



Isabelle Cordeiro de Nojosa Sombra
(Organizadora)

Diário da Teoria e Prática na Enfermagem 4



Isabelle Cordeiro de Nojosa Sombra
(Organizadora)

Diário da Teoria e Prática na Enfermagem 4

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 Internazionale 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^a 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^a Msc. Lilian Coelho de Freitas – Instituto Federal do Pará
 Prof^a Msc. Liliani Aparecida Sereno Fontes de Medeiros – Consórcio CEDERJ
 Prof^a Dr^a 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^a Msc. Renata Luciane Polsaque Young Blood – UniSecal
 Prof^a 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)**

D539 Diário da teoria e prática na enfermagem 4 [recurso eletrônico] /
Organizadora Isabelle Cordeiro de Nojosa Sombra. – Ponta
Grossa, PR: Atena, 2020.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia.

ISBN 978-65-81740-33-7

DOI 10.22533/at.ed.337201402

1. Enfermagem – Pesquisa – Brasil. 2. Enfermagem – Prática.
I. Sombra, Isabelle Cordeiro de Nojosa.

CDD 610.73

Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422

Atena Editora
 Ponta Grossa – Paraná - Brasil
www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br

APRESENTAÇÃO

A obra “*Diário da Teoria e Prática na Enfermagem 3*” aborda uma série de estudos realizados na área da Enfermagem, sendo suas publicações realizadas pela Atena Editora. Em sua totalidade está composta por 2 volumes, sendo eles classificados de acordo com a área de abrangência e temáticas de estudo. Em seus 27 capítulos, o volume II aborda, dentre outros assuntos, a Enfermagem como atuante na promoção e assistência à saúde nos variados níveis de atenção e ramos de atuação, desde a academia até a prática profissional em si.

As pesquisas realizadas trazem temáticas que envolvem a atuação do enfermeiro como instrumento de formação e qualificação profissional, assim como atuante na atenção básica, domiciliar e hospitalar. Dentre alguns trabalhos citamos eixos de pesquisa envolvendo assistência de enfermagem em auditoria, ética e bioética, saúde mental, doenças infectocontagiosas, auditoria, segurança no trabalho, dentre outras.

Portanto, este volume é dedicado tanto aos usuários do sistema de saúde quanto aos profissionais atuantes na assistência, docentes da área e discentes, que desejam adquirir conhecimento e informações atualizadas nos diversos eixos de atuação, trazendo artigos que abordam informações atuais sobre as práticas de saúde aos mais variados públicos.

Ademais, esperamos que este livro possa fortalecer e estimular as práticas educativas pelos profissionais da saúde, desde a atuação assistencial propriamente dita, até a prática dos docentes formadores e capacitadores, buscando cada vez mais a excelência na assistência, disseminando práticas promotoras da saúde, e fortalecendo a prática clínica de enfermagem e das demais profissões que cuidam da saúde.

Isabelle C. de N. Sombra

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1	1
A IMPORTÂNCIA DO CONHECIMENTO SOBRE DOR PARA A EQUIPE MULTIDISCIPLINAR DE SAÚDE	
Mariana Stefenoni Ribeiro	
Renzo Stefenoni Finamore Simoni	
Juliana Pelição Moraes	
Luisa Schilmann Frisso	
Ricardo de Castro Resende	
Maria Ingrid Barbosa Passamani	
Maria Cecília Fontoura de Aquino	
Thayna dos Santos Batista	
João Vitor Elizeu Cerqueira	
Gabriel Lima Barbosa	
Alhender Salvador Bridi	
Carla Vasconcelos Cáspar Andrade	
DOI 10.22533/at.ed.3372014021	
CAPÍTULO 2	13
A IMPORTÂNCIA DA ENFERMAGEM NO TRATAMENTO AO PACIENTE COM SÍNDROME DE FOURNIER	
Ana Patrícia Fonseca Coelho Galvão	
Rita de Cássia Cunha Carvalho	
Loidiana da Silva Maia Alves	
Mônica Lopes Santos	
Regiane dos Santos Silva	
Polyana Sousa dos Santos	
Jeane Figueiredo	
Rock Herbeth Alves Brandão	
Diego Raí de Azevedo Costa	
Benedita Célia Leão Gomes	
DOI 10.22533/at.ed.3372014022	
CAPÍTULO 3	27
ABORDAGEM GRUPAL PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA NO CAPS GERAL DE GUAIÚBA	
Hortência Gueve da Fonseca	
Eysler Gonçalves Maia Brasil	
Albertina Antonielly Sydney de Sousa	
DOI 10.22533/at.ed.3372014023	
CAPÍTULO 4	38
AÇÕES DE ENFERMAGEM PARA PREVENÇÃO DE INFECÇÕES HOSPITALARES NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA	
Cintia Regina Silva Pimentel	
Karla Mota de Matos	
Nisiane dos Santos	
Janaína Amorim Barros	
Viktória Ribeiro da Silva Santini	
Rafael Mondego Fontenele	
DOI 10.22533/at.ed.3372014024	

CAPÍTULO 5	50
ACOLHIMENTO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: DIFICULDADES E DESAFIOS DO ENFERMEIRO	
Ana Patrícia Fonseca Coelho Galvão	
Joelma de Jesus Oliveira	
Benedita Célia Leão Gomes	
Keile de Kassia de Oliveira Mendes	
DOI 10.22533/at.ed.3372014025	
CAPÍTULO 6	61
ASPECTOS LEGAIS DA VACINAÇÃO COMPULSÓRIA	
Juan Felipe Nascimento da Silva	
Nathalia Moreira Lima de Freitas	
DOI 10.22533/at.ed.3372014026	
CAPÍTULO 7	63
ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA ADESÃO AO TRATAMENTO NÃO FARMACOLÓGICO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA	
Taciane Aparecida Dias dos Santos	
Andreia Lima Oliveira	
Raimundo Nonato Pereira de Sousa	
Francisco Lucas de Lima Fontes	
Anderson de Assis Ferreira	
Hallyson Leno Lucas da Silva	
Karine do Nascimento Miranda Martins Granjeiro	
Naasson Damasceno Silva	
Alexsandra Maria Ferreira de Araújo Bezerra	
Luanna Sousa de Moraes Lima	
Marina Ribeiro da Fonseca	
Adriana Maria de Sousa	
DOI 10.22533/at.ed.3372014027	
CAPÍTULO 8	71
DIALOGANDO SOBRE GÊNERO E DIVERSIDADE NO CAMPO DA EDUCAÇÃO	
Mariana Teles da Silva	
Andreza Maria de Souza Santos	
Adriana da Silva	
Aline Moraes Venancio de Alencar	
Andriela dos Santos Pinheiro	
Anna Carla Terto Gonçalves	
Ariadne Gomes Patrício Sampaio	
Halana Cecília Vieira Pereira	
João Edilton Alves Feitosa	
José Nairton Coelho da Silva	
Nayara Thuany Camilo Oliveira	
Rodolfo dos Santos Alves de Oliveira	
DOI 10.22533/at.ed.3372014028	
CAPÍTULO 9	82
DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DE UMA POLICLÍNICA REGIONAL	
Yasmin Saba de Almeida	
Emillia Conceição Gonçalves dos Santos	
Eliete Aparecida Teodoro Amaral	
Danilo da Silva Amaral	
Sabrina Edwirges Gomes Garzedim	

