estudaram-se a incidência de HIV por 100 mil mulheres, a proporção delas em tratamento antirretroviral e a taxa de prevalência de gestantes com HIV por 1.000 nascidos vivos, nos estados brasileiros.

Como critério de inclusão no estudo, utilizaram-se da seleção precisa do estado de residência das mulheres, do vínculo de seguimento nos serviços de saúde (caracterizado pelo registro de dispensa medicamentosa de antirretrovirais, realização de pelo menos um exame de contagem de linfócitos CD4 e um exame de carga viral por ano) e da continuidade de tratamento antirretroviral (TARV) (pelo menos uma retirada de medicamentos nos últimos 100 dias registrada no SICLOM). Analisaram-se as variáveis: casos de HIV em mulheres vinculadas a serviços de saúde, proporção de mulheres em TARV, casos de gestantes com HIV, estados brasileiros e período de tabulação dos dados de 2009 a 2019.

Calculou-se o coeficiente de incidência, por meio dos casos, segundo região, estado brasileiro e ano da notificação como numerador; e as populações dos anos dos censos e respectivas estimativas populacionais como denominadores para cada 100

CAPÍTULO 10

VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA E AIDS: o que sabem os detentos sobre a transmissão e a prevenção?

*Helba Martins Alves
Francisco de Assis Viana dos Santos
Francimar Sousa Marques
Livia Maria Nunes de Almeida
Cleidiane Vieira Soares Cabral
Jardeliny Corrêa da Penha*

Considerações iniciais

O HIV encontra no ambiente das prisões condições favoráveis para a sua transmissão, pois, há falta de conhecimento sobre a doença (Aids); compartilhamento de seringas e agulhas no uso de drogas injetáveis, bem como de material usado em tatuagens e aparelhos de barbear; violência sexual praticada por parte dos outros presos, práticas sexuais entre homens, consentidas ou não, e ainda as visitas íntimas muitas vezes sem o uso de preservativo (FERREIRA JÚNIOR, 2011; SOUSA *et al.*, 2013; AGOSTI; SILVA, 2014).

Além dos fatores citados, o HIV/Aids no sistema penitenciário brasileiro está vinculado à origem socioeconômica, baixa escolaridade, relações conflituosas com a família e sociedade e a inexistência de programas educativos e de promoção da saúde eficazes para esta população (GUIMARÃES, 2016).

A taxa de prevalência de HIV/Aids entre a população prisional era de 1,3% em 2014, enquanto entre a população em geral era de 0,3% a 0,4% (BRASIL, 2016). No Rio Grande do Sul, pesquisa revelou prevalência de 4,9% (MACHADO *et al.*, 2019), e, no Piauí, Sousa *et al.* (2017) identificaram que a prevalência da infecção pelo HIV correspondeu a 1,0% entre os detentos, com intervalo de confiança de 0,6 a 1,4.

Ademais, em estudo de Ravanholi *et al.* (2019), realizado em seis unidades prisionais, femininas e masculinas, localizadas no interior do estado de São Paulo, com 67 sujeitos, evidenciou-se que 44,8% afirmou que o diagnóstico de HIV se deu no contexto prisional. Isto reforça o pensamento de Agosti e Silva (2014), os quais destacam que, mesmo que muitos detentos tenham contraído o HIV fora das penitenciárias, é alto o número de contaminações dentro das unidades prisionais.

Frente aos dados epidemiológicos, confirma-se que os detentos compõem um dos grupos mais vulneráveis à infecção pelo HIV/Aids, ou seja, eles sofrem com a maior prevalência deste vírus em relação à população geral, apresentando-se, assim, como uma grave ameaça à saúde (REIS; BERNARDES, 2011; BRASIL, 2014;

CARBONE *et al.*, 2017). E segundo Reis e Bernardes (2011), Petrola *et al.* (2011) e Oliveira e Damas (2016), a situação se agrava porque o sistema público de saúde do Brasil não consegue atingir a população privada de liberdade (PPL), visto que falta programas de diagnóstico precoce, tratamento e prevenção, não há acesso à informação e há também escassez de preservativos, o que contribui, pois, para o aumento da incidência e prevalência de várias doenças infecciosas.

Considerando isso, percebe-se a necessidade de atenção integral à saúde sexual dos detentos, com distribuição de insumos (preservativos e gel lubrificante), aconselhamento e orientações, testagem e tratamento, de modo a promover a saúde sexual daqueles e prevenir HIV/Aids, para, assim, efetivar o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP) e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (BRASIL, 2005; 2014).

Chama-se aqui atenção para a importância do desenvolvimento de ações de aconselhamento e orientação em saúde sexual, ou seja, de educação em saúde que favoreçam o empoderamento dos indivíduos, visto que o conhecimento deles pode ser fator preditor para adoção de boas práticas ou bons comportamentos em saúde e, assim, prevenir o HIV/Aids. Corroborando com esta afirmação, autores sugerem que o conhecimento sobre a doença é crucial para a diminuição de mitos que a envolve, para o diagnóstico precoce e para a adoção de medidas de prevenção adequadas (REIS, 2010; FERREIRA JÚNIOR, 2011).

Contexto do estudo

Pesquisa desenvolvida por Rocha e Samudio (2015), com 13 detentos que recebiam visita íntima, numa unidade prisional do estado do Tocantins, revelou que sete sujeitos (58,3%) disseram saber o que é uma IST/HIV/Aids, mas quando instigados a discorrer, revelaram que apenas ouviram falar sobre as infecções, não tendo reais conhecimentos acerca delas. E, consoante Agosti e Silva (2014), uma das principais causas para a disseminação do HIV nas penitenciárias nacionais é a falta de instrução dos presos.

A falta de conhecimento sobre HIV e dos modos de transmissão e do uso correto do preservativo pode fazer com que os esforços dirigidos à prevenção deste agravo se tornem inúteis e contribuir para o crescimento do medo do contato social com os portadores do vírus, contribuindo para a discriminação e estigmatização de pessoas vivendo com HIV/Aids. A educação preventiva deve ser dirigida a todos, porém deve ser direcionada e adaptada a cada subgrupo específico da população, de forma que cada um deles possa ser contemplado com medidas que atendam às suas necessidades específicas (REIS, 2010).

Diante disso, faz-se o seguinte questionamento: quais os conhecimentos dos detentos de uma unidade prisional do estado do Piauí sobre a transmissão e a prevenção do HIV/Aids? Assim, objetivou-se descrever os conhecimentos dos detentos de uma unidade prisional do estado do Piauí sobre transmissão e prevenção do HIV/Aids.

Para tanto, desenvolveu-se um estudo descritivo-exploratório de delineamento transversal e de abordagem quantitativa, com 170 homens, reclusos em uma penitenciária piauiense. Adotaram-se como critérios de inclusão: ser interno em regime

CAPÍTULO 11

USO DO PRESERVATIVO MASCULINO: conhecimento, atitude e prática de detentos

Sayane Daniela Santos Lima

Caroline da Silva Sousa

Alice de Sousa Ventura

Livia Maria Nunes de Almeida

Angelina Monteiro Furtado

Jardeliny Corrêa da Penha

Considerações iniciais

O sistema prisional brasileiro tem muitas deficiências estruturais e condições desumanas de custódia, o que impõe ao país a nódoa da violação de direitos fundamentais. Além desses problemas, há ainda a superlotação carcerária (BRASIL, 2018). Em 2016, o Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias (INFOPEN) revelou que o Brasil ocupava o terceiro lugar no número de pessoas presas no mundo, sendo que, no estado do Piauí, a taxa era de 125,6 pessoas presas para cada grupo de 100 mil habitantes, com um total de 4.032 indivíduos reclusos, sendo que o estado possuía 2.636 vagas ao todo (BRASIL, 2017).

A superlotação favorece a transmissão e a disseminação de várias doenças (NICOLAU; PINHEIRO, 2012), visto que os detentos nem sempre tem acessibilidade aos serviços de saúde adequados e, quando possuem, as estruturas são mínimas para o atendimento, o que consiste também em uma das causas de rebeliões, com uso abusivo de violência nos presídios (REIS; BERNARDES, 2011). Nota-se, portanto, descaso quanto às políticas de saúde do homem, os que compõem em sua maioria as prisões brasileiras (BARBOSA *et al.*, 2014).

Segundo Souza (2017), os presos adquirem diversas doenças no interior das prisões, sendo mais comuns aquelas do aparelho respiratório, como tuberculose e pneumonia, e as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), como a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids). O principal fator de risco para as IST é a não utilização do preservativo em todas as relações sexuais, pois alguns vírus e bactérias podem ser encontrados no sêmen e/ou na secreção vaginal (REIS; BERNARDES, 2011; NEGREIROS; VIEIRA, 2017; NICOLAU *et al.*, 2012).

Assis (2007) estima que aproximadamente 20,0% dos presos brasileiros sejam portadores do *Vírus da Imunodeficiência Humana* (HIV). Para Albuquerque *et al.* (2014), a soro prevalência do HIV pode variar de 1,6% a 25,0% e da sífilis, de 7,4% a 18,0% entre os presos, sendo que esta última é a IST que mais os acomete.

Devido à alta transmissibilidade dessas infecções, a população carcerária traz grande preocupação à saúde pública no Brasil, pois, as doenças podem ser introduzidas

na sociedade pelos presos, que tenham ou que as adquiriram dentro do presídio, na ocasião que forem soltos ou nas visitas íntimas (NEGREIROS; VIEIRA, 2017). Sendo assim, é imprescindível o uso do preservativo em todas as relações sexuais como forma de prevenção das IST/HIV/Aids nas prisões (NICOLAU *et al.*, 2012).

A prevenção das IST/HIV/Aids no sistema carcerário é ressaltada no Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário (PNSSP), o qual destaca a necessidade de implantação de ações para prevenção, diagnóstico, aconselhamento e tratamento dos presos com esses agravos. Este plano inclui ainda elaboração e distribuição de material educativo e instrucional, planejamento e execução de ações que visem à redução de danos nessas unidades e distribuição de preservativos tanto para os detentos, como para os servidores (BRASIL, 2005).

O uso de preservativo é atualmente o único método que favorece a dupla proteção, ou seja, é eficaz tanto para diminuir o risco de transmissão das IST/HIV/Aids e a gravidez não planejada. O que garante a segurança e eficácia desse método é a forma correta que o preservativo é colocado, que deve ser feita seguindo as técnicas de uso e de conservação do produto em todas as relações sexuais. Se todas as instruções forem seguidas de maneira adequada haverá uma diminuição do risco do preservativo se romper (BRASIL, 2013).

Os indivíduos necessitam, assim, de orientações que garantam um uso adequado para alcançarem resultados favoráveis e habilidades quanto ao manejo do preservativo. A atitude de optar pelo uso correto favorece a adoção de uma prática saudável. Ademais, é necessário que o preservativo seja utilizado em todas as relações sexuais, seja oral, anal ou vaginal, de maneira correta para obter melhor resultado (NICOLAU *et al.*, 2012).

Contexto do estudo

No tocante à realização de estudos sobre conhecimento, atitude e prática acerca do uso dos preservativos, pesquisa realizada no município de Itabaiana, Sergipe, com 75 caminhoneiros, com idade entre 19 e 60 anos, concluiu que, quanto ao conhecimento, 72 (96,0%) entrevistados reconheceram que o método é a melhor forma para evitar a transmissão das IST e conheciam o preservativo feminino, mas 45 (60,0%) não sabiam informar cuidados necessários para o uso correto; em relação à atitude, verificou que 29 (38,6%) participantes achavam que tinham comportamento de risco para contrair IST, 65 (86,6%) compraram preservativo e 36 (48,0%) o possuíam no caminhão ou em casa no momento da entrevista; e à prática, apenas 17 (22,6%) o utilizaram na última relação sexual e, entre os que possuíam parceiros casuais, 28 (57,1%) relataram usá-lo (SANTOS *et al.*, 2018).

E sobre a realização desse tipo de investigação com homens reclusos, não foram encontrados registros. Mas, é primordial destacar estudo desenvolvido por Nicolau e Pinheiro (2012), em Aquiraz, Ceará, com 155 mulheres sobre o conhecimento, atitude e prática do uso de preservativos em unidade prisional feminina. Este revelou que 35 (22,6%) delas possuíam conhecimento adequado quanto ao uso do preservativo masculino; em 95 (61,3%) a atitude foi considerada adequada; e na avaliação da prática, 29 (18,7%) mulheres tiveram-na adequada.

CAPÍTULO 12

ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL: análise do perfil e variáveis de gestações a termo

*Pedro Vitor Mendes Santos
Samila Gomes Ribeiro
Polyanna Maria Oliveira Martins
Lívia Carvalho Pereira*

Considerações iniciais

A preocupação com as questões que envolvem a saúde da mulher vem aumentando, principalmente no que tange à mortalidade materna, inclusive com sua inclusão como uma das metas a serem alcançadas entre os 17 Objetivos Para Mudar Nosso Mundo, uma iniciativa das Nações Unidas, baseado no Programa de Ação da Conferência Internacional de População e Desenvolvimento (ONU, 2017; ONU, 2018).

Tendo em vista o caráter multifatorial das complicações e da mortalidade materna, torna-se difícil e demorada a tarefa de seu controle, dispendendo como ponto chave para assegurar bons resultados, a atenção profissional à mulher gestante e/ou parturiente (CECATTI; CALDERÓN, 2005).

Visando à melhoria desse cenário, e considerando os princípios de equidade, integralidade e universalidade, preconizados pelo Sistema Único de Saúde, o Ministério da Saúde (MS) instituiu o acompanhamento Pré-natal (PN) como melhor estratégia para assegurar o desenvolvimento da gestação, a fim de permitir o nascimento saudável, sem impacto para a saúde materna, inclusive abordando aspectos psicossociais e as atividades educativas e preventivas (BRASIL, 1990; BRASIL, 2012).

O PN é definido como o cuidado prestado durante a gravidez que perdura da concepção até o início do trabalho de parto, sendo esse prestado em vários níveis de atenção à saúde. A qualidade e humanização durante esse período determinará e conduzirá o desfecho do processo gestacional, incluindo um conjunto de ações que permeiam o binômio mãe/filho que devem ser realizadas de maneira holística e de qualidade (BARRETO *et al.*, 2013).

Alicerça-se o pensamento de que por meio do acompanhamento PN é possível diminuir os índices de mortalidade materna e infantil, uma vez que, durante a assistência, o profissional observa e orienta quanto aos hábitos e estilo de vida, bem como trabalha na proteção e na prevenção de eventos adversos, acompanhando a gestação de modo integral, o que possibilita a identificação e as devidas intervenções sobre os potenciais fatores de risco (BRASIL, 2012).

O pré-natal é desenvolvido tendo como pilar um protocolo que determina serem realizadas no mínimo seis consultas, sendo preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre da gestação; a realização de

uma consulta no puerpério, até quarenta e dois dias após o nascimento; a realização de exames laboratoriais (ABO-Rh, VDRL, sumário de urina, glicemia de jejum, HB/Ht); a oferta de Testagem anti-HIV; imunizações segundo calendário vigente; a realização de atividades educativas; a classificação de risco gestacional e a garantia do atendimento e acesso aos serviços especializados, quando necessário (BRASIL, 2002).

Contexto do estudo

Frente as lacunas literárias e a necessidades de galgar uma assistência PN de qualidade, torna-se relevante a realização de estudos que objetivem descrever essas práticas de atendimento, uma vez que a qualidade do serviço está diretamente relacionada aos índices de resoluções favoráveis. Destarte, pretende-se contribuir para discussões relacionadas a medidas operacionais dos serviços de saúde que atendem à gestante, bem como contribuir positivamente na condução do acompanhamento pré-natal promovendo um planejamento de assistência adequado.

Para tanto, o trabalho objetiva descrever o perfil sociodemográfico das gestantes atendidas em PN, bem como as variáveis relacionadas à gestação a termo.

Trata-se de um estudo transversal e descritivo de caráter quantitativo, realizado com puérperas que tiveram parto à termo no momento de sua internação no alojamento conjunto de uma maternidade de referência do estado do Piauí. A pesquisa trata-se de um recorte de uma macro-pesquisa que estuda questões relacionadas ao protocolo de atendimento do pré-natal. A amostra foi composta por 205 puérperas, calculada a partir de um tamanho populacional (N) de 900 partos mensais. Foi estabelecido um intervalo de confiança de 95%, sendo de 1,96 o nível de significância expresso em desvio padrão (a), erro máximo permitido (e) de 0,06 e uma prevalência (p) de 55%.

Participaram do estudo puérperas internadas no alojamento conjunto de uma maternidade de referência do estado, que realizaram pré-natal na rede pública e que possuíam o cartão de acompanhamento pré-natal. Foram excluídas do estudo mulheres que foram admitidas em trabalho de parto com idade gestacional inferior a 37 semanas.

Foi utilizado um formulário elaborado pelos pesquisadores, com base nos parâmetros do MS, abordando questões relativas a dados sociodemográficos, informações contidas no cartão pré-natal, exames solicitados durante as consultas, suplementação com ácido fólico e sulfato ferroso, intercorrências gestacionais, e utilização de fármacos na gestação.

Os dados foram digitados por dupla entrada em planilha do Microsoft Excel 2010 e processados no SPSS. Para descrever os procedimentos clínicos obstétricos e os exames laboratoriais foram utilizadas técnicas de estatística descritiva, tais como distribuição de frequência, média e desvio padrão.

As participantes que aceitaram contribuir com a pesquisa foram esclarecidas sobre a mesma e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O estudo seguiu o disposto na Resolução nº 466/12 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa — CONEP. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí por meio do Parecer nº 2.504.698

CAPÍTULO 13

SÍFILIS NA GESTAÇÃO: análise espacial de características clínicas maternas

Mayara Nascimento de Vasconcelos

Thereza Maria Magalhães Moreira

Maria Lúcia Duarte Pereira

Maria Adelane Monteiro da Silva

Considerações iniciais

A Sífilis é uma Infecção Sexualmente Transmissível (IST) milenar e persistente (CEARÁ, 2019). A Sífilis Congênita (SC) é resultante da transmissão da espiroqueta do *Treponema pallidum* da corrente sanguínea da gestante infectada para o conceito por via transplacentária ou, ocasionalmente, por contato direto com a lesão no momento do parto (BRASIL, 2019a). A transmissão vertical ocorre em qualquer fase gestacional ou estágio da doença e pode resultar em aborto, natimorto, prematuridade ou amplo espectro de manifestações clínicas. Porém, apenas os casos graves são clinicamente aparentes ao nascimento (BRASIL, 2018).

Para fins de vigilância epidemiológica no Brasil, SC e sífilis gestacional são de notificação compulsória e devem ser notificadas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) desde 1986 e 2005, respectivamente (LIMA *et al.*, 2016). A taxa de incidência nacional de SC (casos/mil nascidos vivos) mostra-se em constante elevação. De 1998 a junho de 2019, foram notificados no SINAN 214.891 casos de SC em menores de um ano de idade, dos quais 95.353 (44,4%) eram residentes na Região Sudeste, 64.991 (30,2%) no Nordeste, 24.343 (11,3%) no Sul, 18.119 (8,5%) no Norte e 11.979 (5,6%) no Centro-Oeste (BRASIL, 2019b).

No Ceará, nos últimos dez anos, em especial desde 2010, houve aumento expressivo na taxa de incidência de SC: era de 6 casos/1.000 nascidos vivos (nv) em 2010 e foi de 11,5 casos/1.000 nascidos vivos em 2018. Destaca-se relevante aumento dos casos de sífilis gestacional, sobretudo em 2018, cuja taxa foi de 17,6 casos/1.000 nascidos vivos, sendo 3,9 casos/1.000 nascidos vivos em 2010 (CEARÁ, 2019).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que a ocorrência mundial de sífilis complica um milhão de gestações anualmente (WHO, 2014). Contudo, a SC é passível de prevenção quando a gestante infectada por sífilis é assistida adequadamente. Logo, sua prevenção advém da detecção precoce e tratamento adequado,

sexo seguro, educação em saúde, conscientização das IST para mulheres em idade reprodutiva e seus parceiros, bem como fortalecimento do vínculo com essa população (SILVA *et al.*, 2017). Sob este prisma, é válido analisar características da assistência a essas mulheres para identificar potencialidades/ fragilidades e, assim, possibilitar o planejamento de sua saúde com base em seu contexto.

Logo, estudos com distribuição espacial permitem melhor compreensão sobre as regiões que carecem de maior atenção, além de desempenharem papel importante sobre o planejamento e o impacto dos programas derivados das políticas públicas vigentes (TEIXEIRA; BELARMINO; GONÇALVES; MENDOZA, 2018).

Contexto do estudo

No caso da sífilis gestacional, se a gestante receber tratamento precoce e adequado durante a gestação, assim como seu parceiro, (BRASIL, 2018) prevenirá casos de SC.

Dessa forma, mediante ao aumento do número de casos de SC ainda presentes no estado do Ceará, e por ser um agravo que permanece na agenda do Ministério da Saúde (MS), salienta-se a importância de utilizar ferramentas capazes de proporcionar uma visibilidade do contexto situacional da transmissão vertical da sífilis em cada localidade, considerando, assim as características clínicas das mães de filhos diagnosticados com SC. Neste estudo, o objetivo foi analisar as características clínicas dos casos de sífilis gestacional.

Estudo analítico, quantitativo, com fichas de 522 mulheres do período 2010-2017, cujos filhos foram diagnosticados com SC.

Em 2017, a 11ª Região de Saúde, situada ao Norte do estado do Ceará, apresentou posição de sexta região com maior incidência de SC dentre as 22 regiões do estado (CEARÁ, 2018). Devido a elevada incidência de SC, o estudo teve como cenário os 24 municípios que a compõe, a saber: Alcântaras, Cariré, Catunda, Coreaú, Forquilha, Frecheirinha, Graça, Groaíras, Hidrolândia, Ipu, Irauçuba, Massapê, Meruoca, Moraújo, Mucambo, Pacujá, Pires Ferreira, Reriutaba, Santa Quitéria, Santana do Acaraú, Senador Sá, Sobral, Uruoca e Varjota.

Aponta-se ainda, que a 11ª Região de Saúde, configura-se como a maior coordenadoria em relação ao número de cidades no Ceará. Possui estimativa populacional de 638.065 habitantes, tendo 201.756 habitantes o município com maior população (Sobral) e 6.168 habitantes o com menor população (Pacujá). A área territorial da região apresenta 17.333,51 Km² (CEARÁ, 2016; IPECE, 2017).

A coleta de dados foi de jul. 2018 a jan. 2019. Os dados foram coletados na Ficha de Notificação e Investigação da SC, via acesso ao banco de dados disponibilizado pelo SINAN da regional. Selecionaram-se as variáveis relacionadas às características clínicas das mães: data da notificação e do diagnóstico; município de notificação e o de residência; realização de pré-natal nesta gestação; diagnóstico de sífilis materna; teste treponêmico e não treponêmico no parto/curetagem;

CAPÍTULO 14

ESTADO NUTRICIONAL, CONSUMO ALIMENTAR E ESTILO DE VIDA EM ADULTOS ATENDIDOS PELA ATENÇÃO BÁSICA

*Renata Bér gami Domingos Jacinto
Marianna Junger de Oliveira Garozi
Tamires dos Santos Vieira
Ivana Alece Arantes Moreno
Suzanny Oliveira Mendes
Adriana Madeira Alvares da Silva*

Considerações iniciais

O sobrepeso e a obesidade são caracterizados como o acúmulo excedente de gordura corporal (WHO, 2014), os quais ocorrem primordialmente devido ao desbalanço energético, quando a ingestão de energia é maior que o seu gasto (WHO, 2015). No entanto, a etiologia da obesidade se dá por inúmeros fatores, entre eles: genéticos, emocionais e ambientais, sendo o último de grande impacto e passível de prevenção (SOUZA, 2016).

Em 2017, 40% da população mundial encontrava-se com excesso de peso, correspondendo a 1,9 bilhão de adultos, dos quais, 650 milhões apresentavam obesidade (WHO, 2017). Nos anos 2008-2009, foi constatada que a prevalência de excesso de peso entre os brasileiros dobrou nas últimas três décadas, acometendo 50,0% do sexo masculino e 48,0% do feminino (IBGE, 2011). Estes dados são alarmantes, uma vez que o excesso de peso e a obesidade são fatores de risco para a ocorrência de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), as quais representam a principal causa de morte no mundo, alcançando 68,0% dos óbitos ocorridos no ano de 2012 (WHO, 2014).

Agregado a isso, o sedentarismo e consumo excessivo de álcool tornam-se agravantes à saúde, impactando na prevalência de excesso de peso e obesidade e, conseqüentemente, contribuindo para o aumento da prevalência de DCNTs como supracitado (DE SOUZA, 2017; BATISTA FILHO *et al.*, 2008).

