

Thiago Teixeira Pereira  
Luis Henrique Almeida Castro  
Silvia Aparecida Oesterreich  
(Organizadores)



# Ciências da Saúde: Campo Promissor em Pesquisa 3

**Thiago Teixeira Pereira  
Luis Henrique Almeida Castro  
Silvia Aparecida Oesterreich  
(Organizadores)**



# **Ciências da Saúde: Campo Promissor em Pesquisa 3**

**Atena**  
Editora  
Ano 2020

2020 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do Texto © 2020 Os autores

Copyright da Edição © 2020 Atena Editora

**Editora Chefe:** Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

**Diagramação:** Natália Sandrini

**Edição de Arte:** Lorena Prestes

**Revisão:** Os Autores



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição *Creative Commons*. Atribuição 4.0 Internacional (CC BY 4.0).

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

### **Conselho Editorial**

#### **Ciências Humanas e Sociais Aplicadas**

Profª Drª Adriana Demite Stephani – Universidade Federal do Tocantins  
Prof. Dr. Álvaro Augusto de Borba Barreto – Universidade Federal de Pelotas  
Prof. Dr. Alexandre Jose Schumacher – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso  
Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná  
Prof. Dr. Antonio Gasparetto Júnior – Instituto Federal do Sudeste de Minas Gerais  
Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília  
Prof. Dr. Carlos Antonio de Souza Moraes – Universidade Federal Fluminense  
Prof. Dr. Constantino Ribeiro de Oliveira Junior – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
Profª Drª Cristina Gaio – Universidade de Lisboa  
Profª Drª Denise Rocha – Universidade Federal do Ceará  
Prof. Dr. Deyvison de Lima Oliveira – Universidade Federal de Rondônia  
Prof. Dr. Edvaldo Antunes de Farias – Universidade Estácio de Sá  
Prof. Dr. Eloi Martins Senhora – Universidade Federal de Roraima  
Prof. Dr. Fabiano Tadeu Grazioli – Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões  
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná  
Profª Drª Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionele delle Figlie di Maria Ausiliatrice  
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense  
Profª Drª Keyla Christina Almeida Portela – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso  
Profª Drª Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins  
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte  
Prof. Dr. Marcelo Pereira da Silva – Universidade Federal do Maranhão  
Profª Drª Miranilde Oliveira Neves – Instituto de Educação, Ciência e Tecnologia do Pará  
Profª Drª Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
Profª Drª Rita de Cássia da Silva Oliveira – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
Profª Drª Sandra Regina Gardacho Pietrobon – Universidade Estadual do Centro-Oeste  
Profª Drª Sheila Marta Carregosa Rocha – Universidade do Estado da Bahia  
Prof. Dr. Rui Maia Diamantino – Universidade Salvador  
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará  
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande  
Prof. Dr. William Cleber Domingues Silva – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro  
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

#### **Ciências Agrárias e Multidisciplinar**

Prof. Dr. Alexandre Igor Azevedo Pereira – Instituto Federal Goiano  
Prof. Dr. Antonio Pasqualetto – Pontifícia Universidade Católica de Goiás  
Profª Drª Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná

Profª Drª Diocléa Almeida Seabra Silva – Universidade Federal Rural da Amazônia  
Prof. Dr. Écio Souza Diniz – Universidade Federal de Viçosa  
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul  
Prof. Dr. Fágner Cavalcante Patrocínio dos Santos – Universidade Federal do Ceará  
Profª Drª Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia  
Prof. Dr. Júlio César Ribeiro – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro  
Profª Drª Lina Raquel Santos Araújo – Universidade Estadual do Ceará  
Prof. Dr. Pedro Manuel Villa – Universidade Federal de Viçosa  
Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão  
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará  
Profª Drª Talita de Santos Matos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro  
Prof. Dr. Tiago da Silva Teófilo – Universidade Federal Rural do Semi-Árido  
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas

### **Ciências Biológicas e da Saúde**

Prof. Dr. André Ribeiro da Silva – Universidade de Brasília  
Profª Drª Anelise Levay Murari – Universidade Federal de Pelotas  
Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás  
Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri  
Profª Drª Eleuza Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília  
Profª Drª Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina  
Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia  
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria  
Prof. Dr. Igor Luiz Vieira de Lima Santos – Universidade Federal de Campina Grande  
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará  
Profª Drª Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande  
Profª Drª Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma  
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federaci do Rio Grande do Norte  
Prof. Dr. Paulo Inada – Universidade Estadual de Maringá  
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande

### **Ciências Exatas e da Terra e Engenharias**

Prof. Dr. Adélio Alcino Sampaio Castro Machado – Universidade do Porto  
Prof. Dr. Alexandre Leite dos Santos Silva – Universidade Federal do Piauí  
Prof. Dr. Carlos Eduardo Sanches de Andrade – Universidade Federal de Goiás  
Profª Drª Carmen Lúcia Voigt – Universidade Norte do Paraná  
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná  
Prof. Dr. Fabrício Menezes Ramos – Instituto Federal do Pará  
Prof. Dr. Juliano Carlo Rufino de Freitas – Universidade Federal de Campina Grande  
Prof. Dr. Marcelo Marques – Universidade Estadual de Maringá  
Profª Drª Neiva Maria de Almeida – Universidade Federal da Paraíba  
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte  
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista

### **Conselho Técnico Científico**

Prof. Msc. Abrãao Carvalho Nogueira – Universidade Federal do Espírito Santo  
Prof. Msc. Adalberto Zorzo – Centro Estadual de Educação Tecnológica Paula Souza  
Prof. Dr. Adailson Wagner Sousa de Vasconcelos – Ordem dos Advogados do Brasil/Seccional Paraíba  
Prof. Msc. André Flávio Gonçalves Silva – Universidade Federal do Maranhão  
Profª Drª Andreza Lopes – Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento Acadêmico  
Profª Msc. Bianca Camargo Martins – UniCesumar  
Prof. Msc. Carlos Antônio dos Santos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro  
Prof. Msc. Cláudia de Araújo Marques – Faculdade de Música do Espírito Santo  
Prof. Msc. Daniel da Silva Miranda – Universidade Federal do Pará  
Profª Msc. Dayane de Melo Barros – Universidade Federal de Pernambuco

Prof. Dr. Edwaldo Costa – Marinha do Brasil  
 Prof. Msc. Eliel Constantino da Silva – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita  
 Prof. Msc. Gevair Campos – Instituto Mineiro de Agropecuária  
 Prof. Msc. Guilherme Renato Gomes – Universidade Norte do Paraná  
 Prof<sup>a</sup> Msc. Jaqueline Oliveira Rezende – Universidade Federal de Uberlândia  
 Prof. Msc. José Messias Ribeiro Júnior – Instituto Federal de Educação Tecnológica de Pernambuco  
 Prof. Msc. Leonardo Tullio – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
 Prof<sup>a</sup> Msc. Lilian Coelho de Freitas – Instituto Federal do Pará  
 Prof<sup>a</sup> Msc. Liliani Aparecida Sereno Fontes de Medeiros – Consórcio CEDERJ  
 Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Lívia do Carmo Silva – Universidade Federal de Goiás  
 Prof. Msc. Luis Henrique Almeida Castro – Universidade Federal da Grande Dourados  
 Prof. Msc. Luan Vinicius Bernardelli – Universidade Estadual de Maringá  
 Prof. Msc. Rafael Henrique Silva – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados  
 Prof<sup>a</sup> Msc. Renata Luciane Polsaque Young Blood – UniSecal  
 Prof<sup>a</sup> Msc. Solange Aparecida de Souza Monteiro – Instituto Federal de São Paulo  
 Prof. Dr. Welleson Feitosa Gazel – Universidade Paulista

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)  
 (eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)**

C569 Ciências da saúde campo promissor em pesquisa 3 [recurso eletrônico] / Organizadores Thiago Teixeira Pereira, Luis Henrique Almeida Castro, Silvia Aparecida Oesterreich. – Ponta Grossa, PR: Atena Editora, 2020.

Formato: PDF  
 Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader  
 Modo de acesso: World Wide Web  
 Inclui bibliografia  
 ISBN 978-85-7247-974-5  
 DOI 10.22533/at.ed.745200302

1. Ciências da saúde – Pesquisa – Brasil. 2. Saúde – Brasil. I. Pereira, Thiago Teixeira. II. Castro, Luis Henrique Almeida. III. Oesterreich, Silvia Aparecida.

CDD 362.1

**Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422**

Atena Editora  
 Ponta Grossa – Paraná - Brasil  
[www.atenaeditora.com.br](http://www.atenaeditora.com.br)  
 contato@atenaeditora.com.br

## APRESENTAÇÃO

A obra “Ciências da Saúde: Campo Promissor em Pesquisa” apresenta um panorama dos recentes estudos tecnocientíficos realizados na área da saúde por profissionais, acadêmicos e professores no Brasil. Seu conteúdo, disponibilizado neste e-book, aborda temas contemporâneos e multitemáticos apresentando um compêndio conceitual no intuito de embasar futuras pesquisas. Trata-se de um compilado de cento e cinco artigos de variadas metodologias: revisões de literatura, estudos primários, estudos-piloto, estudos populacionais e epidemiológicos, ensaios clínicos, relatos de experiência, dentre várias outras.