Ana Beatriz Iannuzzi Nora
Luciano Godinho Almuinha Ramos
Thayla Cristine Espíndola Junger
Ana Beatriz Poleça dos Santos
Lucas Nobre Garrido
Jéssica Baptista Vieira
Vitória Viana Gomes Pinto
Caroline Aparecida Ferreira Reis
Daniele Ferreira Barbosa Rodrigues
Julianna Costa Bela
Julianna Ferreira Rodrigues

DOI 10.22533/at.ed.3372014029

CAPÍTULO 10 96

ÉTICA E BIOÉTICA: UMA ABORDAGEM SOBRE O ENSINO DE ENFERMAGEM EM RELAÇÃO À MORTE

Mateus Dall Agnol
Maria Eduarda da Silva
Victória Vieira Hertz
Rosana Amora Ascari

DOI 10.22533/at.ed.33720140210

CAPÍTULO 11 107

FATORES DE RISCOS DA LESÃO POR PRESSÃO E A APLICAÇÃO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA PROFILAXIA

Camila Brito Sousa
Jennyfer Sousa Brito
Nayra Samyra Rodrigues Ferreira
Paloma Fontoura dos Santos
Vanessa Costa de Almeida Viana
Layane Mota de Souza Jesus

DOI 10.22533/at.ed.33720140211

CAPÍTULO 12 112

GRADUAÇÃO X DEPRESSÃO: SAÚDE MENTAL DOS ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM

Cíntia Pereira Ferreira
Franciany Marçal Assis Barros
Beliza Xavier da Silva Pinto Barbosa
Gladstone Duarte Miranda
Juliana da Silva Bispo
Mirian Batista Rodrigues

DOI 10.22533/at.ed.33720140212

CAPÍTULO 13 121

FATORES DE RISCO RELACIONADOS À COINFEÇÃO PELA TUBERCULOSE/HIV – REVISÃO DA LITERATURA

Cassius Herrera
Fernando Brockestayer Cortez Pereira
Filipe Toribio Mendes
Gabriel Barroso Silva Brito
Lucas Vieira Pinto
Loise Cristina Passos Drummond
Marcela Souza Lima Paulo

DOI 10.22533/at.ed.33720140213

CAPÍTULO 14 130

FITOTERAPICOS UTILIZADOS NO PROCESSO DE CICATRIZAÇÃO: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Ana Cibele Lopes da Silva
Ana Raiany de Lima Agostinho
Bruna Bandeira Oliveira Marinho
Fernanda Pereira Brito
Isabelita de Luna Batista Rolim
Maria Welinadia Tavares Figueiredo
Marlene Meneses de Sousa Teixeira
Shura do Prado Farias Borges
Taila Alves Cardoso Martins
Talita Alencar de Melo
Thais Queiroz Correia Feitosa

DOI 10.22533/at.ed.33720140214

CAPÍTULO 15 139

INFECÇÃO HOSPITALAR E SUA RELAÇÃO COM A NEGLIGÊNCIA DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE: UMA REVISÃO DA LITERATURA

Jullia Alvarino da Silva Santos
Gabrielly Pontes Ribeiro
Kamila Bodart Coelho
Manuela Lirio Prates Pimentel
Nathália Soares de Barros
Marcela Souza Lima Paulo
Loise Cristina Passos Drumond

DOI 10.22533/at.ed.33720140215

CAPÍTULO 16 147

INTEGRAÇÃO ENSINO - SERVIÇO PARA AS PRÁTICAS DE AUDITORIA NO AMBIENTE HOSPITALAR

Ângela Barichello
Fabiane Pertille
Jane Tavares Gomes

DOI 10.22533/at.ed.33720140216

CAPÍTULO 17 151

LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO: PRINCIPAIS ALTERAÇÕES NEUROPSICOLÓGICAS EM PACIENTES LÚPICOS

Thainara Araujo Franklin
Pâmala Barreto Cambuí
Juliane Oliveira Santos
Vitória Marques da Silva
Morganna Thinesca Almeida Silva
Nádja Shirley de Andrade Cavalcante
Marcos Vinicius Oliveira Carneiro
Noaci Madalena Cunha Loula

DOI 10.22533/at.ed.33720140217

CAPÍTULO 18 161

O APORTE DA DISCIPLINA DE PATOLOGIA GERAL NO CUIDADO DE LESÕES CUTÂNEAS: UMA REVISÃO NARRATIVA

Karine Regina Reinehr
Renata Mendonça Rodrigues
Danielle Bezerra Cabral

CAPÍTULO 19 167

O IMPACTO E A IMPORTÂNCIA DA LIGA ACADÊMICA PARA ALUNOS DE MEDICINA E PARA COMUNIDADE ATRAVÉS DE UM PROJETO DE EXTENSÃO

Renzo Stefenoni Finamore Simoni
Guilherme Maia Costa Varejão Andrade
Mariana Stefenoni Ribeiro
Maria Ingrid Barbosa Passamani
Amanda Castro de Bone
Nemer Emanuel Crevelario da Silva
Gustavo Binda Gouvêa
João Vitor Elizeu Cerqueira
Gabriel Lima Barbosa
Erick Freitas Curi

DOI 10.22533/at.ed.33720140219

CAPÍTULO 20 175

O PAPEL DO ENFERMEIRO AUDITOR

Ana Patrícia Fonseca Coelho Galvão
Fabiana Pereira da Silva
Diana Alves de Oliveira
Benedita Célia Leão Gomes
Maria Rute Gonçalves Moraes