Logo o excesso de peso e a obesidade no país torna-se reflexo tanto do estilo de vida da população quanto do padrão alimentar da população, que apresenta consumo excessivo de alimentos industrializados, ultraprocessados, com alto teor de

gordura saturadas e açúcares simples e, insuficiente ingestão de alimentos *in natura* (BRASIL, 2014).

Contexto de estudo

A obesidade é considerada uma epidemia mundial e um problema de saúde pública (WHO, 2017). Segundo a *World Health Organization* (2017), os valores seguem em progressão e 40,0% da população do planeta encontra-se com excesso de peso, o que equivale a 1,9 bilhões de adultos, dos quais, 600 milhões apresentam-se obesos, tanto para o sexo feminino como para o sexo masculino (IBGE, 2010).

Observa-se que o excesso de peso se encontra em crescimento exponencial, em todas as faixas etárias, classes sociais, independente da região ou localização urbano ou rural (IBGE, 2010). Atribui-se que a principal causa do excesso de peso crescente seja a elevada ingestão calórica e a inatividade física, as quais também acarretam aumento de comorbidades associadas (MELO, 2017).

O objetivo geral do presente estudo foi avaliar o estado nutricional, o consumo alimentar e o estilo de vida de adultos atendidos pela atenção básica de Alegre, ES. E para alcançá-lo o presente estudo buscou: avaliar a prevalência de excesso de peso; avaliar o consumo alimentar; avaliar o estilo de vida; investigar a prevalência do consumo de bebida alcóolica; investigar a prevalência do sedentarismo; e avaliar a relação entre excesso de peso, consumo alimentar e estilo de vida de adultos de Alegre, ES.

Este estudo faz parte de um projeto maior, intitulado “Impacto do programa de capacitação de agentes SUS no estado nutricional de vitamina D e sua relação com obesidade, depressão, câncer, metilação do Receptor do Glicocorticoide e avaliação de hipovitaminose D na população da região do Caparaó Capixaba” financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Espírito Santo (FAPES). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo sob o Parecer nº 2.246.619.

Foi selecionada uma amostra por conveniência, com o auxílio dos agentes de saúde da atenção básica do município de Alegre, ES, tendo como base o interesse dos indivíduos em participar do projeto totalizando 386 pacientes. O estudo foi de caráter transversal e observacional sendo incluídos os indivíduos adultos de 20 a 59 anos, de ambos os sexos, residentes do município de Alegre após concordância e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram excluídos os indivíduos que apresentaram deficiência cognitiva que os impedissem de compreender os questionários, bem como aqueles que não se encaixavam nos critérios para avaliação antropométrica (ou de Bioimpedância).

Avaliou-se a estatura dos indivíduos pelo estadiômetro alturexata® (com capacidade máxima de 2,10 metros), o peso foi aferido em balança de bioimpedância tetrapolar (com divisão de 100 gramas e capacidade máxima de 150 quilos) e posteriormente, calculou-se o Índice de Massa Corporal (IMC) e agrupou-se as classificações de sobrepeso e obesidade em excesso de peso.

Foram obtidos os dados de consumo alimentar por meio de um questionário de frequência de consumo alimentar semiquantitativo (QFCA). Atribui-se escores para

CAPÍTULO 15

PERFIL DA INSEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL E FATORES DETERMINANTES EM COMUNIDADES RURAIS

Débora Lumena da Silva
Luiz Cláudio Barreto Silva Neto
Tamires dos Santos Vieira
Juliana Dalbó
Adriana Madeira Alvares da Silva
Wagner Miranda Barbosa

Considerações iniciais

O censo agropecuário divulgado em 2017 informa que o Espírito Santo detém de 74,8% dos estabelecimentos correspondendo a agricultura familiar. Estes estabelecimentos ocupam uma área de 1,1 milhão de hectares, correspondente a 33,2% da área total dos estabelecimentos agropecuários do Estado (IBGE,2017).

No Estado do Espírito Santo encontra-se a microrregião do Caparaó Capixaba, na qual perfaz uma área de 3.738 Km², cerca de 8,11% do território do Estado e apresenta vocação agrária. O território rural do Caparaó capixaba engloba 11 municípios, dentre estes o Município de Muniz Freire, com agricultura firmada na base familiar, boa distribuição fundiária, relevo acidentado e clima variado (Peluzio,2019).

Historicamente, as Políticas de Saúde no Brasil para o campo voltam-se para interesses econômicos e potencializar a exploração dos recursos naturais, com a necessidade de mão-de-obra sadia. Em um estudo publicado por Garnelo *et al.* (2018), os autores sugeriram a existência de diferenças ligadas a questões geográficas e ao poder aquisitivo e meios de transporte, associados ao acesso aos serviços de saúde.

No contexto da agricultura familiar, o processo de avaliação das condições de saúde dos trabalhadores rurais deve considerar a análise das condições fisiológicas, sociais, relação com a terra e condições de trabalho no campo. Além disso, os sinais e sintomas relatados, hábitos de vida e ainda, o estado nutricional tanto dos indivíduos responsáveis pela execução das tarefas no campo, como também dos membros da sua família (LUZ, 2014).

Para a avaliação da (In)Segurança Alimentar e Nutricional (INSAN) indicadores nutricionais e socioeconômicos são utilizados. Porém as medidas antropométricas avaliam a INSAN de forma indireta e limitante, já que é possível encontrar indivíduos em Segurança Alimentar abaixo ou acima do peso ideal. Em sua revisão Azevedo e Ribas (2016) destrincharam o conceito de segurança alimentar e nutricional e

discutiram sobre a limitação da utilização de escalas e um único parâmetro para abarcar todas as complementaridades entre a INSAN e os processos e agentes de produção do fenômeno.

Vale ressaltar que a área rural manifesta prevalência de INSAN superior nos domicílios quando comparados com a área urbana, e quanto menor a classe social, maior o número de domicílios em situação de Insegurança Alimentar moderada ou grave. Na região sudeste, 14,5% encontram-se em Insegurança Alimentar (IBGE, 2014).

Contexto do estudo

A Organização das Nações Unidas para a Agricultura e Alimentação (FAO) utiliza para avaliar o grau de suscetibilidade à carência alimentar de diferentes países, o indicador de disponibilidade calórica média diária per capita (FAO,2002). De acordo com Belik (2003), para a avaliação das condições de acesso aos alimentos, outros indicadores também foram incluídos, como: o indicador de renda familiar, o gasto da família com aquisição dos gêneros alimentícios e o consumo alimentar individualizado, sendo por meio de análise da ingestão de alimentos nas últimas 24 horas ou por frequência semanal.

O acesso à alimentação e o estado nutricional frequentemente são adotados como indicadores de Insegurança Alimentar e Nutricional, mas não se pode afirmar que a garantia para alcançar a Segurança Alimentar seja sempre um bom estado nutricional e inexistência da “fome” (MONTEIRO, 2003). Para isso é importante a associação de outros indicadores para a avaliação holística da INSAN.

Diante disso, o objetivo geral do presente estudo buscou traçar o perfil e os fatores determinantes de Insegurança Alimentar e Nutricional em comunidades rurais do município de Muniz Freire, ES. Para alcançar esse fim foram propostos quatro objetivos específicos, sendo respectivamente: traçar o perfil socioeconômico dos agricultores familiares de Muniz Freire, ES; Avaliar a prevalência de Insegurança Alimentar dos agricultores de comunidades rurais; Caracterizar o estado nutricional antropométrico e bioquímico e alimentar dos agricultores de comunidades rurais; Avaliar a associação entre fatores socioeconômicos, do estado nutricional com a INSAN.

Para a participação no estudo foram recrutadas e convidadas as comunidades rurais do município de Muniz Freire, que se encontravam organizadas em associações/sindicatos, tendo a cafeicultura como principal atividade de geração de renda, sendo excluídos agricultores menores de 18 e maiores de 60 anos. O contato foi realizado junto à liderança das comunidades, por meio de cadastro fornecido pelo “Caparáo Júnior” (Empresa Júnior do Instituto Federal do Espírito Santo – Campus de Alegre, ES) e pela Secretaria Municipal de Saúde.

Este estudo possui caráter transversal e observacional e faz parte do projeto de pesquisa para SUS (PPSUS) intitulado “Avaliação da expressão de genes de hipóxia e reparo do DNA na exposição à organofosforados”, o qual foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde (CEP-CCS) da UFES, sob Parecer nº 662.550. A coleta de dados foi realizada com cafeicultores entrevistados

CAPÍTULO 16

RELAÇÃO ENTRE VITAMINA D, OBESIDADE E CORTISOL EM USUÁRIOS DO SUS

*Ester Ribeiro Cunha
Aline Ribeiro Borçoi
Flávia Vitorino Freitas
Paola Cerbino Doblás
Bárbara Risse-Quaioto
Adriana Madeira Alvares da Silva*

Considerações iniciais

As mudanças de estilo de vida da população ao longo dos anos ocasionaram em hábitos de vida pouco saudáveis, tais como redução da exposição solar (BINKLEY *et al.*, 2007) e alterações nos padrões de doenças (VALLE-GOTTLIEB *et al.*, 2018). A redução da exposição solar impacta diretamente nos níveis séricos de vitamina D da população, uma vez que a vitamina D é obtida por meio de fontes alimentares, como óleo de fígado de bacalhau, alguns peixes, entre outros e produzida principalmente por síntese dérmica através de exposição ao sol (HOLICK, 2012).

A vitamina D é um hormônio esteroide que atua na modulação dos níveis séricos de cálcio para uma variedade de funções metabólicas, além de participar na regulação da transcrição, metabolismo ósseo, inibição da proliferação celular e indução da diferenciação terminal, inibição da angiogênese, estímulo à produção de insulina, indução de apoptose, entre outros (ALIMIRAH *et al.*, 2012). Os níveis de vitamina D são influenciados por fatores como estação climática, vestimenta, idade, estado nutricional, suplementação, hábitos alimentares e pigmentação da pele. Existe associação entre níveis alterados de vitamina D e alguns hábitos de estilo de vida como tabagismo, etilismo e atividade física (AUTIER *et al.*, 2014; LIPS *et al.*, 2014; SKAABY *et al.*, 2016; TARDELLI *et al.*, 2017), doenças odontológicas, infecciosas, cardiovasculares, distúrbios autoimunes, câncer, diabetes e transtornos mentais (HOLICK, 2017; SMIT *et al.*, 2012; TØNNESEN *et al.*, 2016).

A hipovitaminose D afeta mais de um bilhão de crianças e adultos em todo mundo, sendo considerada um problema de saúde mundial (MAJEED, 2017), sendo caracterizada por níveis séricos de 25-hidroxivitamina D (25 (OH) D) menores que 30 nmol / L (10ng / mL) (HOLICK, 2011; VAN SCHOOR; LIPS, 2018). Existem relatos de associação entre hipovitaminose D e obesidade e várias teorias têm sido propostas para explicar tal relação, tais como menor exposição solar por indivíduos

obesos ou sequestro de vitamina D pelos adipócitos, o que contribuiria para menores níveis de vitamina D sanguíneos (POURSHAHIDI, 2015; AL-DAGHRI *et al.*, 2016; MAJEED, 2017; PEREIRA-SANTOS *et al.*, 2015). Entretanto, elas se mostram controversas e existe muito a ser explorado acerca desta lacuna, principalmente se tratando de da obesidade, um importante problema global de saúde pública associado ao estresse crônico, a um grande aumento de complicações crônicas e redução da qualidade de vida (FREITAS *et al.*, 2018; TORRES; NOWSON, 2007; WHO, 2003).

Contexto do estudo

Considerando que níveis alterados de vitamina D têm sido associados a alguns aspectos de estilo de vida, o incentivo a mudanças no estilo de vida pode impactar nos níveis de vitamina D e contribuir para prevenção de algumas doenças e agravos relacionados à hipovitaminose D, a hipótese deste trabalho é que o estilo de vida não saudável e a obesidade possam ter associação com baixos níveis de vitamina D. Nesse sentido, o estudo objetivou verificar a correlação entre os níveis séricos de vitamina D de pacientes atendidos pelo SUS com o estilo de vida, excesso de peso e níveis de cortisol séricos.

Trata-se de um estudo do tipo transversal e que constitui parte de um projeto maior, intitulado: “Impacto do programa de capacitação de agentes SUS no estado nutricional de vitamina D e sua relação com obesidade, depressão, câncer, metilação do Receptor do Glicocorticoide e avaliação de hipovitaminose D na população da região do Caparaó Capixaba”, o qual tem aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP/CCS/UFES), sob Parecer nº 1574160/2016 e 2.246.619/2017. Fizeram parte da pesquisa 386 voluntários, com idade entre 20 a 59 anos, os quais eram usuários do Sistema Único de Saúde e atendidos pela Rede de Atenção Básica do Município de Alegre, ES. Todos os que se voluntariaram, assinaram a um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), atestando concordância. A amostragem foi do tipo aleatória simples, tomando-se como base a população cadastrada na Rede de Atenção Básica Municipal (cadastro e-SUS) e utilizando-se prevalência 50% (prevalência desconhecida), precisão absoluta de 5%, intervalo de confiança de 95% e acréscimo de 10% de perdas.

O recrutamento foi feito por Agentes Comunitários de Saúde (ACS) das onze Unidades Básicas de Saúde (UBS) e do Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) do município. A coleta de dados ocorreu nas UBS, entre março e julho de 2017.

Foram aplicados questionários semiestruturados que continham perguntas sobre hábitos e estilo de vida como: uso de tabaco, uso de álcool, uso de drogas, uso de medicamentos contínuos, realização de atividade física, exposição ao sol entre outros; condição de saúde e presença de doenças (BRASIL, 2014). A pressão arterial foi aferida baseada nas VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) e as variáveis antropométricas coletadas por meio de estadiômetro Altorexata®, balança de bioimpedância bipolar Tanita® e fita antropométrica inextensível TBW®. O IMC (Índice de Massa Corporal) foi calculado e classificado

CAPÍTULO 17

CONHECIMENTO E PRÁTICA DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM SOBRE CONSERVAÇÃO DE IMUNOBIOLOGICOS

*Khelyane Mesquita de Carvalho
Telma Maria Evangelista de Araújo
Cynthia Roberta Dias Torres Silva*

Considerações iniciais

A vacinação consiste em avanço tecnológico para a saúde, estabelecendo grande magnitude ao atuar como uma das principais medidas de intervenção em saúde pública. No Brasil, o êxito da vacinação se deve ao Programa Nacional de Imunização (PNI), responsável por supervisionar, avaliar a execução das atividades de vacinação em todo o território nacional e manter a qualidade dos imunobiológicos, que podem sofrer alterações de seu poder imunogênico quando não garantida a correta conservação durante toda a sua operacionalização (BRASIL, 2017).

A principal medida de manutenção das características imunogênicas das vacinas é a correta temperatura de acondicionamento durante todos os processos de armazenamento, conservação, manipulação, distribuição e transporte dos imunobiológicos (BRASIL, 2017), o que requer conhecimentos e práticas adequadas que garantam a qualidade efetiva da imunização para não comprometer e nem abalar a credibilidade da vacinação.

Nesse contexto, o profissional Enfermeiro destaca-se por sua Responsabilidade Técnica pelo serviço, estabelecida pela Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) nº 509, de 15 de março de 2016 (BRASIL, 2016). Cabe a este orientar e prestar assistência aos usuários dos serviços de saúde em condições seguras, fazer acompanhamento das doses administradas e averiguar os efeitos adversos ocorridos, além de capacitar sua equipe, avaliar e buscar a atualização do conhecimento técnico-científico, sobretudo que garantam a conservação, manutenção e qualidade da cadeia de frio.

Tais responsabilidades remetem ao trabalho gerencial do enfermeiro como contingente e complexo, uma vez que abarca tanto o uso de meios e instrumentos sistemáticos, como também, o desenvolvimento de competências, que favorecem o processo decisório e alicerçam o caráter intuitivo comum à gerência em qualquer segmento do conhecimento humano (COSTA *et al.*, 2017). Dado o exposto, ressalta-se a importante necessidade da formação do Enfermeiro contemplar a dimensão de

suas competências técnicas e gerenciais, aqui definidas como eixo teórico do presente estudo (ROSIN *et al.*, 2016; OLIVEIRA *et al.*, 2020).

No tocante aos conhecimentos específicos e práticas relacionadas à conservação de imunobiológicos em sala de vacina, estudos nacionais (MARTINS *et al.*, 2019; RAGLIONE *et al.*, 2016; SEABRA *et al.*, 2020) e internacionais (GOVANI; SHETH, 2015; AMEEN *et al.*, 2015; KRISTENSEN *et al.*, 2016; BREAKWELL *et al.*, 2015) evidenciam a frequente descontinuidade na manutenção da cadeia de frio e falhas relacionadas à administração dos imunobiológicos. Esta realidade é semelhante a encontrada no estado do Piauí (BRASIL, 2019), o que se configura como empecilho e entrave direto para credibilidade da vacinação, adequada soroconversão e garantia de proteção contra agravos imunopreveníveis (BRASIL, 2017).

Estudar a qualidade das ações de vacinação é relevante para a saúde coletiva por contribuir substancialmente para as ações relacionadas à conservação de imunobiológicos e consequentemente controle das doenças evitáveis por imunizantes, além de estimular a produção de outros estudos nessa temática, visando o fortalecimento do Programa e preparo técnico da equipe de enfermagem. Nesta perspectiva, tem-se como objeto de estudo o conhecimento e prática de profissionais de enfermagem sobre conservação de imunobiológicos.

Contexto do estudo

Os imunobiológicos sofrem inativação dos componentes imunogênicos, quando expostos a temperaturas inadequadas. Para garantir a qualidade desses produtos é necessária equipe técnica qualificada, equipamentos e procedimentos padronizados que assegurem a permanência de suas características iniciais durante todos os processos. Para a efetiva operacionalização das ações do Programa Nacional de Imunizações, a enfermagem exerce papel fundamental em todas as etapas, sendo de suma responsabilidade ter conhecimento e prática adequados.

A participação maciça dos profissionais de enfermagem frente às ações de imunização confirma a responsabilidade por todas as atividades que permeiam essas ações. Dentro desse contexto, delineou-se como objetivo avaliar conhecimento e prática de profissionais de enfermagem sobre conservação de imunobiológicos, a partir de estudo analítico, realizado em 73 salas de vacina da rede pública de Teresina Piauí.

Investigou-se o universo de profissionais (n=200), que trabalhava no total de salas, entre eles 95 enfermeiros e 105 técnicos em enfermagem. Das 73 salas de vacina em funcionamento, dez encontravam-se em unidades hospitalares que funcionam em regime de escala de plantão com uma enfermeira e três técnicos para cada uma, totalizando 40 profissionais. Nas demais salas, localizadas em Unidades Básicas de Saúde (UBS), o quantitativo era no mínimo um técnico em enfermagem e um enfermeiro (n= 160).

Destaca-se que as salas de vacina da zona rural não foram incluídas por apresentar dinâmica de trabalho diferenciada, sem sede fixa de sala de vacina, o que inviabilizava a avaliação dessas unidades e de suas estruturas físicas.

O presente estudo foi apreciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, obtendo Parecer favorável nº 231.437. Os participantes foram convidados a assinar o Termo de

CAPÍTULO 18

CONHECIMENTO, ATITUDE E PRÁTICA DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM SOBRE MEDIDAS DE BIOSSEGURANÇA EM TUBERCULOSE

Adriana Sávia de Souza Araújo
Jayne Ramos Araújo Moura
Roberto Wagner Júnior Freire de Freitas
Telma Maria Evangelista de Araújo
Ana Roberta Vilarouca da Silva

Considerações iniciais

A tuberculose é uma doença que acompanha a humanidade há milênios, relacionada a estratos sociais ligados à pobreza e à má distribuição de renda. Ainda, acomete pessoas, principalmente, em idade produtiva, promovendo dependência do poder público, constituindo-se assim, em um grave problema de Saúde Coletiva.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) informa que em 2010 foram diagnosticados e notificados 6,2 milhões de casos de tuberculose no mundo, sendo 5,4 milhões de casos novos, equivalentes a 65% dos casos estimados para o mesmo ano. No Brasil, no período de 2005 a 2014, foram diagnosticados, em média 73 mil casos novos. No Piauí, no ano de 2014, a incidência foi de 15,4 e, em Teresina, de 21,5/100.000 habitantes (BRASIL, 2015).

A probabilidade de que a tuberculose seja transmitida depende de fatores como o potencial de contágio do caso índice; a concentração de bacilos no ar contaminado; duração da exposição: o tempo que o doente e seus contatos respiram nesse ambiente; a suscetibilidade genética ou predisposição dos contatos (MACIEL; SALES, 2016).

Sendo o ser humano a fonte mais frequente de disseminação da tuberculose, o qual elimina grande número de bacilos pelas vias respiratórias, por isso, contatos próximos, como família e profissionais da saúde, tornam-se mais susceptíveis à ocorrência da transmissão (COSTA *et al.*, 2013) devendo-se considerar a necessidade do direcionamento de ações específicas (ROGERIO *et al.*, 2013).

Muitos profissionais da saúde que apresentaram tuberculose pulmonar nos últimos anos desenvolveram a doença após o início do trabalho numa instituição. No geral, contaminam-se em áreas consideradas de alto risco, como unidades de pneumologia e de doenças infecciosas, 50% dos profissionais já tiveram contato com o bacilo causador da tuberculose, o *Mycobacterium tuberculosis*, enquanto nos países de primeiro mundo esse número varia entre 20 a 30%. Dos que já entram em contato, até 20% desenvolvem

a doença com maior risco nos dois anos que se seguem ao contágio (SHAPOVALOVA *et al.*, 2016).

Nesse sentido, é de fundamental importância que os profissionais de saúde reconheçam os sinais e sintomas que possam indicar a presença da doença entre os pacientes na sua rotina de trabalho, aplicando, ainda, medidas de biossegurança adequadas.

Biossegurança é definida como um conjunto de ações destinadas a prevenir, controlar, reduzir ou eliminar riscos inerentes às atividades que possam comprometer a saúde humana, animal e ao meio ambiente (DIAZ-TAMAYO; VIVAS, 2016).

A falta de conhecimento ou conhecimento equivocado sobre transmissão de tuberculose entre enfermeiros e futuros profissionais diretamente envolvidos no tratamento e prevenção dessa doença podem comprometer o controle e levar a comportamentos de risco devido à inadequada exposição individual contribuindo, assim, para o aumento da vulnerabilidade deste grupo para a doença (COSTA *et al.*, 2013).

Um estudo que objetivou identificar a vulnerabilidade à tuberculose relacionada à detenção de conhecimento sobre a doença, entre 76 alunos de graduação e profissionais de enfermagem evidenciou vulnerabilidade à tuberculose entre alunos e profissionais relacionada ao conhecimento atinente à transmissibilidade, formas de prevenção e medidas de biossegurança e diagnóstico, já, no tocante à transmissibilidade, observou-se maior vulnerabilidade entre os profissionais (MUSSI; TRALDI; TALARICO, 2012).

Assim, esse estudo é relevante pois somente com o conhecimento adequado os profissionais de enfermagem terão condições de desenvolver atitudes e práticas seguras em relação as medidas de biossegurança para o enfrentamento da tuberculose e com os resultados de estudo medidas de intervenção futuras podem ser planejadas.

Contexto do estudo

Esse estudo se justifica pela necessidade de se analisar o conhecimento, atitude e prática que os profissionais de enfermagem têm em relação a questões de biossegurança da tuberculose, pois a exposição dos profissionais é grande e muitos ainda têm displicência nos cuidados para sua proteção.

Diante disso, o objetivo deste estudo foi analisar o conhecimento, atitude e prática dos profissionais de enfermagem relacionados às medidas de biossegurança para a tuberculose na estratégia saúde da família.

Estudo analítico, transversal, realizado em Teresina, capital do estado do Piauí. O município organiza sua atenção básica por meio da Estratégia Saúde da Família, contando, atualmente, com 258 Equipes de Saúde da Família e 90 Unidades Básicas de Saúde (UBS), com uma cobertura populacional de 92,25%.

As equipes estão administrativamente organizadas em três Diretorias Regionais de Saúde: Norte (81 equipes), Sul (81 equipes) e Leste-Sudeste (96 equipes). Para realização do estudo, foi selecionada, aleatoriamente, a Diretoria Regional de Saúde Leste/Sudeste, responsável por 35 UBS e conta com 192 profissionais de enfermagem.

A amostra foi constituída por 158 profissionais, 83 enfermeiros e 75 auxiliares de enfermagem, de ambos os sexos, que obedeceram aos seguintes critérios de

CAPÍTULO 19

CAPACIDADE FUNCIONAL DE IDOSOS COM HANSENÍASE: implicações para o cuidado na atenção primária à saúde

Francisco José de Araújo Filho
Juliana Holanda Fontes
Daniel Tácito da Silva Rodrigues
Antônia Sylca de Jesus Sousa
Ana Larissa Gomes Machado

Considerações iniciais

Observa-se um exponencial crescimento mundial da população idosa em virtude da melhoria nas condições de vida e da qualidade da assistência à saúde, progressos conseguidos mediante os avanços tecnológicos, maiores cuidados com a alimentação e a prática de atividades físicas (SANTOS JUNIOR *et al.*, 2018).