De modo a orientar e guiar a leitura do texto, a obra está dividida em quatro volumes: o primeiro destaca questões relacionadas à profilaxia de forma geral, apresentando possíveis tratamentos de cunho farmacológico e não farmacológico; o segundo abarca estudos focados nas afecções patológicas humanas abordando suas origens, incidências, ocorrências, causas e inferências ao indivíduo e à coletividade; o terceiro tem seu cerne nas políticas públicas, ações educacionais e ações comunitárias, buscando teorizar possíveis ações necessárias para a melhora do bem-estar e da qualidade de vida das populações; e, por fim, o quarto volume engloba trabalhos e produções no eixo temático da inter e da multidisciplinaridade discorrendo sobre como esta conjuntura pode impactar a prática clínica e da pesquisa no âmbito das ciências da saúde.

Apesar de diversos em sua abordagem, o conteúdo deste livro retrata de forma fidedigna o recente cenário científico editorial: dentre os países que compõe a Comunidade de Países de Língua de Portuguesa, o Brasil liderou em 2018, a exemplo, o ranking de maior número de produções indexadas nas bases de dados Scopus, Web of Science e MEDLINE. Tal, além de colocar a ciência brasileira em posição de destaque, vem reforçar ainda mais a área da saúde como um campo promissor em pesquisa. Desta forma, enquanto organizadores, esperamos que esta obra possa contribuir no direcionamento da investigação acadêmica de modo a inspirar a realização de novos estudos fornecendo bases teóricas compatíveis com a relevância da comunidade brasileira para a ciência na área da saúde.

Thiago Teixeira Pereira  
Luis Henrique Almeida Castro  
Silvia Aparecida Oesterreich

## SUMÁRIO

<b>CAPÍTULO 1</b> .....	<b>1</b>
A ESCUTA PSICANALÍTICA DE MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA COMO AÇÃO PREVENTIVA AO FEMINICÍDIO E PARA A ORIENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS	
Marcella Pereira de Oliveira Léia Prizskulnik	
<b>DOI 10.22533/at.ed.7452003021</b>	
<b>CAPÍTULO 2</b> .....	<b>14</b>
A PARTICIPAÇÃO POPULAR NA CONSTRUÇÃO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE UMA ANÁLISE DAS PAUTAS E AÇÕES DO CONSELHO MUNICIPAL DE BOA VISTA/RR NOS ANOS DE 2017 E 2018	
Juliana Cristina Sousa da Silva Elemar Kleber Favreto Cristiane do Nascimento Brandão	
<b>DOI 10.22533/at.ed.7452003022</b>	
<b>CAPÍTULO 3</b> .....	<b>33</b>
AÇÃO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE SOBRE O TRACOMA NO MUNICÍPIO DE MORENO-PE: RELATO DE EXPERIÊNCIA	
Maria Beatriz Araujo da Silva Cintia Michele Gondim de Brito Celina Vieira Ferraz Isis Catharine de Melo Souza Thays de Melo Bezerra Pâmela Campos Marinho Larissa de Albuquerque Cordeiro Nathalia Machado Barbosa Silva Caio César Alves Victor	
<b>DOI 10.22533/at.ed.7452003023</b>	
<b>CAPÍTULO 4</b> .....	<b>40</b>
AÇÕES EM SAÚDE NA COMUNIDADE RIBEIRINHA – UM ENFOQUE DO MÉDICO NA ATENÇÃO BÁSICA	
Clara Loreine Andrade Rodrigues Débora Marchetti Chaves Thomaz Alice Bizerra Reis Iasmin Mayumi Enokida Patrícia Cristina Vicente Rayssa de Sousa Matos da Costa	
<b>DOI 10.22533/at.ed.7452003024</b>	
<b>CAPÍTULO 5</b> .....	<b>46</b>
ACREDITAÇÃO HOSPITALAR: PANORAMA DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM	
Leonardo Londero Orsolin Vanderleia Teles Ferreira Fernanda Stock da Silva	
<b>DOI 10.22533/at.ed.7452003025</b>	

**CAPÍTULO 6 ..... 55**

ADVOCACIA EM SAÚDE À MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA POR PROFISSIONAIS DA ENFERMAGEM ATUANTES EM UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Cristiane Lopes Amarijo  
Aline Belletti Figueira  
Camila Daiane Silva  
Daniele Ferreira Acosta

**DOI 10.22533/at.ed.7452003026**

**CAPÍTULO 7 ..... 66**

ALTERNATIVAS METODOLÓGICAS PARA FORMAÇÃO CONTINUADA COM ÊNFASE NAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES (PICs) NUMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

João Paulo Alves de Albuquerque  
Maria Lusía de Moraes Belo Bezerra  
Solma Lucia Solto Maior de Araujo Baltar  
Cícera Lopes dos Santos  
Aruska Kelly Gondin Magalhães

**DOI 10.22533/at.ed.7452003027**

**CAPÍTULO 8 ..... 80**

APLICAÇÃO DA ESCALA DE CONNERS EM CRIANÇAS ATENDIDAS EM UM AMBULATÓRIO DE BAIXO RENDIMENTO ACADÊMICO

Laura Beatriz de Mello Baldovino  
Lucas Erotildes de Souza  
Alexandra Bernardelli de Paula  
Elaine Bernachie de Lima  
Ellen Judith de Castro Delefrati  
Felipe Carpenedo  
Maíra Yamaguchi  
Rafael Corio Gabas  
Suzane Missako Ueda  
Ana Caroline Comin  
Lucas Jagnow Guerra  
Marcos Antonio da Silva Cristovam

**DOI 10.22533/at.ed.7452003028**

**CAPÍTULO 9 ..... 90**

APLICAÇÃO DA LISTA DE SINTOMAS PEDIÁTRICOS EM ESCOLARES COM BAIXO RENDIMENTO ACADÊMICO

Maria Sílvia Jordan  
Lucas Erotildes de Souza  
Adrielly Aparecida Garcia  
Luísa Manfredin Vila  
Lorena Meleiro Lopes  
Heitor Rocha de Oliveira  
Giórgia Padilha Fontanella  
Gabriela Sotana Rodrigues  
Júlia Natsumi Hashimoto  
Vinícius Vedana  
Karina da Silva Arnold  
Marcos Antonio da Silva Cristovam

**DOI 10.22533/at.ed.7452003029**

<b>CAPÍTULO 10</b> .....	<b>101</b>
AS CONTRIBUIÇÕES DE UM PROJETO DE EXTENSÃO VOLTADOS AOS UNIVERSITÁRIOS – AS EXPERIÊNCIAS NO GAPAC	
Débora Maria Biesek Giseli Monteiro Gagliotto	
<b>DOI 10.22533/at.ed.74520030210</b>	
<b>CAPÍTULO 11</b> .....	<b>110</b>
ATENÇÃO À OBESIDADE - DA PESQUISA À EXTENSÃO: A ATUAÇÃO DE UMA EQUIPE INTERPROFISSIONAL EM SAÚDE	
Allan Cezar Faria Araújo Marcia Cristina Dalla Costa Claudia Regina Felicetti Lordani Ligiane de Lourdes da Silva Gustavo Kiyosen Nakayama Jaquiline Barreto da Costa Daniela Prochnow Gund Eliani Frizon Carmen Lúcia Schmitz Braibante Josene Cristina Biesek	
<b>DOI 10.22533/at.ed.74520030211</b>	
<b>CAPÍTULO 12</b> .....	<b>120</b>
CONDUTAS UTILIZADAS PELA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DIANTE DE PACIENTES SEM POSSIBILIDADES TERAPÊUTICAS	
Leonardo Londero Orsolin Liciane Palma Friederich	
<b>DOI 10.22533/at.ed.74520030212</b>	
<b>CAPÍTULO 13</b> .....	<b>128</b>
DIFERENTES FORMAS DE ABORDAGEM EDUCATIVA EM AÇÃO VOLTADA PARA CRIANÇAS AUTISTAS	
Bárbara dos Santos Limeira Rafaela Cristine Lima de Souza Ida Caroline Dourado Portela Viviane Ferreira da Silva Renayra Barros Pereira Arissane de Sousa Falcão Patrício Francisco da Silva	
<b>DOI 10.22533/at.ed.74520030213</b>	
<b>CAPÍTULO 14</b> .....	<b>135</b>
ESTUDO FARMACOTERAPÊUTICO, EPIDEMIOLÓGICO E IMPACTO ECONÔMICO DA ASMA EM UNIDADES DE SAÚDE BRASILEIRAS: UMA REVISÃO NARRATIVA	
Cícero Erison dos Santos Espíndola Melo Gabriel Romero Melo do Rêgo Barros Lucas Vinícius Rodrigues de Alcântara Silva Ana Cláudia Florêncio Neves Rosiel José dos Santos	
<b>DOI 10.22533/at.ed.74520030214</b>	