DOI 10.22533/at.ed.33720140220

CAPÍTULO 21 186

PROMOÇÃO DA SAÚDE: DICOTOMIA ENTRE PÚBLICO E PRIVADO

Rinaldo Caetano da Silva
Maristela Dalbello-Araujo
Maria Carlota de Rezende Coelho
Paula de Souza Silva Freitas

DOI 10.22533/at.ed.33720140221

CAPÍTULO 22 207

RELATO DE EXPERIÊNCIA DE UM ACADÊMICO DE ENFERMAGEM SOBRE O ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL NA UNIDADE DE SAÚDE

Karla Virgínia da Nóbrega Novais Vieira
Ellen Giovanna Silva de Menezes
Iraneide Izabel da Silva
Janaína da Graça Bezerra Silva
Jayemili Gizellia Elias da Silva
Jhenefer Moreira da Silva
José Victor Machado Coraciara
Layane de Lima Góis
Luis Carlos Gomes Júnior
Maria Clara da Silva Santos
Rayanne Nayara da Silva
Júlia Adriely Oliveira da Silva Cavalcanti

DOI 10.22533/at.ed.33720140222

CAPÍTULO 23 212

SÍNDROME DE BURNOUT EM ESTUDANTES DA ÁREA DE SAÚDE: UMA REVISÃO DA LITERATURA

Vanessa de Jesus Guedes Dias

Ingrid Jamille Miranda de Paulo
Layrla Fernandes Pereira
Francisca Moura dos Santos
Linielce Portela Nina da Silva
Mariana da Cunha Costa
Patricia da Silva Pereira dos Reis
Ana Paula Cunha Duarte
Laís Daniela dos Santos Viana
Jucelia Lima Sousa
Amanda Cristina de Sousa Costa
Brígida Maria Gonçalves de Melo Brandão

DOI 10.22533/at.ed.33720140223

CAPÍTULO 24 222

SEPSE EM PACIENTES INTERNADOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Bruna da Conceição Fernandes da Silva
Giulliana Carvalho de Albuquerque
Isaac de Sousa Araújo
Ítalo Vinicius Lopes Silva
Josélia Santos Oliveira Evangelista
Monique Oliveira Silva
Pedro Henrique Vieira Nunes
Rayane Moreira de Alencar
Rainara Gomes de Sousa
Sara Amy da Silva Alves dos Santos
Tonny Emanuel Fernandes Macedo
Woneska Rodrigues Pinheiro

DOI 10.22533/at.ed.33720140224

CAPÍTULO 25 232

SAÚDE E SEGURANÇA NO TRABALHO: DO APRENDIZADO A VIVÊNCIAS PROFISIONAIS

Adriana da Silva
Aline Moraes Venancio de Alencar
Andriela dos Santos Pinheiro
Andreza Maria de Souza Santos
Anna Carla Terto Gonçalves
Ariadne Gomes Patrício Sampaio
Halana Cecília Vieira Pereira
João Edilton Alves Feitoza
Leonardo Araújo Sampaio
Mariana Teles da Silva
Nayara Thuany Camilo Oliveira
Rodolfo dos Santos Alves de Oliveira

DOI 10.22533/at.ed.33720140225

CAPÍTULO 26 240

TECNOLOGIAS NÃO INVASIVAS UTILIZADAS NO ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM À PARTURIENTE

Debora Alencar Teixeira Gomes
Helen Dayane Oliveira da Silva Souza
Janaina dos Santos Silva
Leila Diniz Viana dos Santos
Tereza Vitória Virginio Linhares
Bruna Caroline Rodrigues Tamboril
Lara Helen Sales de Sousa
Francisco Walter de Oliveira Silva

Assunção Gomes Adeodato
Luis Adriano Freitas Oliveira
Larissa Natale dos Santos
Nayana Kelly Maia Alcoforado Rios

DOI 10.22533/at.ed.33720140226

CAPÍTULO 27 251

SUORTE BÁSICO DE VIDA EM REANIMAÇÃO CARDIOPULMONAR: CONHECIMENTO DE ENFERMEIROS DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

Andrezza Gabrielle Pereira da Nóbrega
Cíntia de Lima Garcia
Cibele do Nascimento
Felipe Eufrosino de Alencar Rodrigues
Thauane Luara Silva Arrais
Rafaella Alcantara Bezerra Moreira
Maria de Lourdes de Macêdo Bernardo

DOI 10.22533/at.ed.33720140227

SOBRE A ORGANIZADORA..... 265

ÍNDICE REMISSIVO 266

PROMOÇÃO DA SAÚDE: DICOTOMIA ENTRE PÚBLICO E PRIVADO

Data de aceite: 05/02/2020

Data de Submissão: 04/11/2019

Rinaldo Caetano da Silva

Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM). Vitória, Espírito Santo.

<http://lattes.cnpq.br/6373595673036654>

Maristela Dalbello-Araujo

Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM). Vitória, Espírito Santo.

<http://lattes.cnpq.br/1496949211181149>

Maria Carlota de Rezende Coelho

Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM). Vitória, Espírito Santo.

<http://lattes.cnpq.br/8823411473824243>

Paula de Souza Silva Freitas

Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Vitória, Espírito Santo.

<http://lattes.cnpq.br/6676352092840927>

RESUMO: Este artigo trata do resultado da comparação feita entre as normativas que regulamentam as ações de promoção da saúde nos sistemas público e privado, procurando responder de que maneira as políticas aplicadas por cada uma dessas esferas se assemelham

ou diferem na perspectiva dos postulados da promoção da saúde e prevenção de doenças. Para tal foi realizada Análise Documental, por meio de ficha de leitura de quatro documentos: duas portarias da Política de Promoção da Saúde (PNPS), emanadas pelo Ministério da Saúde (2006 e 2014) e duas instruções normativas da Agência Nacional de Saúde (ANS), disseminadas por meio de manuais técnicos (2006 e 2011). Concluímos que as políticas têm caminhos e alvos diferentes, haja vista que a PNPS, através de seus valores, princípios e diretrizes alcança todo o território nacional com suas ações, visando trabalhar os determinantes sociais e condicionantes da saúde, já aquelas que provêm da ANS, apesar de bem estruturadas em seus manuais técnicos, atingem uma pequena parcela da sociedade, ou seja, os beneficiários dos planos de saúde, aspirando iniciativas individuais e cumprindo uma lógica econômica. Entretanto, ambas afirmam que almejam a mudança do modelo assistencial de saúde. **Objetivo:** Identificar as semelhanças e diferenças entre a Política Nacional de Promoção da Saúde do Ministério da Saúde e a Política de Regulação Indutora de Promoção de Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