Esse segmento populacional, pelo próprio processo de envelhecimento, apresenta maior prevalência de condições crônicas de saúde e algumas delas podem desencadear progressivo declínio funcional caracterizado por perda da aptidão e da independência no cumprimento de atividades diretamente relacionadas com o autocuidado e com a participação social (CARNEIRO *et al.*, 2016).

A Hanseníase destaca-se como uma doença que influencia o declínio funcional de idosos por ter caráter incapacitante e provocar deformidades físicas se não houver tratamento adequado (BRASIL, 2017). Dados epidemiológicos mostram que o estado do Piauí é endêmico para a hanseníase, apresentando no ano de 2017 o registro de 935 casos novos, com um percentual de 29.1 casos para cada 100 mil habitantes (SESAPI, 2017).

Além disso, mais de 67,5% dos casos foram diagnosticados na forma multibacilar da doença que tem um grande poder de transmissão, além de ser a forma clínica que mais causa incapacidades, tanto as físicas como as funcionais (SESAPI, 2017).

Segundo o Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN, a população idosa é um público constantemente acometido pela hanseníase. No estado do Piauí, nos anos de 2014 a 2017, foram diagnosticados na população idosa 3.572 casos de hanseníase, já no município de Picos, nesse mesmo período, foram diagnosticados 42 casos (BRASIL, 2017).

Durante muitos anos a hanseníase tem sido um grande desafio para gestores e profissionais da saúde, devido ao seu aspecto infectocontagioso, causando impactos nos aspectos físico e psicológico provenientes, sobretudo, das incapacidades físicas permanentes e das deformidades, que contribuem para o desenvolvimento de

comportamentos de rejeição e discriminação, com eventual exclusão do indivíduo da sociedade (BARBOSA *et al.*, 2014; GENOVEZ; PEREIRA, 2016).

O grau de incapacidade física causada pela doença é determinado a partir da avaliação neurológica dos olhos, mãos e pés. Nos idosos com hanseníase, a avaliação da incapacidade faz parte do tratamento já que a doença pode comprometer funções importantes, no entanto, é necessário ressaltar que o idoso com hanseníase, mesmo sem incapacidade física relacionada com a doença, pode apresentar incapacidade funcional relacionada com a perda de independência e autonomia (BRASIL, 2016).

A pesquisa possui relevância na saúde coletiva visto que a população idosa vem apresentando um crescimento acelerado nos últimos anos e gerando novas práticas de cuidado no cenário da saúde coletiva. A Hanseníase tem influência direta na qualidade de vida no idoso com repercussões irreversíveis que afetam não só a sua saúde como a de todos os membros da família e comunidade (SOUZA, 2017). Diante disso, o estudo contribui para o conhecimento do impacto da doença na saúde do idoso e no contexto do cuidado no serviço primário de atenção à saúde.

Contexto do estudo

Justifica-se a realização do estudo, uma vez que o idoso está vulnerável ao aparecimento de enfermidades que provocam o seu declínio funcional, tais como a Hanseníase, uma doença de caráter incapacitante que no paciente idoso agravam as limitações funcionais que já podem estar presentes em decorrência do processo de envelhecimento.

Identificar essas incapacidades e conhecer as repercussões na saúde da pessoa idosa, seja no aspecto físico, emocional ou social, são ações fundamentais que devem ser realizadas na Atenção Primária a Saúde (APS). A equipe de saúde deve estar capacitada para a avaliação desse paciente e assim direcionar o cuidado visando evitar a evolução da doença, prevenir complicações e sequelas graves. A partir dessas ações podem ser traçadas estratégias para a redução do impacto das incapacidades promovendo a qualidade de vida dos idosos (NOGUEIRA, 2017).

Assim, avaliou-se a capacidade funcional de idosos com hanseníase em uma comunidade do sertão piauiense, dada a sua alta prevalência e potencial para gerar graves incapacidades físicas e funcionais, as quais devem ser identificadas precocemente para que as equipes de saúde possam planejar o cuidado de modo apropriado e iniciar o tratamento no momento oportuno.

Realizou-se um estudo transversal, cuja população foi composta por idosos residentes na cidade de Picos, Piauí, com diagnóstico de hanseníase no período de 2014 a 2017. Os dados foram consultados por meio dos registros no SINAN e nos prontuários arquivados no serviço de referência para tratamento da doença no município.

A assistência ao paciente com hanseníase em Picos é realizada de forma centralizada, no centro de referência e o contato do cliente com o serviço é realizado mediante demanda espontânea ou encaminhamento pela Unidade de Saúde da Família (USF) na qual é cadastrado. No centro de referência são ofertados serviços como a realização de baciloscopia para hanseníase, consulta de enfermagem especializada,

CAPÍTULO 20

CONHECIMENTO SOBRE PREVENÇÃO DO PÉ DIABÉTICO APÓS INTERVENÇÃO EDUCATIVA

*Naiany Lima Rocha
Carmen Viana Ramos
Luisa Helena de Oliveira Lima
Antonia Fabiana Rodrigues da Silva
Karine Rafaela de Moura
Ana Roberta Vilarouca da Silva*

Considerações iniciais

O Diabetes Mellitus (DM) é um distúrbio metabólico caracterizado por hiperglicemia e resulta da produção, secreção ou utilização deficiente de insulina (ALMEIDA *et al.*, 2017). É uma condição crônica que exige um acompanhamento de longo prazo e requer cuidados individuais para a prevenção de complicações agudas e crônicas.

Entre as complicações crônicas do DM, a Neuropatia Diabética destaca-se por ser uma das mais comuns, atingindo cerca de 50% das pessoas com DM, tornando os pés uma das regiões do corpo mais vulneráveis em pessoas com a doença (OLIVEIRA NETO *et al.*, 2017).

Constata-se ainda que mais de 15% das pessoas com DM são suscetíveis a desenvolver úlceras nos pés em algum momento da sua vida, o que favorece o surgimento de lesões, bem como, doença vascular periférica e deformidades (OLIVEIRA *et al.*, 2016).

O Pé Diabético é definido como infecção, ulceração e/ou destruição dos tecidos profundos associados a anormalidades neurológicas e vários graus de doença vascular periférica nos membros inferiores (INTERNATIONAL WORKING GROUP ON THE DIABETIC FOOT, 2011). Apesar de tão comum em nosso cotidiano, ainda é frequentemente subdiagnosticado e/ou abordado de forma inadequada, o que contribui para os desfechos clínicos mais desfavoráveis.

A principal medida no tratamento das ulcerações em usuários com diabetes é a detecção precoce associada à prevenção, por meio de atitudes eficientes da equipe interdisciplinar, uma vez que o retardo no início do tratamento adequado aumenta a ocorrência de complicações e a necessidade de amputações (OLIVEIRA NETO *et al.*, 2017).

A educação em saúde é uma ferramenta essencial para propiciar a promoção da saúde na Atenção Primária (MENEZES *et al.*, 2016). Para isso, é necessário envolver

o usuário como centro das ações com o intuito de despertar visão crítica e autonomia ao usuário com DM (CARLESSO; BARBOZA; JUNIOR, 2017).

Para que a promoção da saúde por meio da educação em saúde seja efetiva é necessário que se conheça a realidade do usuário, suas características, seu conhecimento prévio e suas dúvidas, bem como sua rotina de vida diária. Esse conhecimento se dá na Estratégia Saúde da Família, através da continuidade do cuidado, da formação de vínculos e da responsabilização entre profissionais e usuários.

Assim como é necessário que haja o uso de uma linguagem compreensível para o público-alvo, a fim de que este possa assimilar o conhecimento, e o mais importante, colocá-lo em prática, tornando-se um sujeito ativo no seu autocuidado (OLIVEIRA NETO *et al.*, 2017).

Nessa percepção este estudo apresenta significativa relevância para a ESF, pois contribuiu para aumentar o nível de conhecimento dos usuários com diabetes, para promover a participação dos sujeitos na busca da autonomia no cuidado à saúde e dessa forma, melhorar suas condições de saúde.

Contexto do estudo

Ao visualizar toda essa problemática, o estudo justifica-se por propor um olhar mais extensivo sob a promoção da saúde por meio da educação em saúde e assim, avaliar se as medidas educativas, realizadas em grupo, dirigidas aos usuários com diabetes em relação à prevenção do pé diabético são efetivas para aumentar o seu nível de conhecimento para qualificação do autocuidado. Com o resultado propor que as estratégias educativas utilizadas sejam implementadas rotineiramente no serviço.

Ante tal contexto, surgiram os seguintes questionamentos: O que o usuário sabe sobre a prevenção do pé diabético? As estratégias educativas são capazes de ampliar o conhecimento do usuário sobre a temática?

Dessa forma, o estudo objetivou analisar o conhecimento dos usuários com diabetes na Estratégia Saúde da Família acerca da prevenção do pé diabético, após estratégia educativa.

Trata-se de estudo de intervenção do tipo antes e depois, com abordagem quantitativa, realizado com usuários com DM cadastrados e acompanhados na Estratégia Saúde da Família do município de Monsenhor Hipólito, no estado do Piauí.

O estudo foi realizado nas quatro Estratégias Saúde da Família que compõem o município, com amostra censitária, no total de 93 usuários com DM, obedecendo aos critérios de inclusão: possuir diagnóstico de DM, estar na faixa etária de 18 a 59 anos de idade e ter condições físicas para participarem dos encontros de educação em saúde. Foram excluídos 11 usuários que se enquadraram nos seguintes critérios: faltaram a pelo menos um encontro das intervenções, tinham pé diabético em curso e/ou amputações, além dos casos de diabetes gestacional, chegando-se ao total de 82 usuários participantes.

Os dados foram coletados no período de janeiro a maio de 2019, nos quatro postos de saúde do referido município. Para obtenção dos dados socioeconômicos e para avaliar o nível de conhecimento da amostra foi elaborado um instrumento pela pesquisadora, baseado no Manual do Pé Diabético (BRASIL, 2016).

CAPÍTULO 21

NEOPLASIAS MALIGNAS: importância dos registros de câncer

Larissa Dell'Antonio Pereira
Sara Isabel Pimentel de Carvalho Schuab
Raphael Manhães Pessanha
Maria Helena Costa Amorim
Eliana Zandonade
Luís Carlos Lopes Júnior

Considerações iniciais

As doenças e agravos não transmissíveis (DANT), incluindo o câncer, configuraram-se como os principais responsáveis pelos adoecimentos e óbitos da população em todo o mundo (MALTA *et al.*, 2018; WHO, 2013). O câncer se transpõe como um problema de saúde pública global e cursa com elevado ônus psicossocial e econômico aos indivíduos, às famílias e aos sistemas de saúde (FERLAY *et al.*, 2019; SIEGEL; MILLER; JEMAL, 2020). O processo de transição demográfica, epidemiológica e nutricional em âmbito mundial sinaliza para um impacto cada vez maior da carga de câncer nas próximas décadas, sendo os países em desenvolvimento os responsáveis pela maior carga global das neoplasias malignas (BRAY *et al.*, 2018; FERLAY *et al.*, 2019; SIEGEL; MILLER; JEMAL, 2020).

Ressalta-se que, dentre as DANT, o câncer ocupa a segunda posição de causa de morte nos países desenvolvidos e está entre as três principais causas de morte em adultos em países em desenvolvimento (FERLAY *et al.*, 2019; TORRE *et al.*, 2016). As projeções da Organização Mundial da Saúde (OMS) para o período de 2018 a 2040 são de 29,5 milhões de novos casos de câncer, em ambos os sexos e para todas as idades (WHO, 2019). Em adição, as estimativas de casos e óbitos por câncer para o ano de 2040 no mundo estão fortemente associadas às mudanças demográficas e epidemiológicas que estão ocorrendo, principalmente, nos países de baixa e média renda, em resposta ao crescimento populacional, ao contínuo desenvolvimento social e econômico e pela redução das taxas de fertilidade (BRAY *et al.*, 2018; FERLAY *et al.*, 2019; SIEGEL; MILLER; JEMAL, 2020; WHO, 2019).

O último relatório sobre a carga global de câncer no mundo, usando as estimativas GLOBOCAN 2018 de incidência de câncer e mortalidade produzidas pela Agência Internacional de Pesquisa sobre o Câncer, com foco na variabilidade geográfica em 20 regiões do mundo, estimou em 2018 cerca de 18,1 milhões de casos novos de câncer e 9,6 milhões de óbitos por essa doença. Em ambos os sexos, o câncer de pulmão é o câncer mais comumente diagnosticado (11,6% do total) e a principal causa de morte por câncer (18,4% do total de óbitos por câncer). Entre os homens,

o câncer de pulmão é o câncer mais frequente e a principal causa de morte, seguido pelo câncer de próstata e câncer colorretal (para incidência) e câncer de fígado e estômago (para mortalidade). Entre as mulheres, o câncer de mama é o câncer mais comumente diagnosticado e a principal causa de morte por câncer, seguido pelo câncer colorretal e de pulmão (por incidência e pela mortalidade); o câncer do colo do útero ocupa o quarto lugar tanto na incidência quanto na mortalidade (BRAY *et al.*, 2018).

Para o Brasil, segundo dados recentes do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), estima-se a ocorrência de 625 mil casos novos de câncer (450 mil, excluindo os casos de câncer de pele não melanoma) para cada ano do triênio 2020-2022 (BRASIL, 2019). O câncer de pele não melanoma será o mais incidente (177 mil), seguido pelos cânceres de mama e próstata (66 mil cada), cólon e reto (41 mil), pulmão (30 mil) e estômago (21 mil). Os tipos de câncer mais frequentes em homens, à exceção do câncer de pele não melanoma, serão próstata (29,2%), cólon e reto (9,1%), pulmão (7,9%), estômago (5,9%) e cavidade oral (5,0%). Nas mulheres, exceto o câncer de pele não melanoma, os cânceres de mama (29,7%), cólon e reto (9,2%), colo do útero (7,4%), pulmão (5,6%) e tireoide (5,4%) estarão entre os principais tipos de neoplasias (BRASIL, 2019).

No que concerne às taxas de incidência ajustadas por idade (à exceção do câncer de pele não melanoma), tanto em homens (215,86/100 mil) quanto para mulheres (145,00/100 mil) são consideradas intermediárias e compatíveis com as apresentadas para países em desenvolvimento. Em adição, a distribuição da incidência por região geográfica mostra que a Região Sudeste concentra mais de 60% da incidência, seguida pelas Regiões Nordeste (27,8%) e Sul (23,4%). Existe, entretanto, grande variação na magnitude e nos tipos de neoplasias entre as diferentes regiões do Brasil (BRASIL, 2019).

Apesar dos progressos no diagnóstico e tratamento alcançados nas últimas décadas, fatores como o envelhecimento da população e a adoção de estilos de vida associados ao desenvolvimento do câncer nos países de todos os níveis de renda fazem com que tanto a incidência quanto a mortalidade por neoplasias malignas sigam aumentando (BRAY *et al.*, 2018; PARKIM, 2008; SIEGEL; MILLER; JEMAL, 2020).

Ressalta-se que diferentes modelos conceituais podem explicar a influência dos Determinantes Sociais da Saúde no processo saúde-doença-cuidado, no que diz respeito à exposição aos fatores de risco, ao acesso às ações e serviços de saúde, à promoção, prevenção e tratamento (WHITEHEAD, 1992; WHO, 2013). A interação entre as dimensões social, psicológica e biológica podem explicar as iniquidades na mortalidade por câncer entre distintos grupos étnicos e socioeconômicos e as taxas de sobrevivência para a maioria dos tumores em homens e mulheres (PUIGPINÓS *et al.*, 2009; SACRAMENTO *et al.*, 2019; SILVA *et al.*, 2019). Nesse contexto, destacam-se as informações geográficas que vêm sendo amplamente utilizadas em análises espaciais, bem como na delimitação de áreas de risco para os eventos em saúde. Tais análises podem contribuir na detecção de áreas vulneráveis, nas quais os problemas de saúde ocorrem com maior frequência, assim como a influência de cada variável na determinação da ocorrência do evento (ARCENCIO, 2015; FERREIRA *et al.*, 2012).

CAPÍTULO 22

EFEITO DE UMA INTERVENÇÃO EDUCATIVA NO AUTOCUIDADO DE PESSOAS IDOSAS

*Francisca Leonísia Barros
Ana Caroline Cipriano Brandão
Denival Nascimento Vieira Júnior
Ana Larissa Gomes Machado*

Considerações iniciais

A população idosa ocupa um espaço significativo na sociedade brasileira, devido ao aumento da expectativa de vida, menor taxa de fecundidade e avanços na tecnologia e cuidados em saúde. Como mostra a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população brasileira manteve a tendência de envelhecimento entre 2012 e 2017 e ganhou 4,8 milhões de idosos. Isso corresponde a um crescimento de 18% em cinco anos dessa faixa etária, ultrapassando 30,2 milhões em 2017, as mulheres são a maioria expressiva, com 16,9 milhões, enquanto os homens idosos são 13,3 milhões (IBGE, 2017).

Diante desse cenário, é necessário o desenvolvimento de ações e políticas públicas que proporcionem uma melhor qualidade de vida a essa população, pois o processo de envelhecimento é gradativo e caracterizado por alterações funcionais, psicológicas e biológicas que interferem diretamente na vida da pessoa idosa, comprometendo assim sua autonomia e independência.

Em vista disso, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), aprovada pela Portaria nº 2.528 de 2006, traz entre suas diretrizes a promoção do envelhecimento saudável e ativo, como também o estímulo à participação e ao fortalecimento social, e apresenta como propósito recuperar, manter e promover a autonomia e a independência, para isso, é fundamental implementar estratégias que visem aumentar as habilidades para o autocuidado (BRASIL, 2006).

Nesse sentido, a educação em saúde (ES) é uma das estratégias para a promoção do autocuidado da pessoa idosa, pois oferece informação e torna-se, portanto, uma ferramenta para o empoderamento, transformação e capacitação, contribuindo para novas formas de cuidar de si e promover uma melhor qualidade de vida.

Assim, a ES consiste em uma estratégia propícia para o diálogo no qual os indivíduos envolvidos são incentivados a serem protagonistas de seu cuidado, sendo considerada uma prática transversal presente nas ações realizadas no Sistema Único de Saúde (SUS) (MACHADO, 2018). Portanto, cabe aos profissionais capacitados

que atuam na área, fazerem uso dessa prática levando em consideração a participação da pessoa idosa no cuidado de sua saúde.

As Estratégias de Saúde da Família (ESF) desenvolvem diversas ações, dentre elas as educativas consolidam como estratégia no incentivo do autocuidado no âmbito familiar, bem como provoca reflexões acerca das atitudes e comportamentos, influenciando na mudança desses (VIEIRA *et al.*, 2016). Com isso, exige-se dos profissionais que a compõe o desenvolvimento de metodologias que de forma dinâmica compreendendo e planejando atividades em saúde, que se adequem a realidade da sua população.

As práticas educativas podem ser desenvolvidas de diversos modos, entre as quais se destacam as atividades realizadas em grupo, já que podem proporcionar a interação social, o que dependerá dos meios utilizados para execução de tais atividades, da forma de abordar os assuntos e das necessidades dos idosos (MALLMANN *et al.*, 2015).

A atividade educativa grupal é uma forma de desenvolver ações para promover a saúde do idoso capaz de favorecer um espaço para compartilhar informações sobre como melhorar a qualidade de vida, orientar sobre fatores que causem o adoecimento e incentivar os idosos a adotar hábitos saudáveis, tais como, exercício físico e práticas de cuidado com o corpo e a mente (ROCHA *et al.*, 2015). Neste contexto, a Estratégia de Saúde da Família (ESF), destaca-se como ambiente fértil e promissor para o desenvolvimento de atividades educativas grupais capazes de motivar a consciência crítica e reflexiva nos participantes, assim como favorecer a interação social (PEREIRA *et al.*, 2015).

Considerando a importância da promoção do autocuidado nas pessoas idosas por meio da ESF, surge o seguinte questionamento: Qual a eficácia de uma intervenção educativa realizada na atenção primária à saúde para o autocuidado de pessoas idosas?

Contexto do estudo

Justifica-se a realização do estudo, pois a pessoa idosa requer capacitação para os cuidados com a saúde por meio de estratégias que facilitem a comunicação e o seu empoderamento. Desse modo, a realização da prática educativa grupal com idosos possibilita uma análise reflexiva sobre o seu autocuidado, fornece orientações de como ter um envelhecimento saudável e proporciona capacitação para o idoso agir em benefício de sua saúde estabelecendo suas próprias decisões.

Objetivou-se verificar o efeito de intervenções educativas em grupo no autocuidado da pessoa idosa, considerando sua capacidade prévia de autocuidado que revela sua independência ou dependência em relação aos cuidados básicos e mais complexos como a alimentação, higiene corporal, atividade física e controle do peso.

Trata-se de estudo do tipo antes e depois, com abordagem quantitativa, realizado a partir de ações educativas e recreativas, buscando promover a capacidade de autocuidado dos participantes. A pesquisa foi realizada em uma Unidade de Saúde da Família (USF) da zona urbana na cidade de Picos, PI, no período de março a maio de 2019.

CAPÍTULO 23

ARTES DIGITAIS E PREVENÇÃO DE AGRAVOS À SAÚDE DE TRABALHADORES DE ENFERMAGEM

Lorena Sousa Soares
Diêgo Afonso Cardoso Macêdo de Sousa
Francisco José Maia Pinto

Considerações iniciais

Os termos “absenteísmo”, “absentismo” ou “ausentismo” são utilizados, desde o período industrial, para designar a falta do empregado ao trabalho. Corresponde às ausências quando se esperava que estivessem presentes ao trabalho e constitui a soma dos períodos em que os funcionários se encontram ausentes do trabalho, seja por falta, atraso ou outro motivo interveniente. Existem cinco tipos de absenteísmo: absenteísmo-doença (ausência justificada por licença de saúde); absenteísmo por patologia profissional (acidentes de trabalho e/ou doença profissional); absenteísmo legal (amparado por leis, como gestação, nojo, gala, doação de sangue e serviço militar); absenteísmo compulsório (suspensão imposta pelo patrão, por prisão ou por outro impedimento de comparecer ao trabalho); e absenteísmo voluntário (razões particulares não justificadas) (HOHENREUTHER *et al.*, 2017; FURLAN; STAN-CATO, 2013; CHIAVENATO, 2014). Nesta pesquisa foi utilizado como conceito de absenteísmo apenas o absenteísmo-doença, ou seja, toda ausência do empregado relacionada às doenças com atestado/licença médico.

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), a riqueza de uma empresa depende da saúde dos trabalhadores. No Brasil, pesquisa realizada pela Universidade australiana de Victoria em 2015 sobre “O Impacto da Saúde na Frequência e Produtividade da Força de Trabalho em 12 Países”, mostrou que a incidência das doenças não transmissíveis vem causando um impacto negativo no Produto Interno Bruto (PIB) brasileiro. A estimativa é que em 2030 as perdas alcancem 8,7% do PIB, o que equivalerá a US\$ 184 bilhões a menos para os gastos públicos. Neste levantamento são consideradas as mortes precoces; o absenteísmo e o presenteísmo, que é quando o profissional está fisicamente na empresa, mas com baixo engajamento e/ou baixa produtividade, tanto por motivos pessoais quanto organizacionais (FEDERAÇÃO DAS INDÚSTRIAS DO ESTADO DE SANTA CATARINA, 2016).

Em estudo quanti-qualitativo realizado por Kurcgant *et al.* (2015), os autores observaram que, em três instituições estudadas, as principais causas do absenteísmo estavam relacionadas ao adoecimento do trabalhador, à insatisfação com as condições institucionais e ao relacionamento interpessoal inadequado. Deste modo, o presente estudo teve como relevância, formar uma fonte bibliográfica que oriente trabalhos

futuros sobre o assunto, assim como subsidiar produtos para gestão de pessoas em enfermagem, especificamente, no caso deste estudo, as artes digitais como ferramenta importante para estimular a participação dos indivíduos nas tomadas de decisões, no que se refere a sua saúde e conseqüentemente na sua qualidade de vida.

Contexto do estudo

A escolha dos sujeitos desta pesquisa (enfermeiros e técnicos de enfermagem) justificou-se pelo alto índice de afastamentos dos mesmos na referida unidade hospitalar, local deste estudo, segundo informações do setor de Recursos Humanos (RH) da unidade, aproximadamente, 80% dos afastamentos estão relacionados às doenças. Além disso, levou-se em consideração que a enfermagem é a maior categoria da saúde, que está em contato contínuo com o paciente, sendo responsável por 60% das ações relacionadas ao atendimento destes e diretamente exposta aos riscos e danos causadores potenciais dos afastamentos do seu local de trabalho (FELDHAUS *et al.*, 2019).