**CAPÍTULO 15 ..... 152**

EXPERIÊNCIA DOS ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM NA APLICAÇÃO DE UM INSTRUMENTO NORTEADOR NO CUIDADO À SAÚDE

Karine Ribeiro Alves  
Nagila Gabriela Dalferth Paludo  
Marcia Regina Silvério Santana Barbosa Mendes  
Marizete da Silva Nunes Ortiz

**DOI 10.22533/at.ed.74520030215**

**CAPÍTULO 16 ..... 158**

MODALIDADE DE ATENDIMENTO DIFERENCIADO DURANTE O EXAME DE PAPANICOLAU - EXPERIÊNCIA VIVENCIADA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Viviane Cunha de Abreu  
Ayane Araújo Rodrigues  
Maria Tassyelia Batista Carlos  
Nicislania Linhares Vasconcelos Costa  
Marina Braga de Azevedo  
Cláudio Soares Brito Neto  
Ana Larisse Canafístula Coelho  
Maria Isabel de Oliveira Braga Carneiro  
Advárdia Alves de Medeiros  
Samara Márcia Gertrudes Monte  
Angélica Vasconcelos Dias  
Suênia Évelyn Simplício Teixeira

**DOI 10.22533/at.ed.74520030216**

**CAPÍTULO 17 ..... 163**

O NUTRICIONISTA NO PROGRAMA TELESSAÚDE

Maria Thereza Furtado Cury  
Cíntia Chaves Curioni  
Célia Lopes da Costa  
Flávia dos Santos Barbosa Brito

**DOI 10.22533/at.ed.74520030217**

**CAPÍTULO 18 ..... 174**

OS MICRÓBIOS NO NOSSO DIA A DIA: COMPARTILHANDO SABERES, NOÇÕES DE HIGIENE E PROFILAXIA COM OS ALUNOS DO ENSINO FUNDAMENTAL DA REDE DE ENSINO DE SÃO GONÇALO E NITERÓI, RJ

Rogério Carlos Novais  
Mônica Antônia Saad Ferreira

**DOI 10.22533/at.ed.74520030218**

**CAPÍTULO 19 ..... 182**

PERFIL DAS CRIANÇAS ATENDIDAS NO AMBULATÓRIO DE BAIXO RENDIMENTO ESCOLAR DA LIGA DE PEDIATRIA DA UNIOESTE (LIPED)

Marcos Antonio da Silva Cristovam  
Luísa Manfredin Vila  
Lorena Vaz Meleiro Lopes  
Júlia Natsumi Hashimoto  
Alexandra Bernardelli de Paula  
Ana Caroline Comin  
Ellen Judith de Castro Delefrati  
Gabriela Sotana Rodrigues  
Giorgia Padilha Fontanella  
Heitor Rocha de Oliveira

Karina da Silva Arnold  
Vinícius Vedana  
DOI 10.22533/at.ed.74520030219

**CAPÍTULO 20 ..... 188**

PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO SITUACIONAL EM ENFERMAGEM COMO FERRAMENTA GERENCIAL NA POLICLÍNICA PIQUET CARNEIRO

Ellen Marcia Peres  
Helena Ferraz Gomes  
Alessandra Sant'anna Nunes  
Bruna Maiara Ferreira Barreto Pires  
Priscila Cristina da Silva Thiengo  
Carolina Cabral Pereira da Costa  
Livia Fajin de Mello dos Santos  
Advi Catarina Barbachan Moraes  
Luciana Guimarães Assad  
Sílvia Maria de Sá Basílio Lins  
Norma Valéria Dantas de Oliveira Souza

DOI 10.22533/at.ed.74520030220

**CAPÍTULO 21 ..... 197**

PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÃO E O IMPACTO NA OCORRÊNCIA DE MENINGITE BACTERIANA

Rafaela Altoé de Lima  
Janine Pereira da Silva  
Cristina Ribeiro Macedo  
Valmin Ramos-Silva

DOI 10.22533/at.ed.74520030221

**CAPÍTULO 22 ..... 208**

PROJETO DE EXTENSÃO “FILHOS PREDILETOS” ÁREA TEMÁTICA: Promoção de Saúde

Christian Giampietro Brandão  
Ricardo Augusto Conci  
Alexandre de Almeida Weber

DOI 10.22533/at.ed.74520030222

**CAPÍTULO 23 ..... 213**

PROPOSTA DE USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS NA UNIDADE DE SAÚDE DO CRUTAC NO CERRADO GRANDE - PONTA GROSSA-PR

Edmar Miyoshi  
Marissa Giovanna Schamne  
Sinvaldo Baglie

DOI 10.22533/at.ed.74520030223

**CAPÍTULO 24 ..... 220**

REPRESENTAÇÃO SOCIAL DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE: CUIDADO ÀS PESSOAS COM HIV NA REGIÃO SUDESTE

Denize Cristina de Oliveira  
Rômulo Frutuoso Antunes  
Juliana Pereira Domingues  
Yndira Yta Machado  
Hellen Pollyanna Mantelo Cecilio  
Ana Paula Munhen de Pontes  
Rodrigo Leite Hipólito

**CAPÍTULO 25 ..... 230**

SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE BRASILEIRO E A REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE NA PERSPECTIVA TERRITORIAL

Sylvia Fátma Gomes Rocha  
Maria Terezinha Bretas Vilarino

DOI 10.22533/at.ed.74520030225

**CAPÍTULO 26 ..... 248**

VIGILÂNCIA EM SAÚDE E SAMU: A PARCERIA QUE DÁ CERTO

Edlaine Faria de Moura Villela  
George Santiago Dimech  
Márcio Henrique de Oliveira Garcia

DOI 10.22533/at.ed.74520030226

**CAPÍTULO 27 ..... 261**

VIVENCIANDO A EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA NA FORMAÇÃO DOS DISCENTES DE ENFERMAGEM ATRAVÉS DE AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE EM PARASITOLOGIA: ASSOCIAÇÃO ENTRE A TEORIA E A PRÁTICA

Claudia Moraes Clemente Leal  
Ivaneide de Almeida Ramalho  
Adriana Raineri Radighieri  
Amanda Campos Bentes  
Beatriz Albuquerque Machado  
Cintya dos Santos Franco  
Regina Bontorim Gomes  
Tamirys Franco Cunha  
Juliana Ferreira Gomes da Silva  
Daniel Barbosa Guimarães  
Julia Leonidia de Oliveira Silva  
Isabella de Oliveira da Costa  
Renata Heisler Neves

DOI 10.22533/at.ed.74520030227

**SOBRE OS ORGANIZADORES..... 274**

**ÍNDICE REMISSIVO ..... 276**

## SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE BRASILEIRO E A REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE NA PERSPECTIVA TERRITORIAL

*Data de aceite: 21/12/2019*

*Data da submissão: 14/10/2019*

### **Sylvia Fátma Gomes Rocha**

Mestre em gestão integrada do território/ Univale  
Médica hematologista e hemoterapeuta  
Professora adjunta na Universidade Federal de  
Juiz de Fora – campus Governador Valadares –  
UFJF/ Minas Gerais  
<http://lattes.cnpq.br/6340393273989934>

### **Maria Terezinha Bretas Vilarino**

Doutorado em História / UFMG  
Professora adjunta na Universidade Vale do Rio  
Doce – UNIVALE/GIT/ Governador Valadares/  
Minas Gerais  
<http://lattes.cnpq.br/3726945999922150>

**RESUMO:** A regionalização da saúde com a implementação do SUS baseou-se numa concepção territorial de organização, configuração, funcionamento e gestão dos serviços públicos. Ou seja, a implementação do SUS sustentou-se em três pilares: a rede corresponde à disposição e integração entre os serviços de saúde, a regionalização representando as regiões de saúde dentro do processo de descentralização das ações e serviços em saúde e a hierarquização

referente aos níveis de complexidade dos serviços. A discussão proposta tem como objetivo a delimitação dos marcos cronológicos e espaciais que marcaram a implementação do SUS a partir dos documentos oficiais e de autores que trabalham a questão a partir de abordagem territorial. Nesse sentido, os conceitos geográficos de território, territorialização e territorialidades, se tornaram apropriados para a definição de políticas públicas de saúde, tanto em termos nacionais, como estaduais e municipais. Como resultado buscamos aproximar a apresentação de um debate mais teórico, no qual tomamos como questão geradora o dimensionamento do conceito de território e seus desdobramentos (territorialização, territorialidades) e sua relação com a saúde pública.