HEALTH PROMOTION: PUBLIC-PRIVATE DICHOTOMY

ABSTRACT: This article deals with the result of the comparison made between the regulations that regulate health promotion actions in the public and private systems, seeking to answer how the policies applied by each of these spheres are similar or different from the perspective of the postulates of health promotion and disease prevention. To this end, a Documentary Analysis was carried out, through a reading form of four documents: two Health Promotion Policy (PNPS) ordinances issued by the Ministry of Health (2006 and 2014) and two normative instructions from the National Health Agency (ANS), disseminated through technical manuals (2006 and 2011). We conclude that the policies have different paths and targets, given that the PNPS, through its values, principles and guidelines reaches the entire national territory with its actions, aiming to work on the social determinants and conditioning factors of health, while those that come from the ANS, although well structured in its technical manuals, reach a small portion of society, i.e., the beneficiaries of health plans, aspiring individual initiatives and following an economic logic. However, both affirm that they aim at changing the health care model. **Objective:** To identify the similarities and differences between the National Health Promotion Policy of the Ministry of Health and the Inductive Regulation Policy for Health Promotion and Risk and Disease Prevention of the National Agency for Supplementary Health.

KEYWORDS: Public and Private; Health Promotion; Documentary Analysis.

1 | INTRODUÇÃO

A relação entre os setores: Público e Privado se faz presente desde o cenário que antecede o nascimento da saúde pública no Brasil. Podemos destacar o desenvolvimento dos meios de produção e a urbanização crescente que começam a incitar mudanças tanto no trabalho, quanto na saúde; o combate às epidemias e sua relação com o sistema econômico; o desenvolvimento da medicina previdenciária e seus impactos na sociedade; a chegada dos recursos tecnológicos e farmacêuticos; as manifestações por melhores condições de saúde e emprego; a conquista da saúde garantida através da Constituição Federal e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), todos esses episódios trazem facetas desta relação. Observa-se que no texto da Constituição Federal (1988) a iniciativa privada se caracteriza complementar ao sistema de saúde, haja vista que o artigo 198 aponta ser a saúde um direito de todos e afirma ser o Estado o provedor primordial deste direito.

A noção de Promoção da Saúde surge em meio à busca por novos modelos de atenção à saúde, principalmente na atenção primária, combatendo, deste modo, os

altos custos da atenção secundária e terciária. Tal noção engloba a crítica ao modelo biomédico, fomentando assim uma discussão sobre a importância de envolver outras áreas nos cuidados com a saúde, com foco no combate ao desequilíbrio dos condicionantes e determinantes sociais. Nota-se uma evolução nas discussões e conceitos da promoção da saúde e seus campos de atuação, tanto no âmbito da saúde pública, como também na saúde privada, devido aos cenários epidemiológicos e sociais, os impactos econômicos e o acesso aos cuidados com a saúde.

No Brasil, a Promoção da Saúde no âmbito público se concretiza pela Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), sancionada através de uma portaria governamental que visa reduzir as vulnerabilidades e riscos à saúde relacionados aos determinantes e condicionantes da saúde da população. Na rede de saúde privada percebe-se que o mote para seu incentivo provém de fatores econômicos, através de incentivos fiscais para a instalação de programas de promoção da saúde por parte das operadoras de saúde. Tais incentivos partem da Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), por força de sua Política de Regulação Indutora, disseminada através de um Manual Técnico que propõe vantagens econômicas àquelas operadoras que aderirem à proposta de promoção da saúde.

2 | MÉTODO

Para empreender este estudo realizamos revisão da literatura, visando apreender os aspectos históricos que levam a constituição do sistema de saúde brasileiro, composto por aspectos universais e públicos, porém deixando margem para a iniciativa privada, ainda que em caráter complementar. Também, através da revisão buscamos captar os conceitos que sustentam a noção de Promoção da Saúde, tanto no plano nacional como internacional.

Para proceder ao exame das políticas empreendidas pelos setores público e privado, nos dias atuais, confrontando conceitos e ideias e buscando identificar as semelhanças e diferenças existentes, realizamos Análise Documental que consiste em pesquisar e analisar materiais que não receberam qualquer tipo de tratamento analítico, tais como: documentos oficiais, reportagens de jornal, cartas, contratos, diários, dentre outros (Gil, 2008).

A análise teve a intenção de produzir novos conhecimentos e contribuir para criar formas de compreender o fenômeno, e ainda, destaca-se que a “Análise documental pode ser entendida como uma série de operações, que visa estudar e analisar um, ou vários documentos, buscando identificar informações factuais nos mesmos” (KRIPKA, SCHELLER E BONOTTO, 2015, p. 245).

Corroborando com o entendimento, Sousa, Kantorski e Luís (2011) afirmam,

que a análise documental consiste em identificar, verificar e apreciar os documentos com uma finalidade específica e, nesse caso, preconiza-se a utilização de uma fonte paralela e simultânea de informação para complementar os dados e permitir a contextualização das informações contidas nos documentos.

Seguindo um roteiro guia elaborado pelos autores, inspirado em Prates e Prates (2009), visando facilitar e sistematizar a leitura e pareamento dos documentos. De posse desse modelo, adaptamos e modificamos a ficha de leitura, entendida como o documento onde o investigador registra o resultado de um trabalho de tratamento, análise e síntese da informação. Posteriormente, passamos à análise que visa a caracterização do documento, a codificação, os registros, a categorização e a análise crítica. Em seguida, foi realizada a minuciosa análise dos documentos e, com isso, foi feita a Análise de Conteúdo, seguindo os pressupostos de Bardim, descritos por Kripka, Scheller e Bonotto (2015). Estes autores conceituam o processo de análise através das seguintes etapas: de Pré-análise que consiste em organização, escolha e seleção dos documentos, posteriormente exploração do material a fim de realizar uma análise mais aprofundada do documento e por fim, o tratamento dos resultados, buscando descobrir o conteúdo com maior potencial informativo (KRIPKA; SCHELLER; BONOTTO, 2015, p. 246).