Este trabalho justificou-se pela afinidade de um dos pesquisadores com a temática e a experiência profissional à frente da gestão de pessoas em enfermagem, onde foi observado altos índices de absenteísmo em um hospital público de referência, localizado numa cidade do interior do Estado do Ceará, o que leva a altos gastos financeiros, à sobrecarga de trabalho da equipe que deverá atender aos pacientes e à diminuição da segurança a assistência de saúde prestada. Diante do exposto, teve-se como objetivo geral: construir artes digitais a partir das características do absenteísmo-doença dos trabalhadores de enfermagem de um hospital público de referência, localizado numa cidade do interior do Estado do Ceará.

Tratou-se de um estudo transversal, metodológico, descritivo e analítico. O estudo foi desenvolvido em um hospital público de referência no Norte do Estado do Ceará, no período de 1 de maio a 30 de setembro de 2017.

A população do estudo foi composta por 824 trabalhadores de enfermagem, sendo 623 técnicos de enfermagem e 201 enfermeiros, segundo dados atualizados da coordenação geral de enfermagem. A amostra foi contemplada apenas pelos trabalhadores de enfermagem que gozaram e tiveram os atestados/licenças médicos computados pelo Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT) da instituição no período de coleta dos dados, totalizando 326 trabalhadores. Destes, foram excluídos 46 trabalhadores que não foram localizados nos seus postos de trabalho durante as tentativas de abordagem, seja por troca de plantão ou por ausência do serviço, ou que não atenderam as ligações para participarem da pesquisa. Assim, a amostra final foi de 280 trabalhadores.

A coleta das informações das variáveis relacionadas ao trabalho e à doença deu-se a partir das planilhas com dados semiestruturados alimentados pelo SESMT da instituição (após a entrega do atestado/licença médico, o SESMT cadastrou estes em uma planilha que continha: matrícula do funcionário, data do atestado/licença, período em dias, horas perdidas de trabalho, CID-10, nome do médico e nome da instituição em que foi emitido), que foram enviadas via e-mail ao pesquisador. Os dados sociodemográficos e econômicos foram coletados a partir da aplicação do

CAPÍTULO 24

CONSUMO DE ÁLCOOL ENTRE ADOLESCENTES DE ESCOLAS MUNICIPAIS ATENDIDAS PELO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA

*Livia Augusta César da Silva Pereira
Claudete Ferreira de Souza Monteiro
Fernando José Guedes da Silva Júnior
Adélia Dalva da Silva Oliveira
Jaqueline Carvalho e Silva Sales
Lorena Uchoa Portela Veloso*

Considerações iniciais

O álcool é a substância psicoativa mais consumida no mundo, cujas propriedades levam a dependência. Durante séculos tem sido utilizada em diversas culturas durante cerimônias religiosas, celebrações e festas. O uso nocivo contribuiu para o aumento da carga de doenças infecciosas, como infecção por HIV, tuberculose, hepatite e infecções virais e sexualmente transmissíveis, além de gerar ônus social e econômico para as sociedades (WHO, 2018).

O Brasil está acima da média mundial, com um consumo total de álcool per capita de 8,9 litros, ficando em 5º lugar, junto ao Peru, entre os países das Américas. Torna-se mais preocupante quando se observa que 5,9% das mortes, em todo o mundo, estão relacionadas ao consumo de álcool, sendo maior na Europa (13%). Nas Américas, estima-se que 4,7% de todas as mortes são atribuídas ao consumo abusivo de bebidas alcoólicas (BRASIL, 2017).

O álcool é crescente entre adolescentes. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estimou que 38,3% da população mundial, com mais de 15 anos, já consumiu bebidas alcoólicas (OMS, 2014). O panorama estatístico mundial tem demonstrado que o consumo de álcool se encontra em cerca de 6,4 litros por pessoa, com 15 anos ou mais (BRASIL, 2017).

A adolescência é um período de transição marcado pelo contato com novos hábitos e exposição à comportamentos de risco, caracterizado pela experimentação, dúvidas, angústias e receios (PRECIOSO; CORREIA; SAMORINHA, 2015). O consumo de álcool entre os jovens é considerado fenômeno cheio de nuances, envolvido

em múltiplos fatores. O uso regular leva ao aumento de um vértice que vem se modificando ao longo dos anos, como o consumo por adolescentes do sexo feminino, desconhecimento dos pais, associação com violência doméstica e outros (MALTA; MASCARENHAS, 2014).

O uso nocivo de álcool está associado a doenças e lesões que podem variar em mais de 200 tipos, entre eles estão cânceres, doenças cardiovasculares, doenças hepáticas, desordens mentais, além de causar transtornos de forma indireta decorrente de danos intencionais e não intencionais, como os acidentes de trânsito ou aqueles resultantes de violência e suicídio (OPAS, 2019).

Contexto do estudo

A aquisição de bebidas alcoólicas por adolescentes ainda é uma realidade no Brasil, cujo produto pode ser adquirido em bares, festas, supermercados, vendedores ambulantes ou minimercados (NEVES; TEIXEIRA; FERREIRA, 2015). Esse fato vai de encontro da Lei nº 13.106/2015 que modificou o Estatuto da Criança e do Adolescente quanto a proibir vender, fornecer, servir, ministrar ou entregar à criança ou a adolescente, bebida alcoólica ou produtos cujos componentes possam causar dependência física ou psíquica, sob o risco de pena prevista com detenção de 2 (dois) a 4 (quatro) anos, e multa (BRASIL, 2015).

Torna-se, portanto, imperativo conhecer que fatores induzem adolescentes de zona rural a fazer parte da estatística de consumo de álcool. Uma das preocupações que nos inquieta na Atenção Primária à Saúde do município de José de Freitas, Piauí, Brasil é a falta de dados que conduza a uma melhor estratégia de prevenção do consumo de álcool para com nossos adolescentes. Nessa direção, este trabalho foi desenvolvido mediante integração da área da saúde com a área da educação por meio do Programa Saúde na Escola (PSE). Esse Programa possibilita um trabalho de promoção da saúde com os estudantes, envolvendo também professores e funcionários. Para promover saúde com estudantes não basta estar na escola, mas partir do “o que eles sabem” e o “o que eles podem fazer” (BRASIL, 2009).

Isto posto, o objetivo do estudo foi avaliar fatores associados e padrão de consumo de bebidas alcoólicas entre adolescentes estudantes de escolas municipais de uma zona rural, no município de José de Freitas/Piauí, por meio de estudo epidemiológico de corte transversal, com uma amostra censitária com 151 adolescentes na faixa etária de 10 a 19 anos, estudantes do ensino fundamental de duas escolas públicas, do município de José de Freitas/Piauí/Brasil. Esse município conta com 37.085 mil habitantes, segundo o último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. O critério de inclusão da pesquisa foi estar matriculado e frequentando o ensino em uma das escolas, ter idade entre 10 e 19 anos. O critério de exclusão foi para alunos que, no período da coleta de dados estivessem afastados por motivo de doença ou outro, justificados pela escola.

CAPÍTULO 25

PRÁTICAS EDUCATIVAS EM SAÚDE COLETIVA À LUZ DE PAULO FREIRE

Cynthia Roberta Dias Torres Silva
Ruth Cardoso Rocha
Maria do Livramento Fortes Figueiredo
Benevina Maria Vilar Teixeira Nunes
Claudete Ferreira de Souza Monteiro

Considerações iniciais

A educação visa alcançar maiores patamares de autonomia e conscientização para a saúde, por meio de práticas comunitárias estabelecidas por relações emancipatórias e dialógicas entre profissionais de saúde e usuários. No entanto, o que se observa são práticas educativas exercidas de maneira prescritiva, conservadora e normativa de maneira opressora, atenuando a dialogicidade e potencialidade humana (GASSEN, 2015).

Assim, ao compreender os profissionais de saúde como educadores e o processo saúde-doença como um sistema contínuo de atuação educacional em saúde, permeado pela inter-relação entre profissionais e clientes, semelhantemente a educador-educando, traz-se à tona a proposta pedagógica de Paulo Freire, pensamento originado do ímpeto de transformar o mundo pela emancipação dos mais oprimidos (DAVID; ACIOLI, 2010).

O pensamento freireano, ao apoiar-se nas concepções de Kant, Hegel e Marx, estabelece o humanismo marxista com a criação de um método educacional formador de sujeitos racionais e autônomos, capazes de ação intelectual e moral, com condições para se constituírem, libertarem-se das opressões sociais e modificarem o mundo (MELO *et al.*, 2016).

De acordo com Freire, a capacidade humana de percepção, objetivação, apreensão e abstração do mundo, permite a distinção do homem como ser imerso no mundo, aquele que não reflete sobre si e suas relações, e o homem ser que se sabe no mundo, o que efetiva sua possibilidade de projetar-se, transcender e ser o sujeito de sua própria educação, ajustando-se à realidade e transformando-a com a reflexão crítica da sua posição e inter-relações com o ambiente no qual se insere (FREIRE, 2011; PEREIRA, 2013).

Para Freire a racionalidade humana como condição ampla, não pode ser estabelecida apenas de maneira instrumental e propõe uma educação para autonomia pela crítica e dialética que mobilize a consciência humana e sua inter-relação com o mundo para liberdade (OLIVEIRA, 2012; FREIRE, 2011).

Contexto do estudo

Paulo Freire apresenta-se como teórico plural, de ideias contextualizadas e inovadoras para o processo de ensino-aprendizagem. A aproximação com suas ideias permite o entendimento da dialética na tomada de consciência para seres humanos em situação de desumanização. Assim, entendendo a educação em saúde como ferramenta de transformação, a análise aqui apresentada visa analisar a relação entre mundo/sujeito/coisas para o desvelo da real cientificidade da filosofia na construção de seres conscientes, autônomos e livres (LORENZET; ANDREOLLA, 2019).

Assim, entendendo a lacuna de práticas educativas com embasamento teórico e filosófico para empoderamento social, especialmente no sistema de saúde público, este estudo encontra justificativa por versar sobre o diálogo em saúde como modo de construção da liberdade e emancipação. Logo, objetiva refletir acerca das práticas educativas de saúde coletiva, na perspectiva problematizadora e libertadora de Paulo Freire.

Trata-se de um estudo reflexivo teórico-filosófico fundamentado a partir de leituras das obras “Pedagogia do Oprimido” e “Educação como prática de liberdade” de Paulo Freire e artigos científicos em bases eletrônicas de dados da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) com eixo temático nas práticas educativas em saúde coletiva. Dentre os descritores e palavras-chave utilizados na busca, destacam-se: Paulo Freire, educação em saúde, promoção da saúde, saúde pública. Essa reflexão foi oriunda das discussões da disciplina Bases Epistemológicas e Filosóficas das Ciências em Saúde e Enfermagem no Doutorado em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí.

Paulo Freire: educador e filósofo

Educador, filósofo e pensador de influência nacional e internacional, Paulo Reglus Neves Freire, nasceu em Recife, Pernambuco, nordeste do Brasil em 1921. Graduou-se em Direito, mas decidiu abandonar a advocacia. Logo após, ingressa no Departamento de Educação e Cultura do SESI em Pernambuco, onde desenvolveu suas primeiras experiências com educação por meio de uma concepção dialógica (EMMERICH; FAGUNDES, 2016).

Após um período de experiência lecionando a disciplina de História e Filosofia da Educação na Universidade de Recife e preocupado com o analfabetismo em sua região, elabora no ano de 1960 um método de alfabetização para adultos, simples e revolucionário denominado “De pés no chão também se aprende a ler”, com a participação de 300 alunos alfabetizados em 45 dias, tendo como vertentes a transformação por meio da conscientização (MIRANDA; BARROSO, 2004).

Por ser considerado propagador de ideias subversivas ao modelo político vigente no país foi preso e posteriormente exilado, vivendo um período na Bolívia e logo depois no Chile, oportunidade em que desenvolveu suas principais obras. Dentre suas obras, a saber: Pedagogia do Oprimido, Pedagogia da Esperança, Educação como Prática da Liberdade, Pedagogia da Autonomia. Neste período, Paulo Freire teve a oportunidade de trabalhar como professor da Universidade de Harvard, e desenvolver atividades de

CAPÍTULO 26

PROJETO ODONTOLÓGICO PARA PREVENÇÃO DA CÁRIE NA PRIMEIRA INFÂNCIA: relato de experiência na atenção básica

*Claudia da Paz Pinheiro
Cacilda Castelo Branco Lima
Jaqueline Carvalho e Silva Sales
Fábio Solon Tajra
Marcoeli Silva de Moura*

Considerações iniciais

A Odontologia, dentro da Estratégia Saúde da Família (ESF), enfrenta cotidianamente problemas que revelam a necessidade de propostas de promoção da saúde. Dentre esses, destaca-se a Cárie na Primeira Infância (CPI), caracterizada pela presença de um ou mais dentes cariados, extraídos devido à cárie ou restaurados em crianças menores de seis anos, constituindo grave problema de saúde pública (TINANOFF *et al.*, 2019). Os determinantes de risco, crenças, atitudes e fatores relacionados à oferta de serviços para esta faixa etária ainda são insuficientemente explorados. A instalação precoce de cárie em crianças de pouca idade, adquire características destrutivas próprias, configurando um padrão inadequado de desenvolvimento físico, podendo afetar o convívio social e qualidade de vida das crianças e seus familiares. Portanto, compreender o processo saúde-doença bucal, requer articular o aspecto biológico aos processos econômicos e culturais do grupo envolvido (CABRAL, 2017).

A Atenção Básica (AB) é a principal porta de entrada das crianças no Sistema Único de Saúde (SUS), portanto, entende-se que é atribuição essencial das Unidades Básicas de Saúde (UBS) propor medidas educativo-preventivas em busca da promoção da saúde bucal (SCHWENDELER, 2017). A Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) preconiza que o acesso à saúde bucal das crianças de zero a cinco anos deve ocorrer, no máximo, a partir dos seis meses, aproveitando as campanhas de vacinação, consultas clínicas e atividades em espaços sociais ou em grupo de pais (BRASIL, 2004; SCHWENDELER, 2017).

Programas odontológicos de atenção materno-infantil baseados em ações de promoção da saúde do binômio mãe/bebê, com recomendações de utilização de fluoretos e restrição ao consumo de açúcares, não são recentes e seus resultados estão consolidados (MOURA *et al.*, 2017). Entretanto, a maior parte desses programas correspondem a atividades de extensão ligadas às universidades. Mais recentemente iniciativas municipais sinalizam para um trabalho realizado dentro da Atenção Básica,

o que representa um avanço na construção desse modelo mais integral e equânime no SUS.

Contexto do estudo

A partir desses pressupostos, em 2011, o “Projeto Vale Sorriso” (PVS) foi implantado em equipe de saúde da família na capital do estado do Piauí, no nordeste brasileiro. Esse projeto utilizou as diretrizes do “Programa Preventivo para Gestantes e Bebês – PPGB” (MOURA *et al.*, 2009; MOURA *et al.*, 2017). Após sete anos de atuação na prevenção da CPI, a equipe necessitava analisar os resultados para planejar as ações seguintes. Nesse contexto, este estudo teve por objetivo analisar a condição de saúde bucal de crianças participantes do PVS.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí (parecer 3.070.182). Foi realizado estudo longitudinal desenvolvido pela equipe 105 da ESF na UBS do Planalto Uruguai, localizada no bairro Vale Quem Tem, zona urbana do município de Teresina, Piauí. No território adstrito dessa equipe, atuam seis agentes comunitários de saúde (ACS) e abrange uma população de 1.130 famílias (4.334 indivíduos).

Foram utilizados os registros clínicos das 235 crianças, cadastradas desde 2011, que participaram de atividades educativo/preventivas do PVS, que até dezembro de 2018, haviam completado três anos. Foram excluídas aquelas que, por três tentativas, não foram localizadas, apresentaram alguma doença incapacitante e mudaram de residência do endereço informado na ficha cadastral.

A coleta de dados foi realizada no período de dezembro de 2018 a abril de 2019. As estratégias utilizadas para o recrutamento foram: (1) ACS; (2) encaminhamento do médico ou enfermeiro da equipe; (3) contato telefônico da ficha cadastral e (4) prontuário eletrônico do SUS.

Análise documental da ficha cadastral foi realizada para caracterização do perfil dos participantes e condição de saúde bucal no momento de inserção no programa. As características sociodemográficas (idade, sexo, escolaridade da mãe, número de irmãos), quem cuida da criança, microárea, tempo de amamentação e hábitos relacionados à saúde bucal foram analisadas. Para verificação da prevalência e severidade da cárie dentária, foi realizado exame clínico das crianças no consultório odontológico.

A prevalência de cárie dentária foi mensurada pelo índice ceod (soma dos dentes cariados, extraídos por cárie e obturados) para dentição decídua e CPOD (soma dos dentes cariados, perdidos por cárie e obturados) para a dentição permanente (WHO, 2013).

Os dados foram analisados pelo programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS® para Windows, versão 20.0, Armonk, NY, USA: IBM Corp). Inicialmente, foi realizada a descrição de frequências absolutas e relativas das variáveis. A experiência de cárie dentária foi considerada a variável dependente. Foi realizada regressão de Poisson, com variância robusta bivariada e multivariada. A magnitude da associação foi avaliada pela razão de prevalência não ajustada e ajustada (RP) e intervalos de confiança (IC 95%). As variáveis com os valores de $p \leq 0,20$ na análise

CAPÍTULO 27

PERSPECTIVAS SOBRE POTENCIALIDADES E LIMITAÇÕES PARA O ACESSO À SAÚDE MENTAL POR MEIO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E DA SAÚDE INDÍGENA

Israel Coutinho Sampaio Lima
Cidianna Emanuely Melo do Nascimento
Carla Barbosa Brandão
José Edmilson Silva Gomes
José Jackson Coelho Sampaio

Considerações iniciais

Mundialmente o acesso à saúde mental vem se constituindo ao longo dos anos como tema de discussão importante, uma vez que sua abordagem não deve ser realizada exclusivamente por serviços especializados (OMS, 2008). Entende-se que nos sistemas universais de saúde, a incorporação da atenção à saúde mental pela Atenção Primária à Saúde (APS) é um direito a ser garantido (ONOCKO-CAMPOS, 2019). Logo, é fundamental que seja assegurado o acesso a tais serviços, para que assim seja possível promover cuidados à saúde mental a toda população (MENEZES *et al.*, 2019).

No Brasil, a APS se constitui como estratégia organizadora do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo portanto a porta de entrada preferencial do sistema, através da Estratégia Saúde da Família (ESF) regulamentada pela Portaria n° 2.436 de 2017, a qual institui a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2017a).

Para os povos indígenas os cuidados primários é desenvolvido por meio das unidades de Saúde Indígena (SI), instituída pela Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), a qual integra a Política Nacional de Saúde do SUS, por meio do Decreto n° 3.156 de 1999 e da Portaria n° 254 de 2002 (BRASIL, 2002).

Por sua vez, tais serviços desenvolvem atenção à saúde a suas populações tendo em vista as características epidemiológicas e socioculturais de cada território (BRASIL, 2002; 2017a). Desta forma, a organização dos serviços por meio da APS vem se tornando uma política de gestão chave para a organização dos sistemas universais de saúde. Ficando comprovado que sua implementação promove a melhoria dos indicadores de saúde, maior eficiência sobre o acesso dos usuários ao sistema, ações de promoção e prevenção eficientes, assim com o tratamento efetivo para as condições crônicas. Resultados estes que tendem a gerar maior satisfação dos usuários devido a

garantia do acesso e acessibilidade aos serviços de saúde, o que reduz a desigualdade social (LIMA; GUIMARÃES, 2019; STARFIELD, 2002).

O acesso, neste estudo é compreendido a partir da oferta ou disponibilidade dos cuidados primários à saúde mental por meio dos serviços de saúde existentes no território, já a acessibilidade, se dá pela adequabilidade destes cuidados diante do atendimento das necessidades de saúde dos usuários e da comunidade (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Contexto do estudo

Na perspectiva apresentada, a restrição ou dificuldade para se ter acesso e acessibilidade a atenção à saúde mental, a partir da Estratégia Saúde da Família e Saúde Indígena, poderá repercutir em danos psicossociais das comunidades que estão sob a responsabilidade sanitária destes serviços, o que torna este tema relevante.

Desse modo, o presente estudo teve como objetivo refletir sobre os elementos para se ter acesso aos cuidados em saúde mental na Estratégia Saúde da Família e na Saúde Indígena em um município do interior do nordeste brasileiro.

Trata-se de um estudo qualitativo, ancorado na análise de conteúdo de Bardin (2011). Este método foi escolhido por se adequar ao objeto proposto nesta pesquisa, uma vez que a análise de conteúdo é uma técnica de sistematização de dados, que viabiliza a formação dos nós críticos e sua interpretação, diante do referencial teórico estudado.

Teve como cenário o município de Crateús, Ceará, Brasil, com população equivalente a 72.812 mil habitantes, conforme o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) através do Censo do Demográfico de 2010 (BRASIL, 2010), com sete equipes de APS, sendo: seis Estratégia Saúde da Família e uma Saúde Indígena. O grupo estudado foi composto por profissionais da equipe multiprofissional: Agente Comunitário de Saúde (ACS); Agente Indígena de Saúde (AIS), enfermeiro, médico, dentista e assistente social. A análise de dados ocorreu entre os meses de dezembro de 2018 a junho de 2019. A saturação dos dados se deu após a realização da 16ª entrevista, pois os relatos foram contemplados no final desta amostragem de forma significativa em relação ao objeto estudado, a partir disso foi suspensa a captação de novas narrativas.

A amostra foi composta aleatoriamente, de acordo com a disponibilidade dos participantes no dia da coleta dos dados. Há um maior número de participantes da ESF, em comparação com a SI, pois o cenário do estudo apresenta uma única equipe. Teve como critérios de inclusão: fazer parte da equipe multiprofissional de nível superior e da equipe de agentes comunitários e/ou indígena de saúde, atenderem usuários ou famílias com demandas de ordem mental. Já os critérios de exclusão foram: profissional com menos de 1 ano de vínculo com o serviço e/ou que estivesse no momento da coleta de dados de férias ou afastado do serviço por atestado médico.

Como técnicas para a coleta e registro dos dados, utilizou-se a entrevista individual com o auxílio do diário de campo e gravador MP3, mediante a seguinte questão de investigação: Como o usuário que precisa de atendimento de saúde mental consegue ter acesso na Estratégia Saúde da Família e/ou a Saúde Indígena?

CAPÍTULO 28

HUMANIZAÇÃO DO PARTO SOB A ÓTICA DE PARTURIENTES EM UMA MATERNIDADE DO INTERIOR MARANHENSE

Brenda Natally Santana Batista

Moanna Martins Barros

Natália Pereira Marinelli

José de Ribamar Ross

Ana Patrícia de Carvalho Petillo Rodrigues

Kelyva Fernanda Almeida Lago Lopes

Considerações iniciais

A vivência da gestação e parto é um período muito característico na vida de uma mulher, o nascimento do filho consiste em uma experiência única merecendo assim serem tratados de forma singular e especial por profissionais qualificados que compõem uma equipe multiprofissional e com maior foco político do estado (VIEIRA *et al.*, 2011).

Segundo Santos e Ramos (2012), o parto é uma experiência única, de significância psicológica, que pode deixar marcas positivas ou negativas dependendo da experiência vivenciada pela mulher. É um processo, além de fisiológico, cheio de significados onde ela torna-se a protagonista desse acontecimento.

No século XX, com os avanços técnico – científicos e o desenvolvimento das ciências médicas, a gestação, parto e o nascimento tornaram-se eventos hospitalares, nos quais eram utilizados meios tecnológicos e cirúrgicos. A partir dessas modificações, o aumento de intervenções no ciclo gravídico-puerperal e a excessiva medicalização contribuíram para um novo cenário de parturição, no qual a mulher passou a ser submetida a procedimentos desnecessários e sua autonomia deixou de ser respeitada. (POSSATI *et al.*, 2017).

Os países desenvolvidos possuem taxa de mortalidade materna de 12 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos, enquanto os países em desenvolvimento apresentam uma média de 239 óbitos por 100 mil nascidos vivos. No Brasil, em 2018, foram registrados 2.552 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos (BRITO *et al.*, 2019). A maioria dos óbitos maternos estão relacionados às complicações durante a gestação e parto (MOURA *et al.*, 2018).

Martins e Silva (2018), demonstraram que 95% dos óbitos maternos no mundo poderiam ser evitados, se os serviços de saúde pública e privado ampliassem

os direitos sexuais e reprodutivos à mulher, além de garantir uma atenção obstétrica segura e individualizada.