**PALAVRAS-CHAVE:** SUS – regionalização – território – saúde.

### BRASILIAN HEALTH'S SYSTEM PUBLIC AND THE HEALTH'S REGIONALIZATION IN PERSPECTIVE TERRITORIAL

**ABSTRACT:** The health's regionalization associate with the SUS implementer based in the territorial conception of organization

conformation operation and management of public services. Then, the SUS implementation sustained in three pillars: the netting relative the provision and integration between the health's services, the regionalization representing health's regions within the process of decentralization of actions and regions within the process of decentralization of actions and services in health and the hierarchy regarding to the levels of services' complexity. The proposed discuss aims to delimit the chronological and space marks that begging the SUS' implementation from the official documents and the authors that worked on the territorial approach. In this way, the geographical concepts of territory, territorialization and territoriality, have become appropriate for the definition of public health political, at the national, state and municipal level. As a result we intended to approximate the presentation of a more theoretical debate in which we take us generative question the dimensioning of the concept of territory and its unfolding ( territorialization, territorialities) and its relation with public health.

**KEYWORDS:** SUS – regionalization – territory - health

## INTRODUÇÃO

Após três décadas de existência, inúmeros atendimentos realizados, incontáveis discussões de planejamento e replanejamento de ações e políticas, um sem número de problemas a serem ainda resolvidos; entre avanços e desafios o Sistema Único de Saúde (SUS) sofre, em nossos dias, um rumoroso ataque por grupos e atores sociais, interessados em mudanças drásticas na organização do sistema de saúde e atendimento da população. O risco de perda da conquista da saúde como direito do cidadão, e o reavivamento da ideia da saúde como bem-estar do Estado, rondam o sistema como um todo.

O entendimento de Silva e Gomes (2014) sobre a regionalização do Sistema Único de Saúde (SUS) como um processo político “que envolve a distribuição de poder em um delicado sistema de inter-relações entre distintos atores sociais – governos, organizações públicas e privadas e cidadãos – em espaços geográficos delimitados” (SILVA e GOMES, 2014, pag. 71), nos instiga à compreensão do processo de implementação do SUS e de sua configuração. A compreensão desse processo que envolveu inúmeros atores e levou tempo para ser consolidado é uma chave para a fundamentação da defesa do SUS diante dos ataques ora sofridos.

Uma leitura atenta dos documentos oficiais que ampararam a implementação do SUS remetem à observação da base territorial em que essa política pública está assentada. O processo de regionalização da saúde no Brasil, iniciado na década de 1990, representa uma estratégia para integração dos sistemas municipais e regionais, ampliando o acesso e a redução da iniquidade em saúde. O objetivo da implantação da regionalização da saúde foi alcançar maior grau de eficiência e efetividade do

sistema de saúde, maior democratização e transparência dos processos decisórios. Para tanto, foram criados novos instrumentos de planejamento, integração, gestão, regulação e financiamento da rede de serviços de saúde no território brasileiro.

Ou seja, a descentralização via regionalização tem como diretriz norteadora a criação de regiões de saúde que são representadas por um aglomerado de municípios contíguos, com características culturais, sociais e demográficas, que formam a rede de atenção à saúde, integrando as ações destas regiões, garantindo a descentralização do SUS, com maior equidade na alocação dos recursos e no acesso à população, através da articulação dos municípios, estados e União.

Nesse sentido, a discussão abaixo proposta teve como referência uma abordagem que levou em consideração os conceitos estruturantes do processo de regionalização dos serviços de saúde pública: territorialização, território, territorialidade, regionalização, interiorização, redes, dentre outros. Optamos por uma abordagem relacional considerando a expressão de Raffestin: “se optamos por uma problemática relacional, é porque pensamos que as relações são capazes de tornar inteligíveis o poder político e suas manifestações espaciais” (RAFFESTIN, 1993, p.31).

## **A REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE NA PERSPECTIVA TERRITORIAL**

A organização de serviços públicos de saúde no Brasil passou por profundas mudanças nos últimos 30 anos, tendo como marco a Constituição Federal de 1988. Anteriormente a essa Constituição Federal, as organizações públicas de saúde caracterizavam-se pela centralização do poder de decisão, estando a gestão da saúde exclusivamente sob controle do Estado. (SOUZA, 2002). Isto significa dizer que o Estado encampava os serviços básicos de saúde, controlando os recursos disponibilizados e os equipamentos institucionais e administrativos correlacionados. Os serviços de saúde oferecidos seguiam uma lógica verticalizada (centrada em ações políticas com foco em doenças endêmicas e infectocontagiosas que atingiam a saúde da população em geral).

Nesse sentido, as ações de saúde, anteriores a 1988, eram baseadas na promoção e na prevenção, que se fazia de forma universal, através das campanhas de vacinação e controle das endemias. A assistência médico hospitalar era realizada pelo setor privado (acessado por poucos), pelas instituições filantrópicas e pelo Estado através do Instituto Nacional de Previdência Privada Social (INPS). Posteriormente esse instituto foi denominado Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e garantia assistência aos trabalhadores com carteira assinada no âmbito federal, estadual e municipal. (SOUZA, 2002). A

montagem desse aparato previdenciário remete a conjunturas político-econômicas anteriores à Constituição de 1998 e as atuais discussões indicam que é um problema que ainda não está bem resolvido no Brasil.

Com a Constituição Federal de 1988 estabeleceram-se os fundamentos jurídicos favoráveis à criação de um sistema de saúde baseado na universalidade dos serviços e de uma rede descentralizada, regionalizada e hierarquizada dos serviços de saúde, como indicam os artigos 196 e 198, respectivamente:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988, p. 103).

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade. (BRASIL, 1988, p. 103).

Desta forma, por meio da Constituição de 1988, criou-se um ambiente constitucional e sociopolítico favorável à reorganização dos serviços públicos de saúde no Brasil. O reconhecimento da saúde como direito do cidadão e dever do Estado prenunciaria mudanças no aparato organizacional e burocrático do Sistema de Saúde vigente à época, bem como, uma mudança de perspectiva dos serviços oferecidos e das condições desse oferecimento.

Por sua vez, a proposta de descentralização, embora mantivesse a hierarquia dos específicos órgãos e níveis administrativos, definiria uma nova forma de atuação e ação pública. A orientação para o atendimento integral “com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais”, ampliaria, pelo menos em tese, a base de atuação e responsabilização do Estado no que se referia às demandas da saúde pública.

De fato, o reconhecimento da saúde como “direito de todos e dever do Estado” que deveria garantir a universalidade (acesso por todos os cidadãos), a integralidade (ações preventivas e serviços essenciais) e a descentralização dos serviços (gestão realizada de forma integrada entre a União, estados e municípios); configurou-se num enorme desafio, levando-se em conta a dimensão territorial do Brasil e a grande diversidade regional tanto econômica, política e social. (SOUZA, 2002; DUARTE, 2015). Segundo Mercadante (2002, pag. 248) esses princípios vinham sendo delineados desde o início da década de 1980, ganhando notoriedade e defesa política na articulação e discussões da VIII Conferência Nacional de Saúde,

realizada em 1986. Em sua perspectiva:

Crescia, a partir de 1985, um amplo movimento político setorial que teve como pontos culminantes, a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) 1986, os trabalhos técnicos desenvolvidos pela Comissão Nacional de Reforma Sanitária (CNRS), criada pelo Ministério da Saúde, em atendimento a proposta da VIII CNS, e o projeto legislativo de elaboração da Carta Constitucional de 1988. (MERCADANTE, 2002, pag. 248).

No mesmo sentido, Lima (2002, pag. 100) assinala que o movimento de Reforma Sanitária, que levou à criação do Sistema Único de Saúde (SUS) “promoveu a racionalização dos serviços de saúde” através de ações como: integração das redes federal, estadual e municipal, e municipalização do atendimento primário; definição das fontes de financiamento; estabelecimento de funções para as instâncias de governo; criação de mecanismos automáticos de transferências de recursos no interior da rede pública e para o setor privado.

A efetivação do Sistema Único de Saúde (SUS) ocorreu após a homologação da Lei Orgânica da Saúde, Lei 8080/90 de setembro de 1990. Esta lei é considerada por muitos especialistas como a mais importante da área da saúde, pois se tornou decisiva para garantir a realização das mudanças instituídas pelo recém criado, Sistema Único de Saúde: a integralidade e a descentralização dos serviços. Em dezembro do mesmo ano, criou-se a Lei 8142/90, que veio complementar a Lei 8080, regulamentando a participação popular e o financiamento do SUS, tornando o sistema mais democrático. (BRASIL, 1990; BRASIL, 2013). Conforme Matta e Morosini (2009, p. 41) a implementação do SUS refletiu o anseio de diversos segmentos da sociedade civil que se organizaram para este fim:

Ao final da década de 1970, diversos segmentos da sociedade civil, entre eles usuários e profissionais de saúde pública, insatisfeitos com o sistema de saúde brasileiro iniciaram um movimento que lutou pela atenção à saúde como um direito de todos e um dever do Estado. Este movimento ficou conhecido como Reforma Sanitária Brasileira e culminou na instituição do SUS por meio da Constituição de 1988 e posteriormente regulamentado pelas Leis 8.080/90 e 8.142/90, chamadas Leis Orgânicas da Saúde. (MATTA e MOROSINI, 2009, p. 41).