Sendo assim, foi realizada Análise de duas portarias da Política de Promoção da Saúde (PNPS) emanadas pelo Ministério da Saúde, de 2006 e 2014 e de duas resoluções normativas que dizem respeito à regulação da ANS, disseminadas através de manuais técnicos, de 2006 e 2011, entre os meses de fevereiro e setembro de 2018. Tal estratégia de análise foi necessária, uma vez que a lógica empreendida por tais estratégias busca resultados similares, porém por caminhos distintos. Além disso, muitas das vezes, se fundamentam nas mesmas fontes de conhecimento e estudo para a elaboração de suas propostas, diferindo, entretanto, na forma de alcançá-los.

Através deste estudo buscamos desbravar as entrelinhas das políticas de Promoção da Saúde empreendidas, tanto pela ANS, quanto pela PNPS, analisando de que maneira as atuações se aproximam ou distanciam, como se organizam, quais os caminhos utilizados para que as intervenções sejam significativas para a sociedade.

3 | SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO: PÚBLICO E PRIVADO

O Sistema de Saúde vigente no país é chamado de Sistema Único de Saúde – (SUS), cuja regulamentação é relativamente recente em termos de política pública. De acordo com Aciole, (2006, p.195):

O SUS como produto do movimento de reforma sanitária brasileira tem assim caráter fortemente utópico ao pretender construir outra relação entre estado e sociedade, e por possuir uma concepção incluyente, pluralista, democrática, descentralizadora, de base municipalista, além de transparente, porque submetida ao controle externo, do **público sobre a ação estatal**.

Assim, nasce o SUS, “de caráter público, formado por uma rede de serviços regionalizada, hierarquizada e descentralizada, com direção **única em cada esfera de governo** e sob o controle dos seus usuários” (BRASIL, 1990, p.4).

A ideia de um Sistema Único de Saúde, estatal e público, está assentada, ademais, nas premissas de gestão nacionalizadora de recursos, unicidade de princípios em abrangência nacional, abertura a participação comunitária, permeabilidade às injunções da esfera pública, institucionalizada na forma de conselhos paritários e setoriais, e realização de um conjunto de ações que consideram a saúde como um produto das necessidades sociais construídas em cada momento histórico (ACIOLE, 2006, p.20).

E, em consonância com o Art. 7º da Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990, as ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas na Constituição Federal (CF 88), obedecendo, ainda, aos seguintes princípios: universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; e equidade, que se impõe como o imperativo de tratar diferentemente, buscando atenuar desigualdades.

Para que o SUS possa funcionar em todos os campos e regiões brasileiras, ele se organiza através dos princípios da regionalização e hierarquização, atuando tanto em linhas horizontais quanto verticais, possibilitando conhecimento e atendimento dos mais diversificados casos e situações do país. Também deve obedecer ao princípio da participação social, por meio dos conselhos e conferências (BRASIL, 1990).

Além disso, desde sua criação, está previsto o princípio da complementariedade do setor privado, garantido pela constituição, o que possibilita a participação da iniciativa privada nos processos de atenção à saúde da população, mediante dispositivos que norteiam a celebração de suas ações (BRASIL, 1990).

Paim (2005), ao discutir a relação público e privado, inerente ao sistema de saúde brasileiro, aponta que tais discussões surgiram ainda no período anterior a VIII Conferência Nacional de Saúde, através de trabalhos, teses e estudos realizados por Carlos Gentile (1918-1982), Cecilia Donnangelo (1940-1983), Sergio Arouca (1941- 2003) e outros desbravadores da saúde coletiva. Tais estudos afirmam que, apesar do setor privado não ter participado ativamente durante os debates, não

deixou de compor a Comissão Nacional da Reforma Sanitária (*CNRS*), no sentido da defesa de seus interesses.

Destaca-se do relatório da CNRS destinado à Assembleia Nacional Constituinte, o trecho «é assegurado o livre o exercício da atividade liberal em saúde e a organização de serviços privados, obedecidos os preceitos éticos e técnicos determinados pela lei e os princípios que norteiam a Política Nacional em Saúde» (PAIM, 2005, p. 115).

O governo é o principal responsável em gerir e financiar o sistema, é ele que encaminha fundos significativos dos cofres públicos na conservação das políticas sociais. Esses recursos são divididos mediante necessidades apresentadas e são supridos por via de novas arrecadações periódicas, conotando uma manutenção econômica de geração a geração. O modelo propõe uma cidadania universal, pois os proveitos são garantidos como direitos sociais, de modo universal a todos que dele necessitem (FLEURY; OUVENEY, 2008).

Desta forma, podemos afirmar que o Sistema de Saúde vigente no país é composto por dois subsistemas, um privado, caracterizado por relações de mercado e regido pelo código de defesa do consumidor, e um público, cabendo ao Estado a sua organização. Para Pietrobon, Prado e Caetano (2008) o subsistema privado é ainda dividido em dois subsetores: o subsetor saúde suplementar e o subsetor liberal clássico.

Na fala de Aciole (2006), a expressão privada, se põe contrária a público, na qual se liga a ideia de mercado, compreendido como ambiente de produção. Traz ainda que, o termo público é usado para dar sentido no que diz respeito à distribuição do bem comum, ao interesse público e coletivo em geral, enquanto o privado expressa a condição individualizada. O desenvolvimento do campo da saúde decorreu, na área pública, de práticas coletivas e preventivas, ações essas de cunho estatal. De outro lado, o crescimento na área privada ocorreu pelas práticas individuais e curativas, relacionadas com a prática clínica.

Para Sader (2005, p. 47), a relação público-privado se manifesta no seguinte aspecto:

A distinção público-privado pode ser encarada de uma outra ótica: a da distinção política/economia, com o primado do público sobre o privado interpretado como o primado da política sobre a economia, do interesse geral sobre a acumulação e as necessidades privadas. Essa visão é possível, porque, à diferença das sociedades pré-capitalistas, no capitalismo a acumulação privada não requer para sua reprodução [...] a intervenção estrutural da política.

No entendimento de Fleury e Ouverney (2008) a construção da política de saúde como política social envolve diversos aspectos políticos, sociais, econômicos, institucionais, estratégicos, ideológicos, teóricos, técnicos, culturais, dentre outros. A divisão de responsabilidades, no entanto, não exime as pessoas, a família,

empresas e a sociedade.

Devido cenário duplo de atenção à saúde, e com a intensificação do desequilíbrio nas relações de mercado, organiza-se através da Lei nº 9.656/98, o setor de saúde suplementar, minimizando impactos para seus usuários, com controle sobre fatores econômicos e regulamentando a atuação das empresas privadas (PIETROBOM, PRADO E CAETANO, 2008).