Segundo Trindade (2017), uma forma de evitar o número de intervenções desnecessárias, assim como contribuir para a redução da mortalidade materna, seria o incentivo a humanização na assistência a parturiente. Ao proporcionar a autonomia e segurança no processo natural fisiológico do nascer, oferecendo a mulher uma experiência otimista, confortável e sem traumas.

Dessa forma, a humanização do parto e do nascimento resgata a autonomia da mulher, tendo como apoio a adoção de práticas comprovadamente benéficas na parturição. A humanização compreende dois aspectos fundamentais: a convicção do dever das unidades de saúde para receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido; e o uso de medidas e procedimentos sabidamente benévolos para o acompanhamento do parto e do nascimento. Evitar o intervencionismo desnecessário, que embora esteja tradicionalmente na prática dos profissionais não beneficia a mulher e o recém-nascido (FUJITA; SHIMO, 2014).

No Brasil, mesmo com as recomendações propostas pelos órgãos da saúde para a assistência da humanização do parto e a atenção à saúde durante a gestação permanecem como um grande desafio e apresentam fragilidades na prática. Os princípios filosóficos do cuidado ainda são baseados em um modelo medicalizante, hospitalocêntrico e tecnocrático (DODOU *et al.*, 2017).

O presente estudo é importante ao apresentar uma reflexão das mulheres acerca da humanização na assistência durante a internação obstétrica, tendo em vista que o seu desenvolvimento estimula a construção de novas políticas e assegura os direitos das parturientes a uma experiência de parto positiva e segura, repercutindo na qualidade da assistência dos setores de saúde.

Contexto do estudo

Esta pesquisa justifica-se pela relevância social de compreender o nível de conhecimento das parturientes sobre a humanização no parto, contemplando a sua existência e como elas estão sendo acolhidas. Assegurar os direitos ao acolhimento e a qualidade de assistência materna digna e individualizada caracteriza como um dos pilares do programa de humanização do parto e nascimento.

Trata-se de um estudo de campo com caráter exploratório, descritivo de abordagem qualitativa, considerando o objetivo do estudo “Conhecer a percepção das parturientes acerca da humanização da assistência ao parto em uma maternidade do interior maranhense”.

O campo selecionado para o desenvolvimento da pesquisa foi o Hospital Santa Neusa (HSN), localizado no município de Grajaú, Maranhão. Nesta instituição, o setor escolhido oferece serviço na área obstétrica para mulheres que residem no território ou encaminhadas por outras unidades. A escolha desta unidade deveu-se por ser referência no município, tendo uma média mensal de 80 parturientes.

Para o desenvolvimento da pesquisa, foram respeitados os aspectos éticos contidos na Resolução 466/12 do CNS/MS; o projeto foi apresentado previamente ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual do Maranhão para apreciação,

CAPÍTULO 29

VISITA DOMICILIAR A PESSOAS IDOSAS: saberes e práticas de Agentes Comunitários de Saúde

*Pâmela Pereira Lima
Igho Leonardo do Nascimento Carvalho
Francisca Tereza de Galiza
Erisonval Saraiva da Silva
Edildete Sene Pacheco
Iara Regina Silva*

Considerações iniciais

Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), em 2018, constituíam 263.756 trabalhadores presentes em 98% dos municípios brasileiros, integrando a Estratégia Saúde da Família (ESF) e tendo a visita domiciliar (VD) com pessoas idosas como principal forma de articulação entre os serviços de saúde (BRASIL, 2018).

No Brasil, pessoa idosa é aquela que tenha 60 anos ou mais de idade (BRASIL, 2003). Nesse sentido, em 2006, foi publicada a Portaria nº 2.528 que aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), com objetivo de garantir atenção integral à saúde a essa população, no âmbito do SUS (BRASIL, 2006).

A Atenção Primária à Saúde (APS) deve ser a ponto inicial para a atuação da PNSPI (BRASIL, 2006), bem como a VD realizada pelos ACS e por toda a equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF), a qual está inserido. A VD desenvolvida pelo ACS segue como atividade mais importante da rotina de trabalho, permitindo a compreensão dos determinantes sociais do processo saúde-doença, o que contribui para a qualificação da assistência e da promoção da saúde (BRASIL, 2018).

A VD favorece o vínculo com a população (WACHS *et al.*, 2016), auxilia no diagnóstico precoce da doença, na terapêutica e na conduta adequada para problemas de saúde. Além do planejamento das ações de prevenção e promoção da saúde (RODRIGUES *et al.*, 2012), enfatizando o envelhecimento saudável e ativo baseada no paradigma da capacidade funcional.

A visita domiciliar é reconhecida pelos ACS como um requisito essencial para o desenvolvimento de seu trabalho (CLAUDIA *et al.*, 2017), pois fornece subsídios ao ACS para o aprofundamento do conhecimento da realidade do seu território, do contexto de vida dos usuários/ familiares, o que contribui para o fortalecimento do vínculo entre profissionais e usuários do serviço de saúde (FILGUEIRAS; SILVA, 2011; SIMÃO; MIOTO, 2016).

O trabalho do ACS contribui para a construção de uma rede de cuidado em que se torna possível a prevenção de agravos à saúde do idoso (ASSIS; SILVA, 2018). Contudo, a atenção domiciliar tem o potencial de ampliar o acesso aos serviços dos idosos com incapacidades e humanizar o cuidado (WACHS *et al.*, 2016).

A profissão de ACS, regulamentada na Lei nº 10.507/02 e, posteriormente, ampliada pela Lei nº 11.350/06, caracteriza-se pelo exercício de atividade de prevenção de doenças e promoção da saúde mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas. Devido às múltiplas funções desempenhadas pelo ACS, considera-se a necessidade da qualificação técnica desses trabalhadores, visto que esta se encontra desestruturada e insuficiente para subsidiar seu amplo papel na ESF (CLAUDIA *et al.*, 2017).

A formação do ACS é de nível técnico, totalizando 1.200 horas, o que exige, além da qualificação profissional, o ensino médio (BRASIL, 2004), sendo seu ingresso no serviço público por meio de seleção pública (ANDRADE; CARDOSO, 2017). Apesar de todo esforço na formação e seleção é possível observar dificuldades na atuação em VD, fazendo com que existam diferentes formas de abordagem, o que implica em atividade descontinuada e na redução da qualidade da assistência prestada pela equipe da ESF.

Considera-se que o foco do trabalho das visitas domiciliares na busca de informações pelo ACS conhecer as situações concretas de vida das pessoas idosas, seus cuidadores e família (ANDRADE; CARDOSO, 2017). Entretanto, existem os seguintes questionamentos: quais os critérios utilizados para realização da VD? E os ACS possuem saberes e práticas capazes de reconhecer as necessidades de saúde das pessoas idosas?

Contexto do estudo

Observou-se que a VD com os idosos precisa de mais atenção por parte dos ACS, para que seja garantida uma assistência de qualidade à pessoa idosa. O estudo contribuirá para compreender saberes e práticas do ACS sobre VD de pessoas idosas, sendo fundamental para compreender necessidade de capacitação desses profissionais bem como de garantir a qualidade do atendimento oferecido à população idosa.

O presente estudo norteará a capacitação dos ACS, a qualificação do processo de trabalho e o fortalecimento da estratégia VD com a população idosa, otimizando o atendimento e estimulando a qualidade de vida da pessoa idosa. Contudo, o estudo objetiva analisar saberes e práticas do ACS sobre visita domiciliar de pessoas idosas.

Trata-se de estudo com abordagem qualitativa e caráter descritivo, realizado na cidade de Floriano, Estado do Piauí (IBGE, 2017), com 9 (nove) ACS, no período de julho e agosto de 2019. O estudo foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP), da Universidade Federal do Piauí – *Campus* Amílcar Ferreira Sobral – obtendo parecer favorável nº 3.415.150.

Foram incluídos no estudo os ACS com idade entre 18 e 59 anos; experiência mínima de 6 (seis) meses; atuar na área urbana e residir em Floriano, PI. Foram excluídos: afastado das atividades de trabalho por férias, licença ou atestado médico; responder processo administrativo. Vale ressaltar que houve exclusão do estudo.

CAPÍTULO 30

COBERTURA VACINAL EM UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA: ótica da equipe de enfermagem

Louise Cândido Souza
Denise Barbosa de Castro Friedrich
Geovana Brandão Santana Almeida
Maria Tereza Ramos Bahia
Daniele Knopp Ribeiro
Marcelo Melo Silva

Considerações iniciais

A vacinação é uma medida de baixa complexidade e de grande impacto na saúde da população sendo reconhecida como uma das intervenções de saúde pública mais bem-sucedidas, principalmente na relação custo-efetividade. Constituído-se como uma ação de extrema importância para a proteção individual da população, assim como para a proteção coletiva, por auxiliar na redução da circulação de agentes infecciosos (CASTRO; CABREIRA, 2017; TURNER; THWAITES; CLAPHAM, 2018).

O Programa Nacional de Imunizações (PNI) criado em 1973 sempre apresentou taxas crescentes de cobertura vacinal (CV), obtendo êxito no controle de doenças e reconhecimento internacional pela política desenvolvida. Os importantes avanços na vacinação de rotina e/ou nas campanhas, contribuíram para que as CVs saltassem de 50%, entre os anos 80 e 90, para mais de 95%, principalmente na população menor de um ano; e, de igual modo, ajudaram a mudar o perfil de morbimortalidade das doenças imunopreveníveis (BRASIL, 2014a; DOMINGUES; TEIXEIRA, 2013).

Entretanto, nos últimos três anos, as CVs vêm apresentando quedas acentuadas que representam um declínio de cerca de 10 a 20 pontos percentuais, acompanhado da ocorrência de surtos e epidemias por doenças preveníveis por imunização e do aumento da mortalidade infantil e materna (SATO, 2018).

Para Sato (2018), vários são os fatores que podem estar levando a esta redução. O autor aponta como possíveis causas a desestruturação do Sistema Único de Saúde (SUS), aspectos técnicos do PNI, como a adoção de um novo sistema de informação, aspectos sociais e culturais que interferem na adesão às vacinas, bem como a ampliação e consolidação de movimentos anti vacinas e da hesitação vacinal.

O Brasil viveu, entre os anos de 2017 e 2018, um dos maiores surtos de Febre Amarela (FA) de transmissão silvestre da sua história, com ocorrência em estados da região Sudeste, principalmente Minas Gerais e Espírito Santo, mas também no Rio de Janeiro e em São Paulo (CAVALCANTE; TAUIL, 2017). Seguido, no ano

de 2019, de surtos de Sarampo e a perda do certificado de eliminação do Sarampo (MEDEIROS, 2020). O surto de FA e o grande número de óbitos pela doença, assim como o recrudescimento do Sarampo descortinou a situação das CVs demonstrando que os baixos índices não eram apenas quantitativos, mas que, de fato, a população estava desprotegida.

Neste sentido, este estudo teve como objeto o alcance das metas de coberturas vacinais pela enfermagem em unidades de saúde da família.

Contexto do estudo

A CV constitui-se como o principal indicador, para avaliar o alcance dos objetivos do PNI, sendo considerado um indicador universal, ou seja, seus resultados sofrem interferência de todos os processos ocorridos nas salas de vacinas, que incluem desde a gestão e estrutura da unidade até a administração e avaliação das atividades de vacinação (BARROS *et al.*, 2015; SANTOS *et al.*, 2017).

Esse estudo se mostra significativo para que os profissionais de saúde e gestores dos serviços de saúde vislumbrem a CV como um indicador de qualidade dos serviços de imunização.

O objetivo do estudo foi analisar o alcance das coberturas vacinais sob a ótica da equipe de enfermagem de Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) com estratégia de saúde da família (ESF) de municípios mineiros.

Esta pesquisa desenvolveu-se amparada nos aspectos éticos e legais de pesquisa envolvendo seres humanos, de acordo com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). Foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora no dia 9 de março de 2018 sob o parecer número 2.535.800.

Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa, do tipo descritivo. Optou-se para a análise dos dados a hermenêutica-dialética por se mostrar apropriada para alcançar os objetivos propostos (MINAYO, 2014).

O cenário da pesquisa foram as UAPS dos municípios sede das microrregiões de saúde sob jurisdição da Superintendência Regional de Saúde de Juiz de Fora (SRS-JF) que apresentavam Estratégia de Saúde da Família (ESF) implementada e que possuíam sala de vacina.

Dos seis municípios selecionados, um recusou o convite para participar da pesquisa, já quatro municípios de pequeno porte populacional e um município de grande porte populacional aceitaram participar, uma população aproximada de 660.661 mil/hab (IBGE, 2017). Neles há um total aproximado de 88 salas de vacinas públicas, sendo a maioria inserida dentro das unidades de saúde da família.

Nos municípios de pequeno porte, as UAPS foram selecionadas a partir de contato com o coordenador da APS. Já no município de grande porte foram escolhidas uma UAPS de cada região administrativa do município (sul, sudeste, centro, leste, norte e nordeste) de forma aleatória. Optou-se por unidades que possuíam ESF pela sua estrutura de trabalho.

Os participantes totalizaram 20 profissionais de enfermagem divididos entre enfermeiros e técnicos de Enfermagem que atuavam diretamente nas atividades de

CAPÍTULO 31

GRUPO DE MÚTUA AJUDA COM ÊNFASE NO AUTOCUIDADO COMO ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO EM HANSENÍASE

Olivia Dias de Araújo
Joelma Maria Costa
Victor Hugo Alves Mascarenhas
Jonas Alves Cardoso
Michelle Santos Macêdo
Éllen Cristina da Costa Leite Sousa

Considerações iniciais

Sabe-se que a hanseníase é uma doença causada pelo bacilo *Mycobacterium leprae* e se caracteriza por uma evolução lenta, alta infectividade e baixa patogenicidade, manifestando-se, principalmente a partir de sinais e sintomas dermatoneurológicos, acometendo pele e nervos periféricos (ARAÚJO *et al.*, 2017). Observa-se que seu desenvolvimento pode prejudicar a qualidade de vida das pessoas e, por isso, possui grandes projeções a nível internacional e nacional.

As incapacidades provenientes da hanseníase, além de estigmatizantes, interferem diretamente na estabilidade emocional, social e produtiva do indivíduo. Dessa forma, todas as ações de prevenção e tratamento das incapacidades e das deformidades são essenciais para que a pessoa atingida pela doença consiga melhorar sua qualidade de vida (BAIALARDI, 2007).

O estigma em hanseníase é um fenômeno real, que afeta a vida dos indivíduos nos seus aspectos físicos, psicológicos, sociais e econômicos e representa o conjunto de fatores como crenças, medos, preconceitos, sentimento de exclusão que atinge os portadores da moléstia (CONTI *et al.*, 2013).

Como a hanseníase tem um potencial incapacitante significativo, o Ministério da Saúde (MS) recomendou a partir de 2008 a implantação de grupos de apoio ao autocuidado nos serviços de saúde, ofertando apoio, acolhimento afetivo, além de orientações a pessoas e familiares atingidas pela doença. A proposta central dos grupos de apoio ao autocuidado é reunir pessoas com os mesmos agravos e interesses, que desejam aprender a conviver com suas dificuldades, por meio da troca de experiências e ajuda mútua (IKEHERA *et al.*, 2010).

Os grupos de apoio ao autocuidado em hanseníase são uma ferramenta indispensável na prevenção de incapacidades e na manutenção do tratamento. Os grupos promovem também a interação social, a troca de experiências entre seus integrantes e auxiliam na superação de dificuldades relacionadas ao diagnóstico da doença. Além disso, eles possibilitam a otimização do tempo que os profissionais levariam para as orientações de autocuidado individual, por realizá-las em grupo (IKEHERA *et al.*, 2010).

O enfermeiro e todos os outros membros da equipe de saúde possuem papel importante na construção do conhecimento sobre a prevenção de incapacidades, promoção da saúde, busca de diagnósticos, tratamento, monitoramento através dos instrumentos, orientações ao autocuidado e aos familiares, tendo como objetivo a integralidade do cuidado. Nesse contexto, a enfermagem promove, como uma de suas funções no cuidado às pessoas atingidas pela hanseníase, ações de autocuidado do indivíduo, proporcionando uma base contínua para sustentar a vida e a saúde, recuperar-se da doença ou ferimento e adaptar-se às suas consequências (LIMA *et al.*, 2018).

Contexto do estudo

Ressalta-se que os grupos de apoio ao autocuidado desenvolvidos na atenção básica são ferramentas indispensáveis para a promoção e prevenção de agravos nos usuários, portanto o estudo escolhido pretende socializar conhecimentos e práticas vivenciadas para os profissionais de saúde que trabalham em foco na saúde coletiva no âmbito do Sistema Único de Saúde visando apresentar como os grupos de autocuidado pode ser uma tecnologia em saúde eficiente no cenário brasileiro.

Inferindo-se sobre a relevância dos grupos de autocuidado no enfrentamento à hanseníase e sua prevenção, realizou-se este estudo com objetivo de relatar uma experiência de construção e implantação de um grupo de autocuidado em hanseníase desenvolvido para colocar em prática ações e formas para cuidar da própria saúde, de modo a prevenir ou melhorar as incapacidades físicas causadas pela hanseníase, possibilitando maior autonomia das pessoas que têm ou tiveram manifestações da doença e familiares para a melhoria da qualidade de suas vidas.

Trata-se de uma pesquisa do tipo relato de experiência. Essa perspectiva crítica e reflexiva foi escolhida como possibilidade de compreender o fenômeno social e suas relações no campo da saúde (MINAYO, 2014).

Foi realizado na Unidade Básica de Saúde (UBS) Adelino Matos, localizada na cidade de Teresina-PI. Abrange-se nessa UBS, além da Equipe Saúde da família (ESF) 042 mais 03 equipes, que atendem as comunidades dos bairros Vila São Francisco, Mocambinho III setores A e B e Santa Sofia. Ocorreu na comunidade Vila Mocambinho I, a primeira reunião do grupo e definiu-se que os encontros seriam mensais; os participantes, após eleição, elegeram o nome COMCRHAN (Comunidade contra hanseníase) para o grupo de autocuidado.

Iniciou-se o processo de implantação da formação do grupo de autocuidado em dezembro de 2009, que funciona desde 2016 até hoje na UBS Valdinar Pereira. Definiu-se que as reuniões mensais ocorreriam na UBS Adelino Matos. Constituiu-se

CAPÍTULO 32

UTILIZAÇÃO DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE (PICS) NA ATENÇÃO BÁSICA: relato de experiência

Mayrla Karen Rodrigues Mesquita

Lívia Carvalho Pereira

Anaide Mary Barbosa Santos

Considerações iniciais

As Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) fazem parte da Medicina Tradicional Complementar e Integrativa (MTCI). Trata-se de um conjunto de terapias e produtos que não estão incluídos nos tratamentos médicos tradicionais conhecidos. Essas práticas visam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e promoção da saúde através do uso de tecnologias seguras, baseadas em um acolhimento adequado com anamnese confortável ao paciente, além do estabelecimento de vínculos terapêuticos e integração da pessoa com outros seres humanos e com o meio ambiente (GNATTA *et al.*, 2016; BRASIL, 2014).

São denominadas práticas complementares quando usadas conjuntamente com a medicina convencional, alternativas quando são utilizadas preferencialmente à prática biomédica ou quando substituem uma certa técnica no âmbito da medicina convencional, e integrativas quando baseadas em avaliações científicas de eficácia e segurança (MELO *et al.*, 2013). Assim, seu uso aliado a técnicas da medicina tradicional, amplia as formas do cuidado em saúde, considerando a integralidade do ser humano, proporcionando uma assistência humanizada como é de direito das pessoas (GNATTA *et al.*, 2016).

Desde a década de 1970, a Organização Mundial da Saúde (OMS) tem estimulado que as práticas da MTCI sejam consideradas como práticas de cuidado pelos sistemas nacionais de saúde. O uso da medicina tradicional na saúde primária foi um dos temas da Primeira Conferência Internacional de Assistência Primária em Saúde, que ocorreu em Alma-Ata em ano de 1978, produzindo o documento chamado de Declaração de Alma-Ata. Este considera a saúde como um direito humano indispensável, destacando a relevância da assistência focada não apenas na doença, mas também no bem estar geral de cada pessoa (BRASIL, 2018a).

A OMS reconhece o uso das PICS como meios de tratamento, criando no final de 1970 o Programa de Medicina Tradicional, englobando estratégias para promoção e utilização eficaz e de confiança das práticas. Porém no Brasil, a legitimação

e a institucionalização delas ocorreram apenas a partir da década de 80, e ganhou força após a 8^o Conferência de Saúde, em 1986, que aprovou em seu relatório final a utilização das PICS (MENDES *et al.*, 2019).

Neste sentido, em 2006, o Ministério da Saúde (MS) implantou a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da Portaria nº 971/2006 e também aprovou a constituição do Observatório das Experiências de Medicina Antroposófica no Sistema Único de Saúde (SUS) através da Portaria nº 1600/2006. Desde então, a oferta e o estímulo ao uso das PICS, foi legitimada no SUS, expandindo seu uso. As diretrizes da PNPIC são centradas em garantir a prevenção, a promoção e a recuperação da saúde das pessoas, por meio da assistência humanizada e integral. Além disso, a adoção da PNPIC propõe o fortalecimento da participação popular na implementação das PICS (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2006b).

Em 2017, o Ministério da Saúde publicou uma nova portaria, a Portaria nº 849/2017, que incluiu outros tipos de PICS nos serviços de saúde pública. Até então havia no SUS apenas a Acupuntura, Homeopatia e Plantas medicinais e fitoterápicas. Com a nova portaria, foram ofertadas mais 14 PICS, ampliando cada vez mais o acesso para a população, dentre elas destaca-se a arteterapia, dança circular, meditação, musicoterapia, shantala e yoga. Em 2018 foi criada a Portaria nº 702/2018, que alterou a Portaria de 849/2017, para incluir 12 novas práticas na PNPIC, totalizando 29 PICS (BRASIL, 2017b; BRASIL, 2018c).

O uso das PICS, além de produzir benefícios físicos e mentais, reduzem os gastos devido ao custo reduzido para sua implementação, ou seja possui uma relação custo-benefício favorável, já que possui eficiência terapêutica maior ou igual aos outros tratamentos convencionais, com viabilidade econômica que é importante para o sistema público de saúde (FISCHBORN *et al.*, 2016).

O uso das PICS vem crescendo em todo o país, e são importantes, pois objetivam despertar no ser humano os meios naturais de prevenção de agravos, e estimular sua recuperação em saúde, utilizando tecnologias eficazes, seguras, leves e de custo reduzido. As PICS consideram a integralidade e equidade da atenção, tendo em vista que as intervenções voltadas à integração das PICS ao SUS valorizam a multiculturalidade e interculturalidade do ser humano, além de seu conhecimento por gestores e profissionais de saúde (ALMEIDA *et al.*, 2019). Assim, possuem relevância na Saúde Pública, entendendo o indivíduo de forma holística, focando em outros aspectos, não apenas na doença.

Desse modo, definiu-se como objeto do presente estudo os benefícios advindos da utilização das PICS durante consultas de enfermagem na atenção básica.

Contexto do estudo

Com o crescimento do uso das PICS, nota-se que o fortalecimento das ações de promoção da saúde em relação a tais práticas é necessário, valorizando as políticas

CAPÍTULO 33

ESTRATÉGIAS EM SAÚDE NO COMBATE À COVID-19 NA ATENÇÃO BÁSICA: relato de experiência de residentes

*Leonardo Magela Lopes Matoso
Abigail Ada Barbosa da Silva
Flávia Alves da Silva
Amanda Medeiros Pereira
Kalidia Felipe de Lima Costa*

Considerações iniciais

Coronavírus configura-se como uma família viral causadora de infecções respiratórias que podem acometer animais (aves e mamíferos) e seres humanos (FEHR; PERLMAN, 2015). Até meados de 2019-2020, a ciência havia registrado apenas sete tipos de coronavírus capazes de causar patogenicidade em humanos, onde todos eles caracterizam-se como sazonais, estando em geral associados a síndromes gripais (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020).

Nos últimos 20 anos, dois deles foram responsáveis por epidemias mais virulentas. Em 2003, em Hong Kong, na China, emergiram casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS), cuja letalidade alcançou aproximadamente 10% (HUANG *et al.*, 2020). Em 2012, na Arábia Saudita, a epidemia de Síndrome Respiratória do Oriente Médio (MERS) teve uma letalidade de aproximadamente 30%. Ambas fazem parte da lista de doenças prioritárias de notificação compulsória as quais merecem atenção emergencial (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020).

Em 31 de dezembro de 2019 foi detectado em Wuhan, na China, uma nova variação de coronavírus, denominado SARS-CoV-2, causador da doença COVID-19. Em janeiro de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) confirmou a circulação do novo coronavírus em território oriental expondo a primeira sequência do SARS-CoV-2 publicada por pesquisadores em Wuhan (HUI *et al.*, 2020).