Desse modo, com a Constituição de 1988 e a criação do SUS, a atenção à saúde no Brasil passou a ter como enfoque o atendimento integral. Esse novo sistema de saúde pública exigiria do Estado uma gestão com base no perfil territorial de base regional. A nova exigência de prestação de um serviço descentralizado e de forma equitativa requereria considerar características da população local, características da demanda dos serviços de saúde (consultas, vacinas, internações hospitalares, serviços de alta e média complexidade), características econômicas e culturais, e a grande diversidade territorial nacional. (PAIM, 2004; SOUZA, 2002).

A concretização da descentralização ocorreu através do processo de regionalização, que corresponde a uma estratégia do SUS, uma diretriz, com o objetivo de coordenar as ações e serviços de saúde de uma determinada região, considerando as especificidades das mesmas. Para dar andamento a esse processo, foram criadas, a partir de intensos debates e negociações políticas, as Normas Operacionais do SUS, sendo editadas três Normas Operacionais Básicas (NOB). (BRASIL, 2013).

Essas normas estabeleceram as competências das três esferas governamentais: União, estados e municípios, para viabilizar o processo de implantação do SUS. Merece destaque especial a NOB 01/96, que instituiu a Programação Pactuada Integrada (PPI) com o objetivo de estabelecer as redes regionalizadas e hierarquizadas que representam os três pilares do SUS: a rede corresponde à disposição e integração entre os serviços de saúde, a regionalização representando as regiões de saúde dentro do processo de descentralização das ações e serviços em saúde e a hierarquização referente aos níveis de complexidade dos serviços. (SOUZA, 2002; PAIM, 2006).

Durante esse período da implantação das NOBs, o serviço público de saúde brasileiro, passou por importantes avanços no processo de descentralização, a começar pela estruturação da atenção primária à saúde em cada município.

A atenção primária representa a “porta de entrada” do usuário no SUS, tendo papel primordial na resolução dos casos e quanto ao encaminhamento para outros níveis da atenção à saúde; sendo a base do sistema de descentralização. Entretanto, esse período também foi marcado por grandes desafios de ordem política, econômica e organizacional, o que dificultou a implantação do SUS no país. (PAIM, 2006; SOUZA, 2002).

A atenção primária deveria ser capaz de administrar esse primeiro nível de atenção à saúde, bem como reorganizar todo o sistema de saúde, buscando uma estratégia política que priorizasse a territorialidade, um novo conceito dentro do sistema de saúde brasileiro. Trata-se então de grande desafio, uma administração estratégica que busque identificar os conjuntos sociais, os problemas de saúde, os recursos disponíveis, o poder decisório, a democratização, a alocação de recursos, a garantia da participação popular e a resolução do problema, a nível local. (PAIM, 2006).

Em 2001, em substituição às NOBs, foi publicada a Norma Operacional da Assistência a Saúde (NOAS/SUS) que “amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica”, definindo o processo de regionalização da assistência; criando mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procedendo à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

De acordo com a justificativa de criação da NOAS/SUS, o processo de descentralização pretendido ganharia contornos práticos “transferindo para os estados e principalmente para os municípios, um conjunto de responsabilidades e recursos para a operacionalização do Sistema Único de Saúde. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001, pag. 9). Nesse sentido as propostas regulamentadoras da NOAS/SUS adotaram a regionalização como estratégia de descentralização no andamento de implantação do SUS, como indica o documento do Ministério da Saúde.

A macroestratégia de regionalização deverá contemplar uma lógica de planejamento integrado de maneira a conformar sistemas funcionais de saúde, ou seja, redes articuladas e cooperativas de atenção, referidas a territórios delimitados e a populações definidas, dotadas de mecanismos de comunicação e fluxos de inter-relacionamento que garantam o acesso dos usuários às ações e serviços de níveis de complexidade necessários para a resolução de seus problemas de saúde, otimizando os recursos disponíveis. (Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/01 (Portaria MS/GM n.º 95, de 26 de janeiro de 2001, e regulamentação complementar. Pag. 15).

Assim, a descentralização via regionalização tem como diretriz norteadora a criação de regiões de saúde que são representadas por um aglomerado de municípios contíguos, com características culturais, sociais e demográficas, que formam a rede de atenção à saúde, integrando as ações destas regiões, garantindo a descentralização do SUS, com maior equidade na alocação dos recursos e no acesso à população, através da articulação dos municípios, estados e União. (MORAES e CANÔAS, 2013; BRASIL, 2013).

A fim de aprimorar a implantação do SUS, em 2011, foi instituído o Decreto nº 7.508, que regulamentou a Lei nº 8.080/90 e definiu a Região de Saúde como o “espaço geográfico contínuo constituído por agrupamento de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde.” (BRASIL, 2011). Deste modo, o processo de territorialização delineado para a implementação do Sistema Único de Saúde, em princípio, considerou além do espaço territorial as características identitárias comuns que facilitassem a implementação dos equipamentos e serviços que melhor atendessem a proposta de regionalização.

Como a regionalização passou a ser o eixo estruturante para o aprimoramento da descentralização foi estabelecido um plano diretor para esse fim Plano Diretor de Regionalização (PDR). Esse plano correspondeu a um planejamento estadual, com o objetivo de organizar os serviços de saúde, através da criação de estruturas básicas mínimas, dividindo o estado em macrorregiões de saúde, microrregiões

e municípios polos, gerando uma rede de assistência à saúde descentralizada e hierarquizada, ou seja, com níveis de complexidades diferentes. (SOUZA 2002; BRASIL, 2013).

Os serviços de atenção básica, entendidos como de baixa complexidade dentro do sistema, representam “o primeiro nível de atenção à saúde no SUS”, é a “porta de entrada” da população ao sistema via “unidades básicas de saúde”, caracterizando-se como um conjunto de ações que garantam a promoção, a prevenção, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação da saúde, que são complementados pelos serviços de média e alta complexidade. (BRASIL/CONASS, 2011, p. 17-18). Os serviços de média e alta complexidade são assim definidos pelo CONASS:

A média complexidade ambulatorial é composta por ações e serviços que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência na prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, para o apoio diagnóstico e tratamento. (...) No mesmo material de apoio, encontramos a seguinte definição de alta complexidade. Conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde (atenção básica e de média complexidade).

Na prática, o PDR representa o desenho da rede de saúde em cada região, definido por uma comissão bipartite (Comissão Intergestores Bipartite - CIB) composta por representantes do estado e dos municípios. “Essa rede é pactuada, com o intuito de atender a população de forma integral,” e de melhorar o acesso da população aos serviços de saúde, “estando comprometida com a economia de escala e de quantidade da atenção” baseada na capacidade de oferta e necessidades dos municípios, afim de garantir a qualidade do atendimento à saúde de forma eficiente e afetiva. (BRASIL/CONASS, 2011, p.19-20).

Dessa forma, os serviços mais especializados e de maior demanda e maiores custos ficariam centralizados nos municípios polos, criando-se centros de referência com serviços de média e alta complexidade, com o objetivo de ordenar o fluxo da população aos diversos serviços, garantindo o acesso e otimizando os recursos. (SOUZA, 2002; BRASIL, 2013). Portanto, o PDR concretiza a regionalização de forma hierarquizada, estruturando os serviços em rede, com base territorial e populacional para redimensionamento dos serviços de forma equitativa, a partir da identificação de áreas estratégicas mínimas e fortalecimento entre os gestores e as pactuações municipais. (SOUZA, 2002; MALACHIAS et al, 2011; BRASIL, 2013). A partir do PDR, os municípios e os estados, coordenados pela União, discutem os desenhos das regiões de saúde.

A regionalização da saúde é então estruturada através da construção do perfil territorial e populacional (eixo horizontal) integrado com política pública de saúde (eixo vertical), a fim de propor intervenções eficazes e congruentes aos princípios

do SUS. (PAIM, 2006). A determinação do perfil do território é base do sistema de saúde proposto pelo SUS, uma vez que, as ações e serviços de saúde são distribuídos de acordo com as necessidades locais e não por facilitadores, como por exemplo, acordos políticos locais. (GONDIN et al, 2008).

Para atingir seus objetivos, a regionalização passou por indispensáveis redefinições: a territorialização, que identifica os espaços regionais através dos dados demográficos e epidemiológicos, incluindo aspectos econômicos, sociais, culturais e do processo saúde-doença; a flexibilidade, uma vez que, não existe um modelo único de região de saúde para todo o país; a cooperação, para promover uma ação conjunta entre todas as esferas do governo; a co-gestão; além do financiamento solidário, que implica na definição dos recursos pelas três esferas do governo. (BRASIL, 2013). Na prática, foi preciso desenhar o perfil territorial de uma região de saúde para o processo de regionalização.