De acordo com Carvalho, Fortes e Garrafa (2013, p.261), essa lei:

[...] estabeleceu como plano básico e mínimo que uma operadora deveria garantir no produto oferecido no mercado, além da opção segmentar de planos com cobertura ambulatorial/ hospitalar, somente ambulatorial ou apenas hospitalar com atendimento pré-natal.

Scheffer e Bahia (2005) afirmam que não há um consenso firmado entre os estudiosos do setor privado de saúde, pois existem outras denominações para além de Saúde Suplementar, podendo ser eles: Atenção Médica Supletiva, Assistência Médica Complementar ou Assistência Médica Suplementar.

O termo operadora é herança de outros setores regulados, enquadrado sob a mesma característica de modalidades empresariais bem distintas, não refletindo as diversidades dos segmentos. Já a legislação entende por operadora toda e qualquer pessoa de direito privado responsável por administrar planos de saúde (SCHEFFER; BAHIA, 2005).

Na busca de controlar melhor as ações por parte da iniciativa privada, deu-se início ao processo de regulação através do controle da comercialização de produtos, restringindo ações excludentes por perfil de risco, buscando ajustar o desequilíbrio econômico do mercado de saúde, procurando equilibrar a relação entre consumidor e fornecedor (PIETROBOM; PRADO; CAETANO, 2008).

No setor saúde encontramos duas agências de regulação: a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), incumbida de ações regulatórias nos setores de vigilância Sanitária e a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), responsável pelo setor suplementar de assistência (HEIMANN, 2005).

A ANS é uma autarquia especial que tem como características a autonomia administrativa, financeira, patrimonial e de gestão de recursos humanos, autonomia nas suas decisões técnicas e com mandato fixo de diretores. Sua finalidade é promover a defesa do interesse público, e suas funções são: a regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantem a assistência supletiva à saúde. A regulação se apresenta como alternativa de proporcionar a eficiência econômica, e deste modo, oportunizar o bem-estar dos consumidores e usuários, concomitantemente fomenta novas oportunidades para o desenvolvimento da economia (SCHEFFER; BAHIA, 2005).

A ANS tem por objetivo viabilizar a proteção das intenções públicas no auxílio

à saúde, monitorando as atividades dos planos privados de saúde, inclusive na relação de comércio, compra e venda, consumo e oferta (PIETROBOM, PRADO E CAETANO, 2008).

O nascimento da agência ligada ao Ministério da Saúde, simbolizou um ganho da saúde sobre o campo econômico, mas veio também concretizar o ideário sobre a diferenciação entre o segmento privado e o SUS, fortalecendo, no plano legal e institucional, a presença de dois sistemas que não se comparam.

A Agência, em 2005, criou o Programa de Qualificação no Setor de Saúde Suplementar com o objetivo de fomentar avanços no setor saúde e, promover melhorias e expansão dos cuidados à saúde, fornecida pelos planos de saúde, incitando além da recuperação, também a promoção e a prevenção, visto que são empresas com finalidade social (SCHEFFER; BAHIA, 2005).

No polo privado destaca-se o mercado através da oferta de prestação de serviços de assistência médica individual e curativa, mantida pelo sistema de vendas dos produtos em saúde, definida como saúde suplementar, que reúne as operadoras e seguros privados de saúde, que se organizam como cooperativas de trabalho médico, medicinas de grupo, filantrópicas e autogestões. Neste cenário que podemos definir os dois sistemas de saúde no Brasil: o Público através do SUS e o Privado formado pelas operadoras de Planos de Saúde (ACIOLE, 2006).

Na gestão do SUS, a participação de representantes da sociedade e dos gestores das diversas instâncias subnacionais de governo é garantida por meio de diversos arranjos institucionais, que permitem não só maior responsabilização do poder público, como também a participação no processo decisório. No caso da assistência suplementar, o arranjo institucional de uma agência reguladora dotada de alto grau de autonomia administrativa, decisória e punitiva não considera as instâncias decisórias e gestoras do SUS (MENICUCCI, 2010, p.192).

Pelo cenário apresentado até o momento, observamos as diferentes características nos sistemas público e privado atuantes no setor saúde, principalmente na relação entre estado e mercado, que constituem um sistema híbrido definido por sua dicotomia, expressando suas diferentes faces socioeconômicas dependentes de implantações de políticas públicas e privadas e seus reflexos no social (ACIOLE, 2006).

O cenário de baixo investimento no setor público faz com que o SUS fique comprometido na aquisição dos recursos, pois os repasses fiscais do governo para o privado, os custos com os planos privados de saúde para trabalhadores estatais e o desgaste econômico de auxílios fiscais fazem com que o SUS fique desprovido de maiores receitas. Essa herança advém desde o regime militar (PIETROBOM; PRADO; CAETANO, 2008).

Contudo, Scheffer e Bahia (2005) dizem que a ANS, que é o responsável pelo setor de integração com o SUS, articula esta relação por meio da tentativa de

ressarcimento para o sistema público de ações realizadas por pessoas portadoras de planos privados de saúde, através de procedimentos jurídicos e administrativos. Ainda segundo os autores, o modelo de ressarcimento se restringe às situações de internação e atendimentos de urgência e emergência. O aspecto legal prevê que o processo de ressarcimento deva acontecer, porém tem sido muito rara esta ação. Com este panorama o setor público com isso perde força e arca com os procedimentos mais onerosos do cuidado com a saúde.

4 | PROMOÇÃO DA SAÚDE

A ideia de Promoção da Saúde (PS) tem sido discutida, nos últimos 30 anos, em diversos países, principalmente, os que estão em franco desenvolvimento. A PS foi, então, se estabelecendo como um campo de possibilidades e apresentada de várias maneiras: como utopia, estratégia, prevenção, meio, finalidade, imperativo ético, nível de intervenção na saúde, bandeira de luta social, diretriz, direcionamento das políticas, paradigma, dentre outros (IGLESIAS; DALBELLO DE ARAUJO, 2009).

As concepções de Promoção da Saúde foram se alterando com o decorrer dos anos devido às discussões realizadas em torno da própria concepção de saúde. Se antes se defendia que saúde era o estado oposto a estar doente, atualmente, há a compreensão que a saúde é um estado influenciado por vários fatores, dos quais se deve se considerar, inclusive, as relações subjetivas dos sujeitos.