Advoga-se que em 9 de janeiro a primeira morte foi registrada na China e menos de dois meses depois, uma gama de países passou a confirmar importações de caso, incluindo Estados Unidos, Canadá, Itália, Austrália e Brasil (ZHU *et al.*, 2020). Desse modo, a OMS declarou pandemia da COVID-19 e alertou internacionalmente o mundo acerca da necessidade de construir medidas emergenciais para barrar o contágio, uma vez que o vírus atravessava os continentes a bordo de corpos que voavam em aviões. Até a construção deste artigo (13 de junho de 2020) 1,7 bilhão de pessoas, cerca de um quinto da população global, está em isolamento e distanciamento social (CHAN *et al.*, 2020).

Na guerra contra a COVID-19, temos dois caminhos pessoais que determinam o coletivo: nos tornarmos melhores do que somos ou nos tornarmos piores do que somos. Esta é a guerra permanente que cada pessoa trava atrás da sua porta e que profissionais da saúde precisam lidar no cotidiano da prática profissional, principalmente os que atuam a nível da Atenção Primária em Saúde (APS) uma vez que esta constitui a principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na Rede de Atenção à Saúde (RAS) (BRASIL, 2017).

Diante disso, o Ministério da Saúde (MS), em março de 2020, traçou protocolos clínico-experimentais onde colocou a APS como serviço responsável por triar sintomáticos respiratórios da COVID-19 e encaminhar para os demais níveis da rede, tornando assim, responsável pela investigação de casos de base territorial e capaz de disseminar educação em saúde acerca da problemática vivenciada (BRASIL, 2020).

Contexto do estudo

Nesta ótica, imersos na APS, os autores deste relato, enquanto Residentes Multiprofissionais em Atenção Básica/Saúde da Família e Comunidade, descrevem os impactos e os desdobramentos da COVID-19 vivenciados neste espaço. A priori, é importante salientar que o papel do residente, dentro de suas atribuições profissionais, deve atuar em conjunto com os demais pontos de atenção à saúde da RAS compreendendo os determinantes do processo saúde/doença, sintetizando saberes utilizados nos cuidados aos indivíduos e famílias. A integralidade e a longitudinalidade das ações, bem como as dimensões individual e coletiva, por meio da abordagem interdisciplinar, integral e intersetorial se articulam em ações com foco na prevenção e na promoção à saúde (GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE, 2014).

Com base no exposto, é impreterível destacar que atuar no contexto da pandemia da COVID-19 na APS tem sido complexo e por vezes desesperador. Na prática, as ações neste ponto de atenção foram interrompidas pelo MS passando a atender apenas casos de urgência e sintomáticos respiratórios sugestivos da COVID-19. Paralelo a isso, o MS destacou a necessidade de distanciamento de profissionais que enquadrassem como grupos de risco. Essa medida causou déficit de 60% dos profissionais de saúde da RAS. Além disso, tem ocorrido uma escassez de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) e Equipamentos de Proteção Coletiva (EPCs) que passaram a ser insuficientes diante da grande demanda e necessidades de saúde. Não o bastante, o pânico, o medo, o desespero e o lidar com uma gama de profissionais da saúde mortos ou acometidos pela doença, bem como a possibilidade de ser infectado e transmitir para familiares e pessoas próximas, tem causado impactos tanto físicos como psicológicos nos profissionais.

Entende-se que a responsabilidade dos profissionais e pesquisadores é pensar nos caminhos de mudança numa perspectiva ampliada de valorização da vida e combate a esta pandemia. É preciso assim, ressignificar condutas, atos e valores. Neste processo de mudança o saber e o fazer devem estar intimamente entrelaçados, a fim de possibilitar novos olhares e novos dispositivos de cuidado articulados para uma atenção integral às pessoas que vivenciam a pandemia.

CAPÍTULO 34

DIÁLOGOS ACERCA DO CUIDADO EM SAÚDE BUCAL POR MULHERES EM SITUAÇÃO DE RUA

Isaac Torres dos Santos
Fábio Solon Tajra
Regina Ferraz Mendes

Considerações iniciais

O entendimento acerca do conceito do cuidado em saúde não é único, tendo perspectivas que são ético-filosóficas, técnica-instrumentais e políticas. No entanto, há um conjunto de elementos básicos que se unem em volta do tema, garantindo uma noção geral de que cuidado pressupõe o reconhecimento das representações relacionadas aos sujeitos, apropriação de necessidades e demandas e, ainda, transformação no estilo de vida. Assim, a interpretação dos sujeitos sobre o processo saúde-adoecimento é de suma importância, pois, o conhecimento que possuem sobre si mesmos, sobre o adoecer e a saúde, favorece a (re)construção conjunta de sentidos que efetivamente contribuam para a melhoria da qualidade de vida e de saúde nos seus diversos aspectos. Desse modo, para além do saber-fazer puramente científico-tecnológico, o cuidado em saúde carece de uma contínua reconstrução de significados sobre saúde, doença, qualidade de vida e autonomia (BALLARIN; CARVALHO; FERIGATO, 2010; PEREIRA; BARROS; AUGUSTO, 2011; CARNUT, 2017).

Nesse cenário, o cuidado em saúde bucal é fator imprescindível, pois garante o desenvolvimento de práticas de promoção da saúde, prevenção de doenças bucais e extrabucais, assim como a busca por ações e serviços de saúde. Porém, as ações de cuidado em saúde bucal são complexas, uma vez que sofrem influência das percepções, valores, vivências e experiências de vida dos sujeitos (MELLO; MOYSÉS; CASTRO, 2009). Destaca-se que as desigualdades sociais e econômicas influenciam sobremaneira no autocuidado em saúde bucal e no uso dos serviços odontológicos por parte dos sujeitos (BALDANI *et al.*, 2010; FREIXINHO *et al.*, 2010).

Desse modo, a População em Situação de Rua (PSR) merece atenção, por ser um grupo social vulnerável, caracterizado por possuir pobreza extrema, falta de moradia convencional regular, fragilidade dos vínculos familiares, uso de álcool e outras drogas e problemas de saúde mental (BRASIL, 2009). No contexto do sistema de saúde, a PSR ocupa um espaço desfavorecido (HINO; SANTOS; ROSA, 2018), possuindo grandes demandas de saúde bucal, destacando-se a dor de dente, a necessidade de exodontias e de instalação de próteses dentárias (SILVEIRA; STANKE, 2008; AGUIAR; IRIART, 2012; SILVA; MONTEIRO; ARAÚJO, 2018). Além disso, o

efeito da saúde bucal na qualidade de vida das pessoas em situação de rua é superior ao da população brasileira em geral (LAWDER *et al.*, 2019).

No entanto, a realidade da situação de rua se torna mais crítica quando se reflete sobre a saúde da mulher em situação de rua, pela existência de problemas relacionados a gênero, tais como violências físicas e psicológicas, abuso sexual, doenças sexualmente transmissíveis e gravidez não planejada (BRASIL, 2012; BISCOTTO *et al.*, 2016).

Contexto do estudo

A situação de rua expõe mulheres a riscos e remete atenção e cuidados específicos por parte das equipes de saúde (BRASIL, 2012). Entretanto, as percepções sobre o cuidado também influenciam na construção de projetos individuais que efetivamente contribuam para a melhoria da qualidade de vida e de saúde (BALLARIN; CARVALHO; FERIGATO, 2010). Compreender as dimensões pessoais sobre esse conceito auxiliará profissionais da saúde bucal diante da realidade da saúde das mulheres em situação de rua. Assim, nosso objetivo foi compreender o cuidado em saúde bucal construído por mulheres em situação de rua em Teresina, Piauí, Brasil.

Para isso, realizamos um estudo qualitativo norteado pelo paradigma interpretativo, com mulheres em situação de rua em Teresina, capital do Estado do Piauí, mediante entrevistas individuais com roteiro semiestruturado, seguindo-se a proposta *Standards for Reporting Qualitative Research* (SRQR) (O'BRIEN *et al.*, 2014).

Incluimos mulheres maiores de 18 anos, cadastradas e acompanhadas por instituições de referência para a PSR e que aceitaram participar da pesquisa. Aquelas que possuíam deficiência auditiva, dificuldade de verbalização ou quaisquer condições que impossibilitassem o raciocínio e interação por meio do diálogo (avaliação realizada durante a abordagem das mulheres pelo pesquisador responsável e/ou em conversa com os serviços de psicologia dos locais) foram excluídas. Convidamos as mulheres a participar enquanto aguardavam atendimento no Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro POP), no Albergue Municipal “Casa do Caminho” e na Unidade Básica de Saúde (UBS) de referência da Equipe de Consultório da Rua (eCR). O recrutamento das participantes se deu por conveniência até a saturação teórica (FONTANELLA *et al.*, 2011), perfazendo um total treze mulheres. As entrevistas tiveram uma média de trinta minutos de duração, foram gravadas em áudio, transcritas e analisadas em blocos de três.

Dentre os procedimentos de análise de dados, adotamos o referencial teórico da hermenêutica de Gadamer (2015) associada às contribuições de Ricoeur (1976). Aqui, a análise e a interpretação das narrativas se deram em três fases: leitura inicial do texto, leitura crítica e apropriação (TERRA *et al.*, 2009). O paradigma interpretativo orientou a análise, uma vez que os pesquisadores estudaram as situações em seus cenários naturais, tentando entender os fenômenos em termos dos significados que as pessoas a eles conferem (DENZIN; LINCOLN, 2006). As unidades foram geradas indutivamente, sem utilização de *softwares*. Para garantir a credibilidade e fidedignidade da análise de dados, utilizamos a checagem por membros (PATIAS; HOENDORFF, 2019).

CAPÍTULO 35

ESTRATÉGIAS TERAPÊUTICAS NO CONTEXTO DA SAÚDE MENTAL EM SERVIÇO ESPECIALIZADO PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES NO SUS

*Helvis Eduardo Oliveira da Silva
Vinicius Alves de Alencar Oliveira
Bruna Pereira de Andrade
Maria Vitória Ribeiro da Silva
José Adelmo da Silva Filho
Antonio Germane Alves Pinto*

Considerações iniciais

A Reforma Psiquiátrica no Brasil representa um processo de mudanças significativas no cenário da assistência em saúde mental, cujo cuidado passou a ser centrado no paciente de forma holística e integral, desencadeando uma quebra no modelo manicomial. Com as novas políticas públicas de saúde mental abrangeu-se as várias modalidades de acesso ao sistema de saúde com a implementação de serviços com intuito de possibilitar um acesso mais rápido e igualitário a todos, intitulados de Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) (SANTOS; PESSOA JUNIOR; MIRANDA, 2018).

Nesse contexto, a RAPS abrange todo um complexo de serviços que perpassa os três níveis de atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). Dentro dessa rede está incluído o Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPSi) que tem o seu cuidado voltado a assistência e tratamento de crianças e adolescentes que possuem algum transtorno mental (CARVALHO; DUARTE; GLANZNER, 2020).

O CAPSi tem por finalidade promover cuidado tanto no âmbito individual como coletivo. Busca auxiliar na promoção da saúde da criança e do adolescente que adentram no serviço, como também trabalhar aspectos do desenvolvimento como a autonomia e socialização. Além disso, atrelado a esse processo é importante a participação efetiva dos familiares e cuidadores, visto que os serviços, por apresentarem um caráter transitório, se estendem também a quem esses pacientes se relacionam (RIBEIRO; MIRANDA, 2019).

A atenção à saúde ao público infanto-juvenil dentro dos dispositivos de saúde psicossocial deve ser embasada por princípios éticos que direcionam a forma como devem ser feitos os encontros nesses espaços. O ambiente deverá acima de tudo ser um lugar promotor de bem-estar e saúde, além de que o acolhimento precisa ser a porta de entrada para introduzir os pacientes com transtornos mentais e suas famílias

dentro desse cenário da saúde mental. Esse espaço deve ser, definitivamente, um condutor individualizado de reabilitação por meio das estratégias terapêuticas dos profissionais (TAÑO; MATSUKURA, 2014).

Com vistas a reforma psiquiátrica, as regressões de leitos nos hospitais psiquiátricos não acompanharam a implementação das vagas na rede substitutiva. Assim, há no sistema vulnerabilidades no que tange a acessibilidade e abrangência, o que reflete na situação da Estratégia Saúde da Família (ESF), a qual tem encontrado dificuldades para atuar frente ao número elevado de pacientes nas áreas de abrangência (BRAGA; FARINHA, 2018).

Nesse sentido, mesmo reconhecendo as fragilidades do sistema, vale ressaltar a importância dos serviços prestados, haja vista que esse modelo de atenção, logo após a Reforma Psiquiátrica, veio para repaginar as antigas atuações centradas em manicômios com uma assistência holisticamente errônea e novas maneiras de lidar com as doenças mentais.

As estratégias terapêuticas utilizadas repercutem nos pacientes positivamente, uma vez que se busca a interação social do sujeito em seu meio social e reinserção nos variados espaços da sociedade, o que fornece o aumento de autonomia por não depender de um único tipo de serviço (NASI; SCHNEIDER, 2011).

Contexto do estudo

A implementação de estratégias terapêuticas com a finalidade de promover a saúde mental de crianças e adolescentes é de primordial importância dentro dos dispositivos de atenção à saúde. Nessa perspectiva foram implementadas estratégias de cunho terapêutico dentro do CAPSi com a finalidade de trabalhar os aspectos do desenvolvimento da criança e adolescente com transtornos mentais.

O objetivo desse capítulo é relatar a experiência do uso de estratégias terapêuticas por acadêmicos de enfermagem durante estágio da disciplina de saúde mental em um centro de atenção psicossocial para crianças e adolescentes.

Trata-se de um estudo descritivo, baseado em um relato de experiência de acadêmicos de enfermagem da Universidade Regional do Cariri, sendo esta uma universidade estadual pública do interior do Ceará. A vivência ocorreu durante os estágios da disciplina de enfermagem no processo do cuidar em saúde mental em um Centro de Atenção Psicossocial Infante-Juvenil (CAPSi) de uma cidade da Região do Cariri cearense, em outubro de 2019.

Participaram desse momento 6 estudantes de enfermagem, que foram acompanhadas por um preceptor. Além disso, contou-se com a participação de um total de 10 pacientes que fazem tratamento no CAPSi, de idades que variavam entre 6 a 12 anos.

O registro das impressões do presente relato se deu através da organização do que foi observado na prática em um diário de campo, no qual foi descrito toda a experiência do estágio. O registro perpassou desde o início com o acolhimento das crianças e adolescentes até a última atividade desenvolvida no dispositivo, bem como a utilização de registros fotográficos. Esses dispositivos contribuíram eficazmente na análise dos resultados e posterior discursão com a literatura.

SOBRE OS AUTORES

Abigail Ada Barbosa da Silva

Fisioterapeuta pela Faculdade do Vale do Jaguaribe (FVJ). Residente Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família e Comunidade pela Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN). ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3244-9235>. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3204070143257383>. E-mail: abigailadabarbosa@gmail.com

Adélia Dalva da Silva Oliveira

Enfermeira. Mestre e Doutora em Políticas Públicas pela Universidade Federal do Piauí. Pós-Doutorado em Enfermagem Fundamental pela Universidade de São Paulo. Atualmente é Coordenadora do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família e do Curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário Uninovafapi. Enfermeira da Fundação Municipal de Saúde e Secretária do Estado de Saúde do Piauí. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8344-9820> Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0628062290412666> E-mail: adelia.oliveira@uninovafapi.edu.br

Adriana Madeira Alvares da Silva

Bióloga. Mestre em Genética pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Doutora em Ciências na área de Genética e Biologia molecular aplicada à Endocrinologia Clínica (UNIFESP). Pós-Doutora em Biologia Molecular em Câncer de Cabeça e Pescoço no Hospital Heliópolis. Professora Associada I da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Biotecnologia e RENORBIO da UFES. Coordenadora do projeto de implantação de práticas integrativas no SUS e criação do ambulatório de redução de estresse em Alegre-ES. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8078-0304>. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6445492335035108> E-mail: adriana.biomol@gmail.com

Adriana Sávia de Souza Araújo

Enfermeira. Mestre em Saúde da Família. Coordenadora da Regional de Saúde Leste da Fundação Municipal de Saúde, Piauí. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4857-3812>. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4615477484160676>. E-mail: adrianasavia@yahoo.com.br

Agnelo Pereira da Silva Junior

Psicólogo. Especialista em Saúde da Família e Comunidade pela Universidade Federal do Piauí (UFPI). ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3121-9972>. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7148350424421065>. E-mail: agnelopsjunior@gmail.com

Alice de Sousa Ventura

Acadêmica em Enfermagem pela Universidade Federal do Piauí (CAFS/UFPI). Membro do Grupo Interdisciplinar em Ciências da Saúde (GPICS). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4805-912X>. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3121017314535015>. E-mail: aliceventura07@hotmail.com

Aline Ribeiro Borçoi

Farmacêutica. Mestre em Farmacologia pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Doutora em Biotecnologia pela Universidade Federal do Espírito Santo/RENORBIO. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4594-9888>. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0558531160628107>. E-mail: alinearborcoi@gmail.com

Amanda Gabriela Araújo da Silva

Nutricionista. Especialista em Atenção Básica. Escola Multicampi de Ciências Médicas da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Residente Multiprofissional em Saúde Materno-Infantil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8743-4722> Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1178419445401490>. E-mail: ag.amandagabriela@gmail.com

Amanda Medeiros Pereira

Cirurgiã Dentista pela Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN). Residente Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família e Comunidade pela UERN. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2565-7810>. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3146801450729938>. E-mail: amandamedeiros.p@gmail.com

Ana Caroline Cipriano Brandão

Enfermeira. Coordenadora da Atenção Básica do município de Capitão Gervásio Oliveira- PI. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0456-4797>. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8737556000934492>. E-mail: ana.caroline05@hotmail.com

Ana Larissa Gomes Machado

Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí (UFPI). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7937-6996>. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2675670228746077>. E-mail: analarissa2001@yahoo.com.br

Ana Paula Cardoso Costa

Enfermeira. Mestranda em Enfermagem pela Universidade Federal do Piauí (UFPI). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1550-3685>. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5098775469376927>. E-mail: anapaulaccardoso@hotmail.com

Ana Patrícia de Carvalho Petillo Rodrigues

Fisioterapeuta. Especialista em Fisioterapia Neurofuncional na Criança e no Adolescente. Sócia-proprietária do Espaço Neurofuncional. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6087-1762>. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6997414063313110>. E-mail: anapetillorodrigues@gmail.com

Ana Roberta Vilarouca da Silva

Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí (UFPI), Campus Senador Helvídio Nunes de Barros. ORCID: <https://orcid.org/>

org/0000-0001-5087-4310. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2055830265534262>. E-mail: robertavilarouca@yahoo.com.br

Anaide Mary Barbosa Santos

Enfermeira. Mestre em Saúde da Família (UFPI). Especialista em Saúde da Família (UFPI). Enfermeira da Fundação Municipal de Saúde. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0008-2192>. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9121403031531591>. E-mail: xanaidemary@gmail.com

Andréia Rodrigues Moura Costa Valle

Enfermeira. Especialista em Saúde da Família pela Universidade Cruzeiro do Sul (UNICSUL). Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí (UFPI). Doutora em Ciências pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (USP). Professora Adjunto do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí (UFPI). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2706-0711> Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0626852185608920> Email: andreiarncvalle@hotmail.com

Angelina Monteiro Furtado

Enfermeira. Mestre em Cuidados Clínicos em Enfermagem. Docente do Curso de Graduação Bacharelado em Enfermagem da UFPI. Pesquisadora do GPICS. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5210-160X>. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4567844830460898>. E-mail: angelinamonteiro1@yahoo.com.br

Antonia Fabiana Rodrigues da Silva

Enfermeira. Mestre em Ciências e Saúde pela UFPI. Doutoranda em Enfermagem pela UFC. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2851-2767>. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7689926833661594>. E-mail: fabienfer@hotmail.com

Antônia Sylca de Jesus Sousa

Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem pela UFPI. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da UFPI. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0604-2132>. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2192079243413957>. E-mail: sylcasousa88@hotmail.com

Antonio Germane Alves Pinto

Enfermeiro. Doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Regional do Cariri (URCA). Líder do Grupo de Pesquisa Clínica, Cuidado e Gestão em Saúde (GPCLIN/CNPq). ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-4897-1178>. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5229474868285400>. E-mail: germanepinto@hotmail.com

Bárbara Risse-Quaioto

Licenciada em Ciências Biológicas pela Universidade São Camilo, Bacharel em Ciências Biológicas pelo Instituto Federal do Espírito Santo (IFES), Mestranda em

Biociencia pela UFES. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3062-7619>. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7948833367111238>. E-mail: barbararissequaioto@gmail.com

Benevina Maria Vilar Teixeira Nunes

Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN/UFRJ). Docente do curso de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPI. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8233-815X>. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0801086282976630>. E-mail: benevina@ufpi.edu.br

Brenda Natally Santana Batista

Bacharel em Enfermagem da Universidade Estadual do Maranhão, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7718-4907>. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7355586996560682>. E-mail: brendaabatistaa.14@hotmail.com

Bruna Pereira de Andrade

Acadêmica de Enfermagem pela URCA. ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-9133-1547>. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1379167505550936>. E-mail: brunaan-drade888@gmail.com

Cacilda Castelo Branco Lima

Cirurgiã-dentista. Doutora em Odontologia pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Docente do Departamento de Patologia e Clínica Odontologia e do Programa de Pós-Graduação em Odontologia da UFPI. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2977-6035>. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7453539953679188>. E-mail: cacildacb@hotmail.com

Carla Barbosa Brandão

Psiquiatra. Mestranda em Saúde Coletiva pela UECE. Especialista em Terapia Cognitivo Comportamental (UNICHRISTUS). Membro do Grupo de Pesquisa Vida e Trabalho (UECE). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6608-488X>. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5079852877535254>. E-mail: carla.barbosa@aluno.uece.br

Carla Valéria Martins Rodrigues

Fisioterapeuta. Terapeuta Complementar e Integrativa. Doutora em Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS) pelo Departamento de Engenharia Metalúrgica e de Biomateriais pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (COPPE/UFRJ). Pós-doutorado pela COPPE/UFRJ e pela Universidade de Calgary, Canadá. Especialista em Regulação em Saúde Suplementar – Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0525-4363>. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2083686476256645>. E-mail: carlavaléria.rodrigues@gmail.com

Carmen Viana Ramos

Enfermeira. Doutora em Saúde da Criança e da Mulher. Docente da Uninovafapi. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3378-0149>. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2390712324887635>. E-mail: nutricarmen2@yahoo.com.br

Caroline da Silva Sousa

Enfermeira. Docente do Curso Técnico em Enfermagem do Cento Educacional Dinâmico. Membro do GPICS. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7555-0160>. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3316149580830061>. E-mail: carolinesousa10@hotmail.com

Chrystiany Plácido de Brito Vieira

Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela UFPI. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da UFPI e do Programa de Pós-Graduação Profissional em Saúde da Família (RENASF/FIOCRUZ/UFPI). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3429-3329>. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2891753723732588>. E-mail: chrystiany@ufpi.edu.br

Cidianna Emanuely Melo do Nascimento

Enfermeira. Mestre em Antropologia pela UFPI. Doutoranda em Saúde Coletiva pela UECE. Bolsista (FUNCAP). Membro do Grupo de Pesquisa Vida e Trabalho (UECE). ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5477-4413>. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2435707924510627>. E-mail: cidianna.melo@aluno.uece.br

Claudete Ferreira de Souza Monteiro

Enfermeira. Mestre e Doutora em Enfermagem pela EEAN/UFRJ. Especialista em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz. Atualmente é Coordenadora do Programa de Pós-Graduação Profissional em Saúde da Família (RENASF/FIOCRUZ/UFPI). Professora Aposentada da UFPI com atuação voluntária no Programa de pós-Graduação em Enfermagem da UFPI. Líder do Grupo de Estudos Sobre Enfermagem, Violência e Saúde Mental (GEEVSM/CNPq). Bolsista Produtividade em Pesquisa CNPq, desde 2015. ORCID <https://orcid.org/0000-0003-0902-3340>. Currículo lattes: <http://lattes.cnpq.br/4276567857553527>. E-mail: claudetefmonteiro@ufpi.edu.br

Claudia da Paz Pinheiro

Cirurgiã-dentista. Mestre em Saúde da Família pelo Programa de Pós-Graduação Profissional em Saúde da Família (RENASF/FIOCRUZ/UFPI). Cirurgiã-dentista da Fundação Municipal de Saúde de Teresina. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6514-0803>. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2491849630538437>. E-mail: claudiapaz2004@hotmail.com