As regiões de saúde são, portanto, recortes territoriais em que os gestores e a população devem organizar as redes de ações e serviços de saúde dos municípios que a compõem. Essas regiões de saúde são compostas por municípios distintos, contíguos, e com extensão territorial, densidade populacional e tecnológica distintas, abrangendo diferentes níveis de atenção à saúde, formando a rede hierarquizada. O desenho de uma região de saúde também leva em conta a economia local, aspectos culturais, doenças prevalentes; e não representa apenas uma área geográfica fixa, com limites definidos, mas um território vivo, um território usado.

Essa região de saúde deve ter no mínimo suficiência na atenção básica de saúde e parte da média complexidade, estando integrada a um município polo, com serviços de média e alta complexidade, pactuado na comissão intergestores bipartite estadual (estados e municípios), como garantia de acesso a um serviço que a região não possua, para promover atenção integral à saúde. As regiões devem pactuar arranjos macrorregionais, agregando duas ou mais regiões, para que possam suprir umas às outras, o que uma região não possui a outra possa atender, isso compreende a regionalização solidária e cooperativa. ( TEIXEIRA,1998).

Outro marco importante a ser destacado, nesse processo descrito de implementação do SUS, é a criação do Pacto pela Saúde, instituído pela portaria 399 do ministério da Saúde de 2006, que vem ratificar as determinações na NOB 01/96 e NOAS/2002, validando a participação popular, a co-gestão e propondo um financiamento intergestores triparte. (Brasil, 2013).

Desta forma, desde a criação do SUS e as medidas realizadas para sua efetivação, ao longo destas três décadas, a regionalização dos serviços de saúde, foi o carro-chefe para viabilização da descentralização e da garantia do atendimento integral, universal e equitativo. Sendo assim, a regionalização na saúde pode ser definida como um processo político que envolve mudanças na distribuição do poder

e o estabelecimento de uma co-gestão entre diferentes atores sociais (governo, agentes, instituições, cidadãos) no território. (VIANA, 2010).

Enfim, quando falamos de perfil territorial em saúde, estamos nos referindo, não apenas à estrutura geográfica territorial, mas ao território vivido, território usado, território marcado pela ação humana, ou seja, ao definirmos o perfil do Território, a estrutura hospitalar e a densidade tecnológica devem ser considerados. Assim no processo de regionalização estará impresso um planejamento integrado, englobando noções de territorialidade, resultantes das relações políticas, econômicas e sociais expressas dentro do território, tornando as intervenções específicas a cada região, otimizando o acesso, as ações e os recursos destinados à saúde. (TEIXEIRA, 1998; BRASIL, 2002).

## **PERSPECTIVAS E ABORDAGENS SOBRE A RELAÇÃO TERRITÓRIO/SAÚDE PÚBLICA**

Nos últimos anos diferentes pesquisadores tem se debruçado sobre essa relação, sob diferentes perspectivas geográficas numa tentativa de entender e contribuir para o aperfeiçoamento do SUS, atualmente ameaçado de desmonte. De acordo com Bezerra (2015, pag.229).

Ao longo do amadurecimento do SUS, diversas lógicas de pensar o território foram discutidas no âmbito de sua apropriação pelo setor saúde. Dentre elas, Mendes (1993), aponta duas principais correntes: uma primeira, que vê o território como espaço físico e geopolítico (visão jurídico-burocrática); e uma segunda que compreende o território-processo como produto de uma dinâmica social onde os sujeitos sociais estão permanentemente em conflitos em uma arena política.

Na perspectiva de Gondim et al (2008) a primeira corrente identificada por Mendes (1993) reflete a mais conhecida e tradicional concepção de território, “definido formalmente, e muitas vezes imposto, ao menos no primeiro nível de fragmentação territorial sub-nacional”, e “a segunda, aproxima-se do território usado, sinônimo, segundo Santos (2001), de espaço geográfico”. Tanto Bezerra (2015) como Gondim et al (2008) consideram a dificuldade de operacionalização das políticas públicas de saúde sem avançar na compreensão de uma abordagem que considere a dinâmica social dos territórios, pois como se posicionam Gondim et al (2008) “não faz sentido pensar no território como mera delimitação de uma área, é preciso reconhecer processos e territorialidades que muitas vezes transgridam limites impostos por atores determinados”.

A posição de Gondim et al leva em consideração o que “foi colocado por Santos e Silveira (2001: 12). Para estes autores: “...o território, em si mesmo, não constitui

uma categoria de análise ao considerarmos o espaço geográfico como tema das ciências sociais, isto é, como questão histórica. A categoria de análise é o “território utilizado.” (Gondim et al, 2008). Do mesmo modo, Monkey e Barcelos (2005) se apoiam na categoria ‘território utilizado’ para avaliar a territorialização em saúde e propor estratégias de análise (gestores e pesquisadores) e de gestão que poderiam ser utilizadas.

Esses autores citados, ao mesmo tempo em que problematizam a concepção de território e territorialização/territorialidades utilizadas para implementação do SUS, presentes nos documentos oficiais, sugerem outras possibilidades de abordagem e de gestão que avancem sobre a concepção de território somente como área de delimitação operacional. Em outras palavras, numa abordagem da saúde na perspectiva do Território, entende-se que o território vai além da definição geográfica de espaço, de delimitação territorial e de espaço político-operativo do sistema de saúde.

O Território aqui pode ser definido pelo seu perfil, um espaço dinâmico, construído socialmente com particularidades locais, condições econômicas e sociais únicas, problemas de saúde próprios e distribuição dos serviços distintos, caracterizando-se como um território em constante construção. (FARIA, 2013; MONKEN e BARCELLOS, 2005). O Território nessa perspectiva, também representa uma área de atuação, regido por normas, deveres e direitos, uma área de expressão de poder. (MONKEN e BARCELLOS, 2007; MORAES e CANÔAS, 2013).

Entende-se desta forma que as diretrizes do SUS também apresentam uma base territorial, que representam o território normado, garantia da expressão do poder administrativo e político. O Território como norma, pode ser entendido, segundo Milton Santos, como “como conjuntos de sistemas de objetos indissociáveis de conjuntos de sistemas de ações”; onde os sistemas de objetos são sistemas técnicos; os sistemas de ação são sistemas normativos, que buscam se efetivar por meio da interferência real, conduzidas por alguns atores com uma finalidade, o controle.

Na perspectiva de Milton Santos (2006, pag.46), o território deve ser entendido como uma categoria social. O território corresponde ao chão e à população residente nesse espaço, local de trabalho, das trocas, das relações sociais, dos fixos e fluxos; representa o ‘território usado’ por uma população, ordenado e organizado pelas firmas, pelas instituições e pelo próprio Estado. O território entendido a partir poder exercido sobre um espaço, associado à ideia das relações sociais e da construção de uma identidade local.

Assim, segundo Milton Santos, cada território representa uma organização sócio-econômica própria, com identidade própria, com problemas e anseios diários, inseridos em sistemas normativos permeados por relações de poder. O “território

usado” pode ser definido como o território modificado por uma população; marcado por características de ordem cultural, econômica, política nele impressas; ou por implantação de infra-estrutura, caracterizando-o pelo seu uso.

Os conceitos de “fluxos e os fixos”, pertinentes ao território e apresentados na obra de Milton Santos (1996, pag. 221), também podem ser aplicados à área da saúde. Os Fixos corresponderiam aos serviços de saúde, rede hospitalar, os estabelecimentos e as instituições de saúde com seus níveis de complexidade dentro de cada município, micro ou macrorregião de saúde e os Fluxos, corresponderia ao deslocamento da população dentro desse campo de ação, segundo o princípio de referência e contra referência, que é direcionada para centro de maior complexidade em caso de necessidade de serviços mais especializados, tornando o sistema mais resolutivo e integral. (FARIA, R. M.; BORTOLOZZI, 2009).

De acordo com Gondim e Monken (2016) a proposta da territorialização na saúde permite que gestores, instituições de saúde, profissionais e usuários do SUS, compreendam a dinâmica territorial na saúde, através da percepção dos fluxos e fixos, identificando as iniquidades e proporcionando soluções adequadas. Desta forma, poderíamos definir uma escala territorial local (acesso aos serviços) e uma escala territorial global (políticas públicas); com base nos dois movimentos descritos por Milton Santos; o das horizontalidades que compreendem a contiguidade, e o das verticalidades que são formadas por pontos distantes, resultando na interdependência hierárquica dos territórios, representando a regionalização da saúde. (GONDIM & MONKEN, 2016).

Isto posto, observa-se que há certa concordância entre vários pesquisadores de que aplicação do conceito de ‘território usado’ na gestão da saúde permitiria uma maior equidade na distribuição das ações e serviços de saúde, em concordância com os princípios do SUS, ou seja, com a regionalização da saúde, caracterizando assim o sistema de saúde como uma prática territorial. (FARIA, R. M.; BORTOLOZZI, 2009).