Buss (2003) aponta que Winslow, em 1920, apresentava o conceito de saúde pública como a arte de evitar enfermidades, prorrogar a vida e evoluir a saúde corporal, mental e a eficiência do corpo. Estes objetivos seriam alcançados via empenhos comunitários organizados para o saneamento do meio ambiente; o controle das infecções na comunidade; o arranjo dos serviços médicos e paramédicos, para o diagnóstico precoce e a terapêutica preventiva.

Para Czeresnia (2003), a Promoção da Saúde é o empenho comunitário feito para atingir políticas que melhorem as condições de saúde. Ela é composta ainda por programas educativos, que visem à melhoria individual da saúde e deve desenvolver uma “maquinaria social” que garanta para todos um nível de vida apropriado para a manutenção e melhoria da saúde.

A Promoção da Saúde, segundo Sícoli e Nascimento (2003), possui duas perspectivas. A conceitual - compreendida por princípios, premissas e definições - e a metodológica – que se refere ao desenvolvimento prático, planos de ação, estratégias, mecanismos para intervir e ferramentas metodológicas.

Neste mesmo sentido, Traverso-Yépez (2007) aponta que a OMS entende a Promoção da Saúde como processo social e político, que envolve ações dirigidas a mudar as condições sociais, ambientais e econômicas, de forma a amenizar o seu

impacto na saúde pública e individual.

A Promoção da Saúde, segundo Dalbello-Araujo et al. (2012), baseia-se no trabalho conjunto das políticas sociais, que possibilitam melhorias e maior qualidade na maneira de viver. Czeresnia (2003) reforça que a PS é composta por um grupo de atividades, de metodologia e de artifícios, que podem ser governamentais ou civis. Estas devem propiciar o desenvolvimento das condições de bem-estar e de acesso a bens e serviços sociais que promovam o desenvolvimento de conhecimentos, atitudes e comportamentos.

Para Silva (2012) a prevenção de doenças se fundamenta nos moldes epidemiológicos e procura descobrir quais são os fatores responsáveis pela disseminação das doenças, apresentando como objetivo prioritário evitar o desenvolvimento de patologias. De acordo com Sucupira e Mendes (2003), a concepção de prevenção advém da perspectiva economicista e foi rapidamente introduzida pelo modelo capitalista. Tal concepção coaduna-se com as ideologias do paradigma da biomedicina e ocasiona a necessidade de se agregar tecnologia adequada para essas ações. Com este pensamento incentivou-se a prática dos exames de «check-up» e a indústria da prevenção.

Por outro lado, o campo conceitual e prático da Promoção da Saúde tem se afirmado como uma reação ao excesso de medicalização, tanto da sociedade como no sistema de saúde; além de atualmente possuir uma concepção mais abrangente (SUCUPIRA; MENDES, 2003).

Iglesias (2009) discorre sobre a etiologia do termo promover:

[...] vem do latim *promovere*, na direção de mover, ir mais além, ir para a frente, avançar, dar impulso, apoiar, fomentar, favorecer, propor, fazer-por (alguma coisa) mas também fazer-com (alguém) e através-de (um grupo, uma organização). Assim, ao contrário da ação de Prevenção, que visa o controle dos acontecimentos para a garantia do não adoecimento, a Promoção à Saúde vai em direção do acontecimento, trabalhando com a possibilidade de escolha do sujeito (IGLESIAS, 2009, p. 39).

Czeresnia (2003) salienta que há uma ótica conservadora da Promoção da Saúde que corrobora com a redução da responsabilidade do Estado e transfere aos sujeitos a obrigação de tomarem conta de si mesmos. Por outro lado, há uma perspectiva progressista que aponta para outra dimensão da Promoção da Saúde, evidenciando a elaboração, de políticas públicas intersetoriais, direcionadas à melhoria da qualidade de vida das populações. Promover a saúde vai além do campo da saúde e considera o ambiente, em sentido amplo, percorrendo a concepção local e global, além de agregar elementos físicos, psicológicos e sociais.

Dalbello-Araujo et al. (2012) afirmam que a PS e a prevenção de doenças se complementam, contudo, não se igualam, pois cada uma apresenta sua própria concepção sobre saúde e à maneira dos indivíduos a conquistam.

Para Traverso-Yépez (2007), os vários entendimentos referentes à Promoção da Saúde apresentam óticas distintas no que diz respeito ao desenvolvimento das ações e o modo como se organizam, pois, enquanto a prevenção busca combater o que não se manifestou em qualquer aspecto biopsicossocial, a promoção tende a zelar pela qualidade de vida de pessoas e seus ambientes.

Nas palavras de Sucupira e Mendes (2003, p.9) “para a prevenção, evitar a ocorrência de enfermidade e a perda do bem-estar é o objetivo final. Para a promoção da saúde o objetivo contínuo é buscar expandir o potencial positivo de saúde, portanto, a ausência de doenças não é suficiente.”

A Promoção à Saúde trabalha com uma ideia abrangente de saúde, que está relacionada à ideia de uma boa qualidade de vida, o que inclui acesso ao lazer, à educação, ao saneamento básico, à alimentação, entre outros determinantes da saúde. Seguindo nesta direção, torna-se presente outra diferença em relação à Prevenção que traz a presença de profissionais de saúde para a sua realização, já as atividades de Promoção à Saúde podem e devem ser efetivadas por organizações não-profissionais, movimentos sociais, governos locais, municipais, regionais e nacionais (IGLESIAS, 2009).

A discussão sobre qualidade de vida e saúde é histórica. A articulação do tema se faz importante para o Brasil e os demais países latino-americanos, pois eles apresentam má distribuição de renda, analfabetismo e baixo grau de escolaridade, condições precárias de habitação e ambiente, situações de miséria, pessoas morrendo antes de completar 40 anos, falta de água potável e de acesso a esgoto; fatores que têm um papel muito importante nas condições de saúde (BUSS, 2000; BYDLOWSKI; WESTPHAL; PEREIRA, 2004).

É importante a discussão de propostas que estimulem mudanças verdadeiras nos indivíduos, nos grupos, nos governos - ou seja, na sociedade - para que se alcance um cenário em que as condições mínimas necessárias para sobrevivência digna sejam garantidas à população, ou seja, a construção de um mundo saudável (BYDLOWSKI; WESTPHAL; PEREIRA, 2004).