Cleidiane Vieira Soares Cabral

Enfermeira. Mestranda em Enfermagem da UFPI. Enfermeira da Secretaria Municipal da Saúde de Itaueira. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7261-6205>. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0049927083687791>. E-mail: clei_2soares@hotmail.com

Cynthia Roberta Dias Torres Silva

Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela UFPI. Docente da graduação em Enfermagem do Instituto Federal de Pernambuco (IFPE). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3331-2719>. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4138422258971732>. E-mail: cynthiarobertatorres@gmail.com

Daniel Tácito da Silva Rodrigues

Acadêmico de Enfermagem pela UFPI. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1366-4423>. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8631231058309344>. E-mail: dantacito96@gmail.com

Daniele Knopp Ribeiro

Enfermeira. Mestranda de Enfermagem na Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7302-2601>. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5293919552742647>. E-mail: daniele.knopp@gmail.com

Débora Lumena da Silva

Nutricionista pela UFES. Nutricionista no Hospital Padre Máximo, Venda Nova do Imigrante-ES. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2713-7512>. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8555245877839907>. E-mail: deboralumena@gmail.com

Denise Barbosa de Castro Friedrich

Enfermeira. Doutora em Saúde Coletiva. Docente Permanente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFJF. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3321-1707>. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6335733755856473>. denisefriedrichenf@gmail.com

Denise Sayuri Calheiros da Silveira

Bióloga. Mestre e Doutora em Ciências pela USP. Professora do Instituto Federal do Espírito Santo (IFES). Pesquisadora do Grupo de Estudos e Pesquisa em Oncologia (GEPONC/CNPq). ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1609-2731>. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4867428196001611>. E-mail: sayuri_denise@yahoo.com.br

Denival Nascimento Vieira Júnior

Graduando em Enfermagem pela UFPI. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8813-0472>. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4913415259543179>. E-mail: denival.junior.dj@gmail.com

Diêgo Afonso Cardoso Macêdo de Sousa

Enfermeiro. Mestre em Gestão em Saúde. Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual do Piauí (UESPI). ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6573-9648>. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9328212054279325>. E-mail: diegoacms@hotmail.com

Diego Henrique Brilhante de Medeiros

Médico. Docente da Escola Multicampi de Ciências Médicas (EMCM/UFRN). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5401-5772>. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7031599035085056>. E-mail: diegobrilhante@gmail.com

Edildete Sene Pacheco

Enfermeira. Residente em Saúde da Família. Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis-PI. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5329-8037>. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/406093712100581>. E-mail: edildete_sene@hotmail.com

Éllen Cristina da Costa Leite Sousa

Graduanda em Enfermagem pela UFPI. Voluntária do MORHAN. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2561-065X>. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6979522234592807>. Email: ellenleite@hotmail.com

Eliana Zandonade

Estatística. Doutora em Estatística pela Universidade de São Paulo (USP). Professora Titular do Departamento de Estatística e do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da UFES. Pesquisadora do GEPONC/CNPq. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5160-3280>. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0983533134908583>. E-mail: elianazandonade@uol.com.br

Emiliana Bomfim

Enfermeira. Mestre pela USP. Doutoranda pela Universidade de Saskatchewan, Canadá. Pesquisadora Associada na Faculdade de Medicina da Universidade de Saskatchewan, Canadá. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7759-8459>. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5366819645634383>. E-mail: e.bomfim@usask.ca

Erisonval Saraiva da Silva

Enfermeiro. Mestre em Saúde e Comunidade. Docente da Universidade Federal do Piauí. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0286-9124>. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3743826641873945>. E-mail: erisonval@gmail.com

Ester Ribeiro Cunha

Licenciada em Ciências Biológicas pela UFES. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4935-5104>. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9295135674113967>. E-mail: estersm2@gmail.com

Fábio Solon Tajra

Cirurgião-dentista. Doutor em Saúde Coletiva pela UFC. Docente do Departamento de Medicina Comunitária e do Programa de Pós-Graduação em Odontologia da UFPI. Docente do Programa de Pós-Graduação Profissional em Saúde da Família RENASF/FIOCRUZ/UFPI. Docente do Mestrado Profissional em Saúde da Família PROFSAUDE/FIOCRUZ/UFPI, Coordenador da plataforma de Políticas Públicas do Centro de Inteligência em Agravos Tropicais Emergentes e Negligenciados

(CIATEN). ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7236-5541>. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1556885629243172>. E-mail: fstajra@hotmail.com

Fernando José Guedes da Silva Júnior

Enfermeiro. Especialista em Saúde da Família pela Faculdade Integrada da Grande Fortaleza (FGF). Mestre e Doutor em Enfermagem pela UFPI. Pós-Doutor em Enfermagem pela Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Ciências e Saúde da UFPI. Vice-Coordenador do Programa de Pós-Graduação Profissional em Saúde da Família (RENASF/FIOCRUZ/UFPI). ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5731-632X> Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0174608319919866> Email: fernandoguedes@ufpi.edu.br

Flávia Alves da Silva

Psicóloga pela Universidade Potiguar (UnP). Residente Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família e Comunidade pela UERN. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7079-8172>. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7138564720934256>. E-mail: flaviaalves1510@gmail.com

Flávia Vitorino Freitas

Nutricionista. Mestra em Ciência de Alimentos pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Doutora em Biotecnologia pela UFES/RENORBIO. Professora Adjunto do Departamento de Farmácia e Nutrição da UFES. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3722-9987>. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0564698519017379>. E-mail: flavorino@gmail.com

Francimar Sousa Marques

Enfermeiro. Residente em Multiprofissional em Urgência/Trauma. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6267-4559>. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4216364859727431>. E-mail: francimarmarques78@gmail.com

Francisca Leonísia Barros

Enfermeira. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3638-1138>. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0692497977499183>. E-mail: leonisia19@hotmail.com

Francisca Tereza de Galiza

Enfermeira. Doutora em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde pela UECE. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da UFPI. Professora do Programa de Pós-Graduação Profissional em Saúde da Família (RENASF/FIOCRUZ/UFPI). ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5217-7180>. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7047494976970489>. E-mail: terezagaliza@yahoo.com.br

Francisco de Assis Viana dos Santos

Acadêmico em Enfermagem pela UFPI. Membro do GPICS. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3047-260X>. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9942646727972901>. E-mail: assisantosf9@gmail.com

Francisco José de Araújo Filho

Enfermeiro pela UFPI. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4203-7720>. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7970852908090299>. E-mail: araujofrancisco.2009@gmail.com

Francisco José Maia Pinto

Matemático e Estatístico. Pós-Doutorado em Saúde Pública. Professor da UECE. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4705-1513>. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2041419651556773>. E-mail: maiapinto@yahoo.com.br

Geisa dos Santos Luz

Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande (FURG). Pós-Doutorado em Saúde Pública pela FURG. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3342-3320>. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5678785916481593>. E-mail: geisasluz@gmail.com

Georgina Bomfim

Advogada. Terapeuta integrativa. Mestre em Direito Público pela Universidade Federal de Alagoas (UFAL). Graduada em Psicologia. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6509-1589>. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0151914644000742>. E-mail: georginabomfim1@gmail.com

Geovana Brandão Santana Almeida

Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFJF. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3865-9727>. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7445035393794425>. E-mail: geovanabrandao@yahoo.com.br

Giovanna Vitória Aragão de Almeida Santos

Graduada em Enfermagem pela UFPI. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7499-2749>. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5131129234675861>. E-mail: giovanna-vitoriasantos@gmail.com

Helba Martins Alves

Enfermeira. Membro do GPICS. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1347-8308>. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4250647447833634>. E-mail: helbamartins@hotmail.com

Helvis Eduardo Oliveira da Silva

Acadêmico de Enfermagem pela URCA. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5152-5024>. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6910340752705670>. E-mail: helviseduardo@gmail.com

Herla Maria Furtado Jorge

Enfermeira. Doutora em Tocoginecologia. Docente do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPI. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9706-5369>. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8383158890967807>. E-mail: herlafurtado@ufpi.br

Iara Regina Silva

Graduanda de Enfermagem pela UFPI. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9203-750X>. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8816244912566066>. E-mail: iararegina020@gmail.com

Igho Leonardo do Nascimento Carvalho

Enfermeiro. Doutor em Saúde Coletiva. Docente da UFPI. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3165-9484>. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7332100372709510>. E-mail: igho_leonardo@yahoo.com.br

Isaac Torres dos Santos

Cirurgião-dentista. Mestre em Odontologia pela UFPI. Residente em Saúde da Família e Comunidade pela UESPI. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6055-8300>. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6816337256050066>. E-mail: isaac_atwa@hotmail.com

Israel Coutinho Sampaio Lima

Enfermeiro. Doutorando em Saúde Coletiva (UECE). Mestre em Saúde da Família (UNESA). Membro do Grupo de Pesquisa Vida e Trabalho (UECE). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1929-6142>. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8173031944132763>. E-mail: israel.coutinho@aluno.uece.br

Ivana Alece Arantes Moreno

Bióloga. Mestre e Doutoranda em Biotecnologia pela UFES. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3407-4019>. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4011255253507606>. E-mail: ivanaarantesm@gmail.com

Jaqueline Carvalho e Silva Sales

Enfermeira. Especialista em Saúde da Família. Mestre e Doutora em Enfermagem pela UFPI. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Ciências e Saúde da UFPI. Professora do Programa de Pós-Graduação Profissional em Saúde da Família (RENASF/FIOCRUZ/UFPI). ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7657-5829>. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7516931521540612>. Email: jaquelinecarvalho@ufpi.edu.br

Jardeliny Corrêa da Penha

Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Curso de Graduação Bacharelado em Enfermagem da UFPI. Pesquisadora do GPICS. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5956-9072>. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4176449635531761>. E-mail: jardelinypenha@yahoo.com.br

Jayne Ramos Araújo Moura

Enfermeira. Mestre em Ciência e Saúde. Enfermeira da Secretaria Municipal de Saúde de Natal-RN. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7311-7782>. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1871626771916240>. E-mail: jayneramoura@gmail.com

Joelma Maria Costa

Enfermeira. Mestre em Ciências e Saúde pela UFPI. Doutoranda em Enfermagem pela UFPI. Enfermeira da Fundação Municipal de Saúde. Voluntária do MORHAN. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2899-9533>. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4724723826118278>. Email: joelmamariacosta@gmail.com

Jonas Alves Cardoso

Enfermeiro. Mestre em Enfermagem pela UFPI. Enfermeiro do Hospital Local Marcolino Barbosa Ribeiro (HLMBR) e Hospital Regional Materno-Infantil de Imperatriz (HRMI). Docente em curso de Bacharelado em Enfermagem e Técnico em Enfermagem. Voluntário do MORHAN. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5568-2024>. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0427269216312380>. E-mail: jonasalves@pi.senac.br

José Adelmo da Silva Filho

Enfermeiro. Mestrando em Enfermagem pela URCA. Especialista em Saúde Mental Coletiva pela Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE). ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-0261-2014>. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1552856323459590>. E-mail: adelmof12@gmail.com

José de Ribamar Ross

Enfermeiro. Mestre em Enfermagem. Professor da Universidade Estadual do Maranhão (UFMA). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9362-8651>. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7184902150909953>. E-mail: enfross@hotmail.com

José Edmilson Silva Gomes

Fisioterapeuta. Mestrando em Saúde Coletiva (UECE). Residência em Saúde da Família e Comunidade (ESP-CE). Membro do Grupo de Pesquisa Vida e Trabalho (UECE). ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0688-2254>. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4882286529458599>. E-mail: edmilson.gomes@aluno.uece.br

José Jackson Coelho Sampaio

Psiquiatra. Doutor em Medicina Preventiva (USP). Professor Titular do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Membro do Grupo de Pesquisa Vida e Trabalho e do

Laboratório de Humanização da Atenção em Saúde (UECE). ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4364-524X>. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6966614632156784>. E-mail: jose.sampaio@uece.br

Juliana Dalbó

Bacharel em Biomedicina com ênfase em Análises Clínicas. Complementação pedagógica em Ciências Biológicas. Especialista em Gestão de Saúde Pública e Meio Ambiente. Doutora em Biotecnologia em saúde pela RENORBIO/UFES. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5088-5466>. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5541873853795280>. E-mail: julianadalbo@hotmail.com

Juliana Holanda Fontes

Acadêmica de Enfermagem pela UFPI. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0193-1221>. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9853677842160574>. E-mail: juliny97@hotmail.com

Kalidia Felipe de Lima Costa

Enfermeira. Doutora em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde (UECE). Professora Adjunto do Departamento de Enfermagem da UERN. Membro do Grupo de Pesquisa Atenção à Saúde do Adulto e do Idoso (UERN). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5392-3576>. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7892686578385569>. E-mail: kalidiafelipe@uern.br

Karine Rafaela de Moura

Enfermeira pela UESPI. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7409-747X>. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3943507526370763>. E-mail: k.r.moura@hotmail.com

Kelyva Fernanda Almeida Lago Lopes

Mestre em Saúde da Família. Professora da Universidade Estadual do Maranhão, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6320-3492>. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6692402519822550>. E-mail: kelyva-fernanda@hotmail.com

Khelyane Mesquita de Carvalho

Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela UFPI. Docente do Curso de Enfermagem do Colégio Técnico de Teresina (CTT) da UFPI. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4270-3890>. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3803143158962612>. E-mail: khelyanemc@gmail.com

Larissa Alves de Araújo Lima

Enfermeira. Especialista em Enfermagem Psiquiátrica. Mestre e Doutoranda em Enfermagem pela UFPI. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8590-9824>. Currículo lattes: <http://buscatextual.cnpq.br/buscatextual/visualizacv.do?id=K4304826T6>. E-mail: larissaalves_@hotmail.com

Larissa Dell’Antonio Pereira

Enfermeira. Especialista em Saúde Pública com Ênfase em Saúde da Família. Mestre em Saúde Coletiva pela UFES. Doutoranda em Saúde Coletiva pela UFES. Coordenadora Estadual do Registro de Câncer de Base Populacional da Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Espírito Santo (SESA). Membro do GEAPONC/CNPq. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5084-2829>. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7471454027993709>. E-mail: lissadellantonio@gmail.com

Leonardo Magela Lopes Matoso

Enfermeiro. Especialista em Saúde e Segurança no Trabalho pela Faculdade de Enfermagem Nova Esperança (FACENE). Especialista em Acupuntura pela Associação Brasileira de Acupuntura (ABA). Residente Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família e Comunidade pela UERN. Mestre Interdisciplinar em Cognição, Tecnologias e Instituições pela Universidade Federal Rural do Semiárido (UFERSA). Discente de Jornalismo pela UERN. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5978-4549>. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2525968153754172>. E-mail: leonardo.l.matoso@gmail.com

Lia Maristela da Silva Jacob

Enfermeira. Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Docente da Escola Multicampi de Ciências Médicas (EMCM/UFRN). Docente da UERN. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4168-4333>. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6108519374402561>. E-mail: liamaristela@gmail.com

Lívia Augusta César da Silva Pereira

Enfermeira. Especialista em Gestão em Saúde (UFPI). Especialista em Saúde da Família (IBPEX). Mestre em Saúde da Família (RENASF/FIOCRUZ/UFPI). Enfermeira da Estratégia Saúde da Família em José de Freitas-PI e Plantonista da Unidade de Pronto Atendimento em Timon_MA. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1691-1955> Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9300965261610958>. E-mail: lacsperreira@gmail.com

Lívia Carvalho Pereira

Enfermeira. Mestre em Enfermagem (UFPI). Doutoranda em Saúde da Criança e da Mulher (FIOCRUZ). Professora do Departamento de Enfermagem da UFPI. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2324-107X>. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1601278723819340>. E-mail: liviacarvalho@ufpi.edu.br

Lívia Maria Nunes de Almeida

Enfermeira. Mestre em Bioengenharia. Docente do Curso de Enfermagem da UFPI. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5857-4635>. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0456036163024367>. E-mail: liviaalmeida24@hotmail.com

Lorena Sousa Soares

Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela UFPI. Professora do Curso de Medicina e da Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família da Universidade Federal do Delta do Parnaíba (UFDPAr). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0050-3957>. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7063793680090109>. E-mail: lorenacacaux@hotmail.com

Lorena Uchôa Portela Veloso

Enfermeira. Mestre e Doutora em Enfermagem pela UFPI. Docente do Curso de Enfermagem da UESPI. Enfermeira da Estratégia Saúde da Família da Fundação Municipal de Saúde de Teresina. ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-8062-3624>. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4588959423490299> E-mail: lorenaupveloso@gmail.com

Louise Cândido Souza

Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela UFJF. Superintendência Regional de Saúde de Juiz de Fora-MG. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9299-7351>. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3842079619927823>. E-mail: louiscandidosouza@yahoo.com.br

Luana Ruth Braga Campos

Enfermeira. Mestranda em Enfermagem pela UFPI. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6993-8644>. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3658322305765586>. E-mail: lu_anaruth@hotmail.com

Lucas da Costa Florindo

Enfermeiro. Especialista em Auditoria em Contas Médicas e Hospitalares. Especialista em Docência do Ensino Superior. Enfermeiro da Prefeitura de Lagoa de São Francisco-PI. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9803-5911>. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4676911904456525>. E-mail: lucascflorindo@gmail.com

Luís Carlos Lopes Júnior

Enfermeiro. Especialista em Oncologia pela Universidade de São Paulo (USP) e Especialista em Gestão em Saúde pela UNIFESP. Mestre e Doutor em Ciências pela USP. Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da UFES. Líder do Grupo de Estudos e Pesquisa em Oncologia – GEPONC/CNPq. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2424-6510> Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5919501773501977>. E-mail: lopesjr.lc@gmail.com

Luisa Helena de Oliveira Lima

Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela UFC. Docente da UFPI. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4119-0491>. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4744798845266990>. E-mail: luisa17lima@gmail.com

Luiz Cláudio Barreto Silva Neto

Nutricionista pela UFES. Membro do Núcleo de Pesquisa em Segurança Alimentar e Nutricional (NUPESAN). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8352-447X>. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5983945129060773>. E-mail: luizbarretosn@gmail.com

Marcelo Melo Silva

Enfermeiro. Bolsista do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora, Especialista em Saúde da Família e Comunidade. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3145-1923>. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5443328727365834>. E-mail: marceloms7@gmail.com

Márcio Cristiano de Melo

Enfermeiro. Doutor em Saúde Coletiva-Epidemiologia (UNICAMP). Docente do Curso de Medicina da Faculdade São Leopoldo Mandic de Araras-SP. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9840-0309>. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2678262485703985>. E-mail: enf.marciomelo@gmail.com

Marcoeli Silva de Moura

Cirurgiã-dentista. Doutora em Odontopediatria pela Universidade Estadual Paulista (UNESP). Docente do Departamento de Patologia e Clínica Odontologia e do Programa de Pós-Graduação em Odontologia da UFPI. Docente do Programa de Pós-Graduação Profissional em Saúde da Família (RENASF/FIOCRUZ/UFPI). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9044-9025>. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7625368662982549>. E-mail: marcoeli@ufpi.edu.br

Marcos Vitor Silva Rocha

Graduando em Enfermagem pela UFPI. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7463-3826>. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0156264917388509>. E-mail: marcosvitorsr1@gmail.com

Maria Adelane Monteiro da Silva

Enfermeira. Mestre e Doutora em Enfermagem. Doutorado Sanduíche pela Escola Superior de Enfermagem da Cidade do Porto. Pós-Doutorado pela UFC/CAPES. Professora Adjunto do Departamento de Enfermagem da UVA. Professora do Mestrado Profissional em Saúde da Família (RENASF/FIOCRUZ/UVA) e do Mestrado Acadêmico em Saúde da Família (UFC). Líder do Grupo de Pesquisa e Estudos em Vulnerabilidade e Saúde (GEVS/CNPq). ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7579-2645>. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7385143792598274>. E-mail: adelane-monteiro@hotmail.com

Maria do Livramento Fortes Figueiredo

Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela EEAN/UFRJ. Docente da Graduação em Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPI. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4938-2807>. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5422852108051773>. E-mail: liff@ufpi.edu.br

Maria Helena Costa Amorim

Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela EEAN/UFRJ. Professora Titular Visitante da Escola Paulista de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo (UFESP). Pesquisadora do GEAPONC/CNPq. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4252-7092>. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2520838143870302>. E-mail: mhcamorimap@gmail.com

Maria Lúcia Duarte Pereira

Enfermeira. Mestre e Doutora em Enfermagem pela USP. Pós-Doutorado em Psicologia Social pela Johannes Kepler Universität, Linz-Áustria. Professora Adjunta da UECE. Bolsista Produtividade em Pesquisa do CNPq, Nível 2. Coordena do Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde da UECE. Líder do Grupo de Pesquisa Clínica e Epidemiologia das Doenças Infecciosas e Parasitárias (CEDIP/CNPq). ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0079-5248>. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1204949768401883>. E-mail: luciad029@gmail.com

Maria Tereza Ramos Bahia

Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Professora Adjunto II do Curso de Enfermagem da UFJF. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6254-114X>. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8548857948016508>. E-mail: mariatrbahia@gmail.com

Maria Vitória Ribeiro da Silva

Acadêmica de Enfermagem pela URCA. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4376-0486>. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8458674049134812>. E-mail: vitorial234@hotmail.com

Marianna Junger de Oliveira Garozi

Nutricionista. Mestra em Ciências e Tecnologia de Alimentos pela UFES. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9246-6486>. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9489377605834139>. E-mail: nutricionista.marianna.junger@gmail.com

Mayara Nascimento de Vasconcelos

Enfermeira. Especialista em Gestão em Saúde pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Mestre em Saúde da Família pela UFC. Doutoranda pelo Programa de Pós-Graduação em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde da UECE. Membro do GEVS/CNPq. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8731-3215>. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3942160877593215>. E-mail: mayaravasconcelos92@hotmail.com

Mayrla Karen Rodrigues Mesquita

Acadêmica de Enfermagem pela UFPI. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9286-3043>. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7488632078880715>. E-mail: mayrla_karen@hotmail.com

Michelle Santos Macêdo

Enfermeira. Especialista em Saúde Pública pela UFPI. Enfermeira da Secretaria Municipal de Saúde de Campo Maior-PI e da Secretaria de Saúde do Piauí (SESAPI). Voluntária do MORHAN. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5676-928X>. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5208766728570304>. E-mail: michelleenf@hotmail.com

Moanna Martins Barros

Enfermeira pela Universidade Estadual do Maranhão (UEMA). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9468-6343>. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0216462440113013>. E-mail: m.martins1392@gmail.com

Naiany Lima Rocha

Enfermeira. Mestre em Saúde da Família (RENASF/FIOCRUZ/UFPI). Enfermeira da Secretaria Municipal de Saúde de Monsenhor Hipólito-PI. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4075-5331>. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9796496668949219>. E-mail: naiany.rocha@hotmail.com

Natália Pereira Marinelli

Enfermeira. Mestre em Engenharia Biomédica. Professora do CTT da UFPI. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4696-3518>. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3570896520857850>. E-mail: nataliamarinelli@ufpi.edu.br

Olivia Dias de Araújo

Enfermeira. Especialista em Saúde Pública (UFPI). Especialista em Docência Superior (UFPI). Mestre e Doutora em Enfermagem pela UFPI. Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comunidade da UFPI. Professora do Programa de Pós-Graduação Profissional em Saúde da Família (RENASF/FIOCRUZ/UFPI). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9974-4338> Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7599144174676345> Email: oliviaeinf@ufpi.edu.br

Paola Cerbino Doblás

Licenciada em Ciências Biológicas pela UFES. Mestranda em Biotecnologia pela UFES. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5450-9158>. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4830901683783673>. E-mail: paoladoblas@gmail.com

Pâmela Pereira Lima

Enfermeira pela UFPI. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2286-9888>. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4186690059219897>. E-mail: pamela.lima98@hotmail.com

Pedro Vitor Mendes Santos

Enfermeiro. Residente em Enfermagem Obstétrica pela UEMA. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2249-1440>. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6682476027056946>. E-mail: pedrovitormendes2@hotmail.com

Polyanna Maria Oliveira Martins

Enfermeira. Mestranda no Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comunidade da UFPI. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8742-4601>. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7501555221184624>. E-mail: martinspoly@hotmail.com

Priscilla Ingrid Gomes Miranda

Acadêmica de Enfermagem pela UFPI. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8948-7158>. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6932477622439167>. E-mail: scllm@icloud.com

Rafael Tavares Brito

Bacharel e Licenciado em Letras Português-Francês pela UFRJ. Especialista em Metodologias Ativas de Aprendizagem pela Faculdade Unyleya. Professor da Escola Americana do Rio de Janeiro (EARJ) e do Liceu Franco-Brasileiro. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1959-2101>. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1731382719313832>. E-mail: rafaelt.brito@gmail.com