Sobre essa questão, podemos destacar a discussão do médico sanitário Jairnilson Silva Paim (PAIM), que aborda em sua obra, a construção de modelos assistenciais em concordância com a realidade de cada município, através da determinação do perfil territorial. O sanitário enfatiza a importância da identificação dos problemas e necessidades da população local, do monitoramento da situação da saúde e da distribuição dos serviços de saúde de acordo com as necessidades locais, entendendo o processo saúde doença como uma abordagem territorial, deixando de ter a doença como foco central.

Em consonância com a abordagem de Milton Santos sobre território usado, Paim (2003, p.183) defende uma abordagem da saúde sobre os dois eixos: verticalidades e horizontalidades. No eixo vertical, estariam as políticas públicas em

concordância com os princípios do SUS e no eixo horizontal, a análise situacional de saúde dos municípios e as ações de saúde voltadas para o perfil de cada território, caracterizando a ampliação da intervenção: incorporando determinantes clínico-epidemiológicos e sociais na rede de prestação de serviços, obedecendo ao princípio da municipalização da saúde, com o objetivo de orientar o conjunto de ações e serviços na rede.

Neste mesmo sentido Eliza Almeida (2005), a partir do conceito de território usado, avalia que “o SUS é uma verticalidade institucional que tem no marco normativo e político institucional o seu poder de ação” (ALMEIDA, 2005, p. 135) e que tal verticalidade institucional “origina horizontalidades, na medida em que os lugares se adaptam as exigências normativas para participarem do SUS”. (ALMEIDA, 2005, p. 135).

## **TERRITORIALIZAÇÃO E RECONHECIMENTO DE TERRITORIALIDADE COMO CAMINHOS**

Na busca do entendimento do sistema público de saúde como base territorial outra categoria a ser compreendida é a de territorialidade. Esta pode ser relacionada com o pertencimento a um território, com a relação de domínio e poder adjacentes a este território, com limites definidos por valores e identidade, com as relações cultura-linguagem, economia, política e saúde com descritos na discussão proposta por Milton Santos: “A política do território tinha as mesmas bases que a política da economia, da cultura, da linguagem, formando um conjunto indissociável (comunidade)”. (SANTOS, 2000, p. 31).

Assim, a partir da definição das territorialidades, podemos (re)construir o processo de territorialização na saúde pública. Paim (TEIXEIRA, 1998, p.57) descreve a territorialização na saúde através da elaboração de um mapa territorial, o que ele denomina de “esquadrihamento do território”, segundo uma lógica das condições de saúde, sendo definida a distribuição populacional, as condições de vida da população, a localização dos serviços de saúde, o acesso à população e o fluxo da demanda aos serviços. Definindo as territorialidades refletidas nesse “mapa territorial” poderiam estabelecer-se prioridades, ações de saúde confluentes com a realidade local, com as territorialidades, atingindo os objetivos do SUS de oferecer um atendimento integral, universal e equitativo.

Ainda nesse sentido, de acordo com Faria, R. M. e Bortolozzi (2009, pag. 38) outra territorialidade relevante é a determinação de enfermidades prevalentes. A forma com que o território é usado e as funções que cada território adquire, permitem identificar diferentes perfis, bem como diferentes fatores de risco, determinantes

sociais e acesso aos serviços de saúde, em decorrência da população ocupante desse território.

O próprio documento governamental reconhece que:

A Territorialização, nesse contexto, consiste no reconhecimento e na apropriação dos espaços locais e das relações da população com os mesmos, expressos por meio dos dados demográficos e epidemiológicos, pelos equipamentos sociais existentes, pelas dinâmicas das redes de transporte e de comunicação, pelos fluxos assistenciais seguidos pela população, pelos discursos das lideranças locais e por outros dados que se mostrem relevantes para a intervenção no processo saúde/doença. (BRASIL, 2013).

A partir do exposto, pode-se, enfim, compreender que a concretização do SUS e das políticas de saúde pública a partir de uma base territorial expressou-se pela regionalização da saúde, cujo objetivo seria o aprimoramento da descentralização das políticas e dos serviços públicos de saúde. Nesse sentido, de acordo com Gondim et al 2008, pag.4), uma novidade do SUS foi a municipalização como diretriz operacional, apoiando-se nas noção de território e de territorialidades, com a intenção de garantir aos cidadãos a resolução de seus problemas de saúde. Segundo o documento oficial:

O processo de regionalização deverá contemplar uma lógica de planejamento integrado, compreendendo as noções de territorialidade, na identificação de prioridades de intervenção e de conformação de sistemas funcionais de saúde, não necessariamente restritos à abrangência municipal, mas respeitando seus limites como unidade indivisível, de forma a garantir o acesso dos cidadãos a todas as ações e serviços necessários para a resolução de seus problemas de saúde, otimizando os recursos disponíveis. (BRASIL, 2002, p.10).

Segundo Paim (2003, p.191), a territorialização da saúde permite a construção de uma análise situacional da saúde, pelo qual os gestores poderiam identificar os problemas de saúde e definir as ações, reduzindo as disparidades territoriais, pois as ações seriam tomadas levando-se em conta as territorialidades. A definição das territorialidades permitiria o estabelecimento da complementaridade entre os municípios, definido os municípios polos, as micro e macrorregiões de saúde. Esse processo também seria evidentemente marcado por um quadro normativo e burocrático passível de regulação de sua fluidez.

A territorialização na saúde se expressa ainda pela hierarquização dos serviços. Envolve a organização do sistema de referência entre os municípios e com isso os fluxos, bem como a articulação da demanda e da oferta dos serviços, estando fortemente ligada ao planejamento estratégico situacional. (GONDIM e MONKEN, 2016).

## CONCLUSÃO

Após o painel inicial sobre as bases de implementação do SUS, fundamentado nos textos oficiais e em alguns autores que também as apresentam e analisam, buscamos aproximar essa apresentação de um debate mais teórico, no qual tomamos como questão geradora o dimensionamento do conceito de território e seus desdobramentos (territorialização, territorialidades) e sua relação com a saúde pública.

A presença de termos pertinentes à Geografia nas normativas determinantes da organização do SUS e das políticas de saúde pública a partir de sua implementação são por si convincentes da incorporação pela administração pública e pela ciência médica (caso da epidemiologia, por exemplo) de categorias conceituais geográficas ao seu próprio corpus conceitual. Termos como território, territorialização, territorialidade, espaço, regionalização, municipalização, regiões, redes, dentre outros, são facilmente identificados nas discussões sobre a problemática da saúde pública bem como nas normativas e leis que amparam a implementação de programa, projetos e outras práticas correlacionadas à temática.

Diante dos dados expostos, torna-se evidente que a caracterização do perfil do território, não apenas como espaço geográfico, mas principalmente pelas suas territorialidades, considerando suas particularidades locais, como população, serviços oferecidos, facilidade de acesso, proximidade a grandes centros, além da situação política e econômica; torna-se imprescindível para uma agenda de regionalização da saúde. Nesse sentido, e diante das atuais investidas contra o SUS, defendemos sua permanência e uma forte pactuação social, que envolva todos os atores diretamente envolvidos em sua configuração e atuação para que não se percam seus fundamentos originais: universalidade (acesso por todos os cidadãos), a integralidade e equidade.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, E. P. **Uso do território brasileiro e os serviços de saúde no período técnico-científico-informacional**. São Paulo, 2005. 313 f. Tese (Doutorado em Geografia Humana) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde Ministério da Saúde. **Para entender o Controle Social na Saúde Brasília - DF 2013**. Disponível em: >[www.bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para\\_entender\\_controle\\_social\\_saude.pdf](http://www.bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_controle_social_saude.pdf)

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. – Brasília : CONASS, 2011. 223 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 4). ISBN: 978-85-89545-641-8. 1. SUS (BR). 2. Média e Alta Complexidade. Disponível em: < [www.conass.org.br/biblioteca/assistencia-de-media-e-alta-complexidade](http://www.conass.org.br/biblioteca/assistencia-de-media-e-alta-complexidade).

\_\_\_\_\_. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF:** Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. 292 p. Disponível em: < [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)>. Acesso em: 22 abr. 2017.

\_\_\_\_\_. **Decreto n.º 7508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.** Diário Oficial da República Federativa do Brasil: 29 jun.2011

\_\_\_\_\_. **Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.** Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília: 20 set. 1990.

\_\_\_\_\_. **Lei n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.** Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília: 31 dez. 1990.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2001.** Brasília (DF), 2001.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS SUS 01/2002. Brasília, (DF): 2002.**

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. **Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/02 e Portaria MS/GM nº 373, de 27 de fevereiro de 2002 e regulamentação complementar.** 2. edição. Brasília, DF, 2002. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Organização e Desenvolvimento de Serviços de Saúde. **Terminologia básica em saúde/ Ministério da Saúde, Secretaria Nacional de Organização e Desenvolvimento de Serviços de Saúde.** – Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Painel de indicadores do SUS nº8. Temático Regionalização da Saúde.** Volume V. Brasília,DF, 2013.

\_\_\_\_\_. **SUS – Instrumento de Gestão em Saúde, Ministério da Saúde, secretaria executiva, Brasília, 2002.**

BEZERRA, Anselmo César Vasconcelos. **Discutindo o território e a territorialização na saúde: uma contribuição às ações de vigilância em saúde ambiental.** Revista de Geografia (UFPE), Recife; V. 32, No. 3, 2015; pag 222-244.

CIOFFI, J. G. M.; MENICUCCI, T. M. G. **Avaliação da Eficácia e da Eficiência da Fundação Hemominas na Execução da Política do Sangue no Estado de Minas Gerais.** In.: 30º Encontro da ANPAD – EnANPAD. Anais... Salvador, Setembro 23-27, 2006

DUARTE, L.S. et al. **Regionalização da saúde no Brasil: uma perspectiva de análise.** Saúde soc. [online]. 2015, vol.24, n.2, pp.472-485.

FARIA, R.M. **Territorialização da atenção primária à saúde no sistema único de saúde e a construção de uma perspectiva de adequação dos serviços aos perfis do território.** Hygeia 9 (16): 131 - 147, Jun/2013.

- FARIA, R. M. e BORTOLOZZI, A. **Espaço, território e saúde: contribuições de Milton Santos Milton Santos para o tema da geografia da saúde no Brasil**. Curitiba; Editora UFPR, n. 17, p. 31-41, 2009.
- FINKELMAN, Jacobo. **Caminhos da Saúde Pública no Brasil**. Rio de Janeiro, Ed. FIOCRUZ, 2002
- GONDIM, G. M.M. et al. **O território da saúde: a organização do sistema de saúde e a territorialização. Território, ambiente e saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 237-255, 2008.
- GONDIM, G. M. M e MONKEN, M. **Territorialização em Saúde**. In: **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2009. Disponível em: <<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/tersau.html>>. Acesso em: 16 nov. 2016.
- LIMA, Nízia Trindade. **O Brasil e a Organização Pan-Americana de Saúde: uma história em três dimensões**. In: Finkelman J, organizador. **Caminhos da Saúde Pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002. p. 23-106
- MALACHIAS, I. et al. **Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais (PDR/MG)**, Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2010.
- MATTA, G.C; MOROSINI, M. V. G. **Atenção Primária à Saúde. 2009**. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Julio. César Franca. **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2.ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/atesau.html>. Acesso em: 13 JUL. 2017.
- MERCADANTE, O.A. **Evolução das políticas e do sistema de saúde no Brasil**. In: Finkelman J, organizador. **Caminhos da saúde pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002. p.235-313.
- MONKEN, M.; BARCELLOS, C. **Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas**, 2005.
- MONKEN, M. et al. **O território em saúde: construindo referências para análises em saúde e ambiente. Território, Ambiente e Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p. 23-41.
- MORAES, D. E; CANÔAS, S. S. **O conceito de “território” e seu significado no campo da atenção primária à saúde**. Revista de Desenvolvimento Social. n. 9, v. 1,2013.
- PAIM, J.S. Brasil. Ministério da Saúde. **Saúde no Brasil – Contribuições para a Agenda de Prioridades de Pesquisa**. Brasília – Ministério da Saúde, 2004. p. 15-44.
- \_\_\_\_\_. **Desafios para a saúde coletiva no século XXI**. SCIELO-EDUFBA, 2006
- \_\_\_\_\_. **Descentralização das ações e serviços de saúde no Brasil e a renovação da proposta “Saúde para Todos”**. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social; 2002. (Série Estudos em Saúde Coletiva, 175).
- \_\_\_\_\_. **Gestão da atenção básica nas cidades**. In: NETO, E.R.; BÓGUS, C.M. **Saúde nos aglomerados urbanos: uma visão integrada**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003b. p.183-210.
- RAFFESTIN, C. **Por uma Geografia do Poder**. São Paulo: Ática, 1980.
- SANTOS, M. **A natureza do espaço: Técnica e tempo, razão e emoção**. São Paulo: Hucitec, 2006.
- \_\_\_\_\_. **Por uma outra globalização: Do pensamento único à consciência universal**. SP/RJ: Record, 2000a.

SANTOS, M.; SILVEIRA, M. L. **O Brasil: Território e sociedade no início do século XXI**. São Paulo/Rio de Janeiro: Record, 2001.

SOUSA, R.R. **O Sistema Público de Saúde Brasileiro, Seminário Internacional. Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas**. São Paulo, Brasil, 11 a 14 de agosto de 2002.

SILVA, E.C.; GOMES, M. H. A.. **Regionalização do SUS no grande ABC: compreendendo a relação entre oferta e demanda de serviços de saúde**. Revista de Gestão em Sistemas de Saúde - RGSS Vol. 3, N. 1. Janeiro/Junho. 2014. Pag.70-81.

VIANA, A.L.A; LIMA,L.D; FERREIRA, M.P. **Condicionantes estruturais da regionalização na saúde: tipologia dos Colegiados de Gestão Regional**. Ciência & Saúde Coletiva 15: 2317–26; 2010.

TEIXEIRA, C.F.; PAIM, J. S.; VILASBOAS, A. L. **SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde**. Inf. Epidemiol. Sus [online]. 1998, vol.7, n.2, pp.7-28.

## ÍNDICE REMISSIVO

### A

Acreditação Hospitalar 46, 47, 48, 49, 50, 52, 53, 54

Asma 135, 136, 137, 138, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 214, 217

Assistência Farmacêutica 74, 78, 135, 137, 138, 147, 148, 149, 150, 215, 216, 218

Atenção Básica 32, 40, 44, 63, 69, 76, 77, 78, 139, 150, 163, 164, 166, 172, 218, 235, 237, 238, 246, 264, 271, 272

### B

Baixo Rendimento Escolar 92, 97, 182, 183, 184, 185, 186

### C

Colesterol 117

Comunidade 15, 16, 19, 23, 26, 34, 39, 40, 43, 44, 53, 72, 73, 74, 92, 107, 111, 116, 117, 118, 162, 209, 211, 213, 214, 215, 217, 218, 233, 242, 245, 262, 266, 267, 268, 269, 271, 272

Cuidado Humanizado 125

Cuidados Paliativos 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127

### E

Educação em Saúde 33, 35, 36, 37, 113, 117, 173, 199, 213, 215, 217, 218, 228, 261, 262, 263, 264, 265, 266, 269, 271, 272

Equipe Multiprofissional 43, 44, 45, 53, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 131, 227

Eventos de saúde pública 248, 249, 251, 252, 253, 254, 259

### F

Feminicídio 1, 2, 4, 5, 7, 12, 13

Formação Continuada 66, 69, 70, 74, 76, 171

### G

Gestão da Qualidade 46, 52

Glicemia 117

### H

Higiene 35, 36, 104, 105, 174, 175, 178, 179, 208, 210, 262, 263, 264, 267, 268

### I

Imunização 197, 198, 199, 203, 204, 206

## M

Microbiologia 174, 175, 176, 177, 180, 181, 271

## O

Obesidade 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 169

## P

Passagem de Plantão 152, 154, 155, 156, 157

Planejamento da Política de Saúde 14, 29

Planejamento Estratégico 154, 188, 189, 191, 192, 195, 243

Política de Saúde 14, 15, 17, 18, 19, 20, 21, 29, 30, 40

Políticas Públicas 1, 2, 3, 4, 5, 6, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 20, 26, 29, 30, 31, 32, 61, 72, 73, 75, 76, 111, 118, 199, 200, 215, 230, 241

Processo Contínuo 152, 155

Profissional de Saúde 59, 60, 65, 167, 199, 214, 227

Promoção da Saúde 31, 78, 109, 111, 112, 215, 264, 272, 274

## R

Regionalização 230, 231, 232, 235, 236, 237, 238, 239, 241, 243, 244, 245, 246, 247

Representação Social 220, 223, 226, 228, 229

## S

Sistematização da Assistência de Enfermagem 190, 194

Sistema Único de Saúde 15, 18, 19, 21, 26, 29, 31, 41, 69, 111, 115, 134, 135, 136, 138, 141, 150, 151, 164, 190, 193, 199, 200, 216, 231, 234, 235, 236, 245, 248, 249, 254, 256, 257, 259

Sofrimento Psíquico 103, 106, 107, 109

## T

Telenutrição 163, 165, 166, 167, 168, 169, 170, 171, 172, 173

Tracoma 33, 34, 35, 36, 39

Transtorno de Conduta 80, 81, 84, 85, 86, 87, 88, 186

Transtorno do Espectro Autista 84, 103, 134

## U

Unidade Básica de Saúde 66, 70, 160, 195

Universidades 101, 103, 104, 105, 106, 107, 109, 163, 164, 170, 171, 218, 264

Uso Racional de Medicamentos 213, 214, 215, 216, 217, 218, 219

## V

Vigilância da Saúde 247

Violência Doméstica 5, 7, 10, 11, 55, 56, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64

 **Atena**  
Editora

**2 0 2 0**