Raphael Manhães Pessanha

Graduando em Enfermagem e Obstetrícia pela UFES. Membro do GEPONC/CNPq. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6893-0755>. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3367606535343341>. E-mail: rafa.09pessanha@gmail.com

Regina Ferraz Mendes

Cirurgiã-dentista. Doutora em Dentística pela Faculdade de Odontologia de Bauru (USP). Professora Titular do Departamento de Odontologia Restauradora e do Programa de Pós-Graduação em Odontologia da UFPI. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9216-0786>. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4484482295856917>. E-mail: regina@ufpi.edu.br

Renata Bérigami Domingos Jacinto

Nutricionista pela UFES. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6777-6012>. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0936290343027321>. E-mail: renata.bergami@hotmail.com

Ricardo Ghelman

Médico. Especialista em Pediatria (UERJ). Especialista em Onco-hematologia infantil (UNICAMP). Especialista em Medicina Antroposófica (ABMA e UNIFESP). Mestre em Anatomia pela Universidade de São Paulo (USP). Doutor em Medicina (UNIFESP). Pós-Doutorado pelo Programa de Neurociências pelo Departamento de Neurologia (UNIFESP). Coordenador da Unidade de Pediatria Integrativa do Departamento de Pediatria da USP. Presidente do Consórcio Acadêmico Brasileiro de Saúde Integrativa em colaboração com a OPAS/OMS (2018-2020). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6700-6488>. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5480026125504558>. E-mail: ric.ghelman@gmail.com

Roberto Wagner Júnior Freire de Freitas

Enfermeiro. Doutor em Enfermagem. Vice-coordenador geral do Programa de Pós-Graduação Profissional em Saúde da Família (RENASF/FIOCRUZ). ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9295-1177>. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6831739238509460>. E mail: robertowjff@gmail.com

Ruth Cardoso Rocha

Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem pela UFPI. Docente do Curso de Enfermagem da UFPI. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6702-6844>. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4807640563544714>. E-mail: ruthbioenf@hotmail.com

Samila Gomes Ribeiro

Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela UFC. Professora Adjunto da UFC. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4775-5852>. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5689303369662725>. E-mail: samilagomesribeiro@gmail.com

Sayane Daniela Santos Lima

Enfermeira. Secretaria Municipal da Saúde de Floriano, Piauí. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1024-3896>. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7820500874008089>. E-mail: sayanedan@hotmail.com

Sara Isabel Pimentel de Carvalho Schuab

Graduanda em Enfermagem e Obstetrícia pela UFES. Membro do GEPONC/CNPq. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8372-325X>. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4847886860958146>. E-mail: sarapimentel2009@hotmail.com

Suzanny Oliveira Mendes

Bióloga. Mestre e Doutora em Biotecnologia pela UFES. Pós-Doutorado em Biotecnologia pela UFES. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8660-5139>. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5613486906366786>. E-mail: suzannymendes@gmail.com

Tamires dos Santos Vieira

Nutricionista. Mestre em Ciência e Tecnologia de Alimentos pela UFES. Doutoranda em Biotecnologia em Saúde pela UFES. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3899-3664>. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9014510901567961>. E-mail: tamires-vieiraalim@gmail.com

Tassia Fraga Bastos

Cirurgiã-Dentista. Doutora em Saúde Coletiva-Epidemiologia pela Unicamp. Docente do curso de Medicina da Faculdade São Leopoldo Mandic de Araras e Campinas-SP. ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-0043-9649>. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3139277808534330>. E-mail: tassiafraga@yahoo.com.br

Telma Maria Evangelista de Araújo

Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela EEAN/UFRJ. Professora Associado IV do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da UFPI. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5628-9577>. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5217316563176711>. E-mail: telmaevangelista@ufpi.edu.br

Thereza Maria Magalhães Moreira

Enfermeira. Advogada. Mestre e Doutora em Enfermagem pela UFC. Pós-Doutorado em Saúde Pública pela USP. Professora Associada do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde da UECE. Líder do Grupo de Pesquisa Epidemiologia, Cuidado em Cronicidade e Enfermagem (GRUPECCE/CNPq). Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq, Nível 1A. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1424-0649>. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2074959434257100>. E-mail: tmmoreira@gmail.com

Victor Hugo Alves Mascarenhas

Enfermeiro. Enfermeiro Obstetra pelo Programa de Residência em Área Profissional da Saúde – Enfermagem Obstétrica da UFPI. Mestrando em Enfermagem pela USP. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2176-1514>. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9465091822923918>. Email: victor.hugo.sama@gmail.com

Vinicius Alves de Alencar Oliveira

Acadêmico de Enfermagem pela URCA. ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-5602-0623>. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9611322640585437>. E-mail: Vinicius.enfoliveira@urca.br

Wagner Miranda Barbosa

Nutricionista. Mestre em Ciências de Alimentos pela UFMG. Doutor em Biotecnologia. Professor do Departamento de Farmácia e Nutrição da UFES. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8712-983X>. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9237633153069911>. E-mail: wagmiranda@gmail.com

ÍNDICE REMISSIVO

A

Adolescentes 11, 14, 59, 61, 65, 152, 158, 168, 174, 204, 207, 208, 321, 322, 323, 324, 325, 326, 327, 328, 329, 330, 331, 332, 333, 391, 418, 473, 474, 475, 476, 479, 481, 482, 483

Agente comunitário de saúde 265, 365, 366, 376, 400, 403, 404, 405, 410, 414, 451

Autocuidado 11, 13, 100, 263, 266, 268, 269, 274, 276, 278, 279, 280, 299, 300, 301, 302, 303, 304, 305, 307, 308, 309, 399, 401, 425, 426, 427, 428, 429, 430, 431, 432, 433, 435, 460, 461, 462, 467, 468, 470

Auxiliares de enfermagem 253, 254, 255, 256, 257, 258, 259, 314

B

Biossegurança 10, 251, 252, 253, 254, 255, 256, 257, 258, 259, 260, 261, 263, 451

C

Cadernos de saúde pública 66, 143, 188, 189, 207, 208, 419, 457, 470, 471

Câncer 81, 82, 83, 84, 86, 87, 89, 92, 93, 95, 116, 119, 120, 121, 125, 126, 200, 223, 226, 283, 284, 286, 287, 288, 289, 290, 291, 293, 294, 295, 296, 297, 465, 483, 496

Causa de morte 82, 199, 283, 284

Coberturas vacinais 408, 410, 411, 413, 414, 415, 416, 417, 418, 419, 420, 423

Coleta de dados 147, 148, 191, 213, 227, 246, 253, 265, 266, 275, 287, 289, 302, 323, 351, 365, 381, 395, 409, 421

Comitê de ética 131, 148, 165, 179, 191, 200, 213, 226, 239, 254, 266, 276, 304, 312, 324, 350, 365, 381, 395, 409, 436

Comunidade 15, 20, 23, 24, 42, 51, 61, 62, 63, 64, 69, 93, 102, 121, 122, 136, 137, 197, 264, 265, 269, 343, 344, 355, 364, 366, 367, 368, 372, 375, 397, 398, 401, 414, 415, 416, 417, 427, 428, 430, 431, 435, 446, 447, 448, 449, 451, 468, 483, 484, 490, 491, 493, 495, 496, 499, 501, 502

Conselho nacional de saúde 33, 34, 46, 114, 239, 277, 307, 313, 319, 324,

365, 375, 409, 419

Consumo de álcool 11, 201, 203, 204, 208, 209, 321, 322, 324, 325, 326, 327, 328, 329, 330, 331, 332

Covid-19 13, 34, 445, 446, 447, 448, 449, 450, 451, 452, 453, 454, 455, 456, 457, 458, 459

Cuidado 10, 14, 21, 22, 27, 28, 30, 35, 37, 38, 39, 40, 49, 50, 52, 53, 54, 56, 57, 62, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 83, 86, 91, 95, 98, 100, 106, 111, 112, 113, 114, 117, 120, 121, 122, 130, 139, 140, 166, 167, 177, 196, 244, 245, 249, 263, 264, 265, 270, 271, 273, 274, 281, 285, 286, 293, 295, 300, 304, 307, 318, 344, 345, 355, 358, 359, 370, 373, 374, 376, 380, 386, 388, 391, 392, 393, 394, 397, 399, 400, 403, 407, 413, 416, 418, 422, 426, 428, 431, 433, 434, 435, 444, 446, 447, 451, 455, 459, 460, 461, 462, 464, 466, 467, 468, 469, 470, 471, 473, 474, 477, 479, 481, 486, 505

D

Deficiência de vitamina D 227, 228, 229, 230, 231

Departamento de enfermagem 158, 485, 486, 488, 491, 492, 493, 494, 496, 497, 498, 499, 501, 504

Desenvolvimento 8, 23, 26, 30, 43, 44, 54, 59, 60, 62, 63, 64, 68, 71, 81, 82, 98, 102, 103, 111, 112, 113, 114, 116, 117, 118, 121, 139, 146, 154, 155, 163, 172, 177, 183, 187, 188, 197, 208, 220, 224, 232, 238, 244, 247, 249, 250, 264, 270, 271, 283, 284, 285, 287, 299, 300, 301, 319, 339, 342, 345, 349, 356, 368, 379, 380, 381, 392, 394, 398, 400, 403, 416, 425, 438, 449, 453, 455, 459, 469, 474, 475, 478, 479

Detentos 9, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 161, 162, 163, 165, 166, 167, 168, 169, 170, 171, 172, 173

Diagnóstico 34, 63, 83, 86, 87, 94, 100, 101, 102, 104, 107, 130, 136, 137, 138, 140, 142, 145, 146, 151, 157, 162, 164, 171, 184, 191, 192, 194, 196, 197, 233, 252, 265, 270, 275, 285, 286, 287, 293, 295, 374, 394, 426, 429, 430, 452

Doenças 8, 36, 37, 38, 57, 63, 68, 70, 71, 73, 74, 75, 81, 86, 95, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 113, 116, 117, 118, 119, 120, 130, 132, 141, 146, 158, 159, 161, 162, 175, 184, 192, 197, 198, 199, 204, 208, 216, 218, 221, 225, 226, 227, 232, 238, 242, 243, 252, 270, 271, 283, 295, 297, 309, 310, 313, 314, 315, 316, 318, 321, 322, 355, 394, 398, 407, 408, 414, 416, 420, 430, 438, 445, 459, 460, 466, 474, 500

E

Educação em saúde 61, 63, 65, 66, 146, 155, 159, 170, 171, 172, 190, 195,
274, 275, 279, 280, 281, 283, 300, 304, 305, 307, 308, 338, 343, 344,
345, 346, 347, 349, 355, 383, 402, 412, 418, 425, 427, 429, 436, 446,
451, 468

Enfermagem 10, 11, 13, 39, 57, 72, 77, 78, 84, 95, 116, 131, 132, 142, 143,
147, 158, 159, 164, 175, 187, 189, 237, 238, 239, 240, 241, 242, 244,
245, 246, 248, 249, 250, 251, 252, 253, 254, 255, 256, 257, 258, 259,
260, 261, 263, 265, 270, 272, 273, 281, 302, 309, 310, 311, 312, 313,
314, 315, 318, 319, 320, 333, 338, 339, 346, 347, 349, 366, 390, 391,
392, 393, 404, 405, 406, 407, 408, 409, 410, 411, 412, 413, 415, 418,
421, 422, 426, 427, 429, 433, 435, 436, 444, 445, 448, 451, 452, 469,
470, 473, 475, 477, 479, 483, 484, 485, 486, 487, 488, 489, 490, 491,
492, 493, 494, 495, 496, 497, 498, 499, 500, 501, 502, 503, 504, 505

Excesso de peso 199, 200, 201, 202, 203, 204, 205, 206, 208, 209, 211, 215,
216, 219, 221, 226, 229, 230, 231

F

Fatores de risco 63, 74, 81, 158, 178, 199, 207, 208, 270, 276, 278, 279, 285,
287, 327, 328, 331, 360

G

Gestantes com HIV 8, 129, 130, 131, 132, 134, 135, 136, 137, 139

H

Hanseníase 10, 13, 263, 264, 265, 267, 268, 269, 270, 271, 272, 273, 403,
425, 426, 427, 428, 429, 430, 431, 432, 433, 436

HIV/AIDS 81, 129, 130, 136, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 145, 146, 147,
148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 162, 163,
164, 165, 166, 170, 171, 172, 175, 197

Hospital 36, 49, 78, 86, 87, 88, 121, 125, 126, 142, 261, 272, 289, 294, 310,
311, 312, 315, 320, 381, 384, 385, 386, 387, 388, 390, 392, 397, 444,
483, 489, 494

Humanização 12, 36, 37, 51, 100, 130, 141, 177, 187, 188, 341, 343, 344,
345, 347, 379, 380, 381, 384, 385, 386, 391, 392, 495

I

IBGE 63, 66, 67, 78, 131, 142, 199, 200, 202, 203, 205, 208, 211, 212, 218,

220, 223, 230, 235, 288, 297, 299, 307, 330, 331, 360, 365, 368, 375, 384, 391, 395, 405, 409, 421

Idade 63, 67, 69, 70, 73, 82, 87, 147, 148, 162, 164, 165, 167, 179, 180, 189, 190, 204, 214, 225, 227, 228, 251, 255, 265, 267, 275, 279, 280, 281, 284, 292, 301, 308, 313, 314, 315, 319, 323, 324, 326, 327, 328, 329, 332, 349, 351, 353, 355, 356, 357, 360, 382, 384, 390, 393, 395, 396, 397, 398, 410, 439

Idoso 7, 67, 68, 69, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 79, 264, 268, 269, 270, 271, 300, 301, 302, 303, 304, 306, 307, 308, 394, 395, 396, 397, 398, 399, 400, 401, 402, 403, 404, 405, 496

Idoso com ferida crônica 7, 67, 69, 72, 73, 75, 76

Instituto nacional de câncer 82, 83, 93, 223, 284, 296

Intervenções 18, 22, 38, 63, 138, 150, 178, 187, 270, 275, 276, 277, 279, 280, 288, 301, 302, 303, 304, 305, 306, 307, 316, 357, 373, 380, 386, 407, 417, 435, 454, 465, 468

M

Ministério da saúde 20, 23, 24, 32, 37, 40, 41, 45, 46, 50, 51, 55, 56, 61, 65, 77, 83, 93, 94, 95, 99, 107, 115, 116, 129, 130, 131, 132, 136, 141, 142, 152, 157, 173, 174, 177, 187, 188, 190, 197, 205, 207, 222, 234, 239, 248, 260, 271, 281, 286, 288, 289, 296, 307, 319, 331, 355, 359, 374, 375, 376, 379, 403, 404, 410, 419, 420, 426, 431, 434, 437, 442, 443, 446, 456, 469

N

Necessidades de saúde 34, 36, 37, 43, 106, 270, 364, 367, 371, 379, 395, 403, 447, 456

Nutricional 9, 10, 27, 75, 82, 182, 183, 199, 200, 205, 207, 208, 211, 212, 213, 214, 216, 217, 221, 222, 224, 225, 226, 228, 283, 498

O

Obesidade 10, 60, 199, 200, 201, 202, 204, 206, 207, 208, 211, 218, 225, 226, 229, 231, 232, 233, 438, 439, 445

Oncologia 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 94, 95, 117, 121, 261, 285, 286, 288, 290, 293, 294, 295, 296, 489, 498

Organização mundial da saúde 47, 81, 97, 106, 114, 116, 190, 194, 251, 272, 283, 309, 321, 332, 377, 434, 446

P

- Pacientes 35, 49, 71, 72, 83, 84, 87, 97, 98, 99, 102, 103, 104, 105, 106, 108, 111, 122, 123, 184, 185, 201, 226, 227, 252, 255, 257, 258, 259, 260, 267, 269, 270, 278, 281, 285, 286, 288, 295, 310, 368, 427, 428, 430, 436, 437, 438, 439, 440, 473, 474, 475, 476, 477, 479
- Parto 12, 130, 134, 135, 137, 139, 141, 153, 177, 178, 179, 187, 189, 191, 192, 194, 195, 379, 380, 381, 382, 383, 384, 385, 386, 387, 388, 390, 391, 392, 393
- Pele não melanoma 82, 284, 290
- Pessoas com doenças raras 8, 97, 98, 99, 100, 102, 103, 104, 106, 107
- Política nacional de atenção à saúde 364, 375
- Política nacional de saúde 52, 56, 69, 74, 77, 157, 300, 350, 359, 364, 393
- Políticas públicas de saúde 23, 50, 54, 102, 115, 138, 143, 271, 373, 473
- População 17, 20, 22, 23, 27, 29, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 51, 52, 60, 66, 67, 68, 69, 70, 73, 75, 78, 81, 88, 97, 99, 103, 105, 106, 111, 115, 129, 131, 135, 138, 142, 145, 146, 147, 155, 157, 158, 159, 162, 169, 170, 171, 174, 177, 182, 190, 191, 192, 199, 200, 201, 203, 205, 206, 207, 208, 213, 216, 217, 218, 221, 222, 224, 225, 226, 227, 228, 229, 230, 231, 242, 263, 264, 265, 271, 273, 283, 287, 288, 292, 293, 299, 300, 302, 306, 311, 322, 327, 330, 344, 345, 350, 355, 357, 358, 363, 365, 367, 368, 369, 370, 371, 372, 373, 374, 382, 391, 393, 394, 395, 401, 407, 408, 409, 411, 412, 413, 414, 415, 416, 417, 418, 419, 434, 436, 437, 440, 442, 444, 446, 447, 449, 454, 455, 456, 460, 461, 463, 464, 466, 467, 469, 470, 473, 478
- Práticas integrativas e complementares 8, 13, 111, 115, 116, 125, 126, 433, 434, 435, 442, 443, 444, 450
- Pré-natal 9, 130, 137, 139, 141, 177, 178, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 188, 191, 192, 194, 355, 368, 385, 386, 391, 393, 411
- Preservativo masculino 9, 147, 154, 155, 161, 163, 164, 166, 167, 168, 169, 170, 171, 173, 174, 175
- Prevenção 9, 11, 12, 27, 30, 37, 59, 60, 61, 62, 63, 68, 70, 71, 75, 83, 86, 92, 94, 95, 100, 104, 107, 118, 130, 137, 138, 139, 141, 142, 143, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 159, 161, 162, 163, 165, 168, 170, 171, 172, 174, 175, 178, 187, 190, 195, 196, 197, 199, 205, 206, 224, 226, 232, 233, 252, 265, 273, 274, 275, 276, 278, 280, 281, 282, 283, 286, 287, 288, 296, 309, 313, 316, 322, 327, 328, 330, 343, 349, 350, 359, 364, 383, 386, 390, 394, 399, 401, 402,

- 418, 425, 426, 430, 431, 433, 434, 435, 447, 449, 454, 455, 459, 466
- Profissionais de enfermagem 10, 57, 72, 237, 238, 239, 240, 242, 246, 249, 251, 252, 253, 254, 255, 256, 257, 258, 259, 260, 261, 313, 320, 390, 391, 409, 410
- Profissionais de saúde 18, 49, 62, 63, 64, 72, 73, 78, 103, 111, 112, 114, 115, 117, 121, 122, 123, 139, 150, 155, 156, 167, 171, 172, 243, 249, 252, 261, 278, 281, 286, 295, 337, 343, 344, 345, 346, 359, 383, 386, 403, 408, 411, 416, 418, 419, 426, 428, 429, 431, 435, 447, 449, 452, 456, 468, 469
- Programa saúde na escola 7, 11, 38, 59, 62, 65, 66, 321, 322, 418
- Promoção da saúde 28, 35, 59, 60, 61, 63, 64, 65, 66, 74, 100, 130, 141, 145, 150, 155, 158, 163, 170, 171, 172, 188, 232, 274, 305, 306, 307, 322, 338, 346, 347, 349, 350, 355, 357, 358, 360, 368, 369, 374, 394, 396, 399, 402, 426, 433, 435, 444, 459, 470, 474, 477

Q

- Qualidade de vida 60, 62, 63, 68, 70, 72, 74, 99, 100, 101, 102, 104, 112, 117, 120, 121, 122, 126, 136, 139, 226, 264, 265, 269, 270, 273, 299, 300, 304, 305, 310, 312, 344, 349, 356, 395, 397, 399, 400, 402, 403, 406, 425, 426, 427, 429, 439, 440, 445, 453, 459, 460, 462, 463, 464, 468, 470

R

- Relações sexuais 152, 153, 154, 161, 162, 164, 166, 169
- Revista brasileira de enfermagem 143, 272, 346, 347, 391, 392, 421, 470

S

- Sala de vacina 238, 239, 240, 241, 242, 244, 245, 246, 247, 248, 250, 409, 410, 411, 412, 413, 415
- Saúde bucal 14, 60, 350, 351, 353, 354, 355, 357, 358, 359, 360, 361, 453, 459, 460, 462, 463, 464, 465, 466, 468, 469, 470, 471
- Saúde coletiva 4, 12, 16, 17, 18, 23, 24, 25, 26, 45, 46, 47, 55, 57, 66, 79, 108, 109, 114, 116, 141, 143, 157, 159, 173, 174, 175, 188, 199, 208, 209, 222, 224, 238, 243, 251, 261, 264, 295, 296, 332, 337, 338, 343, 345, 346, 349, 361, 376, 377, 391, 398, 403, 405, 421, 422, 425, 426, 437, 443, 457, 471, 486, 487, 488, 489, 490, 491, 493, 494, 495, 496, 499, 504

- Saúde da família 12, 13, 15, 35, 37, 38, 41, 42, 52, 55, 56, 62, 63, 66, 69, 95, 102, 244, 250, 253, 254, 255, 256, 257, 258, 259, 260, 261, 265, 271, 274, 275, 282, 300, 301, 307, 308, 309, 347, 349, 350, 363, 364, 365, 366, 374, 375, 376, 393, 403, 405, 407, 408, 409, 410, 413, 418, 422, 427, 431, 436, 442, 446, 447, 448, 450, 474, 481, 483, 484, 485, 488, 490, 491, 492, 493, 494, 495, 496, 497, 498, 499, 500, 501, 503
- Saúde mental 7, 12, 14, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 116, 117, 363, 364, 365, 366, 367, 368, 369, 370, 371, 372, 373, 374, 375, 376, 377, 379, 450, 454, 460, 469, 473, 474, 475, 477, 479, 480, 481, 488, 495
- Secretaria municipal de saúde 206, 213, 222, 459, 490, 494, 501
- Segurança alimentar e nutricional 212, 213, 217, 221, 222, 224, 498
- Sistema único de saúde 3, 4, 7, 8, 12, 13, 15, 19, 24, 26, 27, 30, 33, 44, 46, 47, 53, 56, 59, 64, 70, 81, 83, 86, 87, 88, 92, 93, 94, 95, 97, 99, 101, 111, 127, 138, 141, 166, 177, 180, 181, 182, 183, 184, 194, 227, 288, 296, 300, 337, 350, 359, 363, 369, 391, 403, 406, 408, 422, 426, 434, 437, 442, 443, 446, 456, 467, 473, 476, 478, 480, 481

T

- Tuberculose 10, 81, 157, 158, 161, 251, 252, 253, 254, 255, 256, 257, 259, 260, 261, 263, 321, 436

V

- Vacinação 102, 184, 185, 187, 237, 238, 243, 245, 247, 248, 249, 250, 350, 407, 408, 409, 410, 411, 412, 413, 414, 415, 416, 417, 418, 419, 420, 421, 422, 425
- Vida 9, 21, 27, 28, 34, 38, 40, 60, 62, 63, 67, 68, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 82, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 104, 112, 117, 118, 120, 121, 122, 126, 136, 139, 147, 148, 164, 165, 171, 178, 199, 200, 204, 205, 206, 208, 212, 225, 226, 227, 228, 229, 230, 231, 233, 235, 263, 264, 265, 266, 267, 268, 269, 270, 273, 274, 285, 295, 299, 300, 304, 305, 310, 312, 327, 343, 344, 345, 349, 355, 356, 379, 386, 388, 394, 395, 396, 397, 398, 399, 400, 402, 403, 406, 414, 416, 425, 426, 427, 428, 429, 439, 440, 445, 447, 451, 453, 454, 456, 459, 460, 462, 463, 464, 465, 466, 468, 470, 477, 487, 488, 494, 495
- Vigilância 27, 30, 35, 36, 139, 140, 141, 142, 157, 174, 185, 189, 196, 197, 198, 222, 248, 260, 271, 286, 288, 296, 297, 319, 359, 423, 430, 431
- Vitamina D 10, 200, 225, 226, 227, 228, 229, 230, 231, 232, 233, 234

SOBRE O LIVRO

Tiragem: 1000

Formato: 16 x 23 cm

Mancha: 12,3 X 19,3 cm

Tipologia: Times New Roman 11,5/12/16/18

Arial 7,5/8/9

Papel: Pólen 80 g (miolo)

Royal Supremo 250 g (capa)