5 | POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

No Brasil, com o término da ditadura militar e o início da redemocratização do país, grupos de sanitaristas progressistas, não satisfeitos com os avanços alcançados com as mudanças propostas pelas correntes preventivistas, acentuaram a discussão em busca de novos paradigmas para direcionar atividades que pudessem dar uma nova dimensão às políticas públicas do setor saúde, levando em consideração os determinantes sócio históricos do processo saúde-doença.

A implementação do SUS como Sistema de Saúde não ocorreu de modo linear, ela é repleta de avanços e de estagnações e impasses; fato semelhante ocorreu na implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS).

A PNPS construiu-se no cotidiano de trabalho das equipes de saúde, especialmente no âmbito do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e da Estratégia de Saúde da Família (PACS/ESF) (BRASÍLIA, 2010). O PACS/ESF tem considerável integração social e territorial e orienta-se pelos princípios de vinculação, corresponsabilização e integralidade na assistência à saúde e, assim, estabelece um percurso fundamental para a implantação de ações de Promoção da Saúde no SUS (BRASÍLIA, 2010).

Para Teixeira (2006), as sugestões contempladas em relação à Promoção da Saúde contribuem para enriquecer o debate sobre a mudança do modelo de atenção à saúde no SUS, além de contribuir para a construção da vigilância da saúde direcionada aos determinantes de riscos e danos à saúde individual e coletiva (TEIXEIRA, 2006).

Foi assim que nasceu em 2006, a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), por meio da Portaria nº687 MS/GM DE 30.03.2006, visando melhorias na saúde da população, frente aos desafios e aos resultados das Conferências Nacionais e Internacionais de Saúde (BRASIL, 2006).

Segundo Albuquerque et al. (2016), a PNPS visa resgatar as discussões no que tange aos modos mais saudáveis de viver da população com o intuito de debater os determinantes sociais (DSS) e de afastar-se da culpabilização do sujeito pelo adoecer. A política, através do seu texto, busca mudanças no modo de organizar, planejar, realizar, analisar e avaliar o trabalho em saúde. Segundo Magalhães (2016), desde a criação da PNPS e sua revisão em 2014, ocorreram ampliações dos investimentos para projetos e programas que visam à promoção da saúde em todo o território brasileiro.

Todo esse processo vai ao encontro do objetivo, destacado por Westphal e Franceschini (2016). Segundo as autoras, a PNPS, revista e publicada em 2014, assume o objetivo geral de promover a equidade e a melhoria das condições e dos modos de viver, ampliando a potencialidade de saúde individual e coletiva e reduzindo a vulnerabilidade e riscos à saúde decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais. A PNPS se organiza e se estrutura através de diretrizes, temas transversais, eixos operacionais, competências comuns e específicas para cada esfera de gestão do setor de saúde, compreendendo o próprio MS, Secretarias Estaduais e Municipais de saúde. Prevê também ações de financiamentos, para ações de promoção de saúde e atenção a temas prioritários, assim compreendidos em sua idealização, contemplando seus valores e princípios Expandindo-se através de temas transversais, são discutidos: os Determinantes

Sociais de Saúde (DSS), Equidade e respeito à diversidade; O desenvolvimento sustentável; A produção de saúde e cuidado; Ambientes e territórios saudáveis; Vida no trabalho; a Cultura da paz e os direitos humanos. (BRASIL, 2015).

Ao compararmos as duas portarias da PNPS 2006 e 2014 percebemos diferenças no que tange à ênfase em buscar intervenções ou mecanismos advindos das relações intersetoriais, viabilizando deste modo um desenvolvimento mais conciso das ações de saúde no sistema brasileiro, fomentando, também, o envolvimento corresponsável no combate das vulnerabilidades e riscos que possam prejudicar a saúde das pessoas. Essas atitudes credenciam cada vez mais a Rede de Atenção à Saúde (RAS).

Todas as adequações sofridas desde a sua criação em 2006, até a revisão em 2014, são reflexo do reordenamento de seu objetivo, no qual, está mais amplo em suas ações e melhor enquadrado com os fatores que incidem sobre a qualidade de vida das pessoas em todos os campos, e que são determinantes da sua saúde, respeitando as individualidades, como também o envolvimento coletivo, protegendo deste modo as fragilidades das pessoas, e com o ambiente em que vivem.

Apresentamos assim, algumas destas alterações: Promover ações relativas à alimentação adequada e saudável, visando à promoção da saúde e à segurança alimentar e nutricional, contribuindo com as ações e com as metas de redução da pobreza, com a inclusão social e com a garantia do direito humano à alimentação adequada e saudável. Outro aspecto, utilizado como mecanismo de transformação biopsicossocial é a Prática Corporal/ Atividade Física. Promover ações, aconselhamento e divulgação de práticas corporais e de atividades físicas, incentivando a melhoria das condições dos espaços públicos, considerando a cultura local e incorporando brincadeiras, jogos, danças populares, entre outras práticas.

Buscando concretizar as ações, a política segue oito eixos operacionais: 1) Territorialização; 2 Articulação e cooperação intrasetorial e intersetorial; 3 Rede de atenção à saúde; 4 Participação e controle social; 5 Educação e Formação; 6 Vigilância, monitoramento e avaliação; 7 Produção e disseminação de conhecimento e saberes; 8 Comunicação social e mídia.

6 | PROMOÇÃO DA SAÚDE NA SAÚDE SUPLEMENTAR

A globalização tem direcionado o Brasil para um processo de organização do Estado através do modelo regulador, seguindo a uma forte tendência mundial, visando aspectos da economia principalmente com o aumento dos custos no sistema de saúde (Silveira, 2004).

Alves (2009) descreve alguns desses fatores que incidem nos gastos com a saúde: aumento de coberturas; envelhecimento populacional; morbidades com

incidências das doenças crônico-degenerativas concomitantemente com as doenças infectocontagiosas; investimento em recursos humanos; fatores socioeconômicos e culturais; inovações tecnológicas. O reflexo desses fatores faz com que o Estado, para normalizar as receitas e o capital dos setores públicos e na busca de equacionar as relações entre Estado, Usuários e Delegatários, criou as Agências Reguladoras, que desenvolvem atuações como fiscalização e regulamentação de setores do mercado com ações mediadas por lei.

Dias e Viacava (2004), afirmam que é necessário o regulador ter como base um conhecimento aprofundado do sistema operacional e administrativo daqueles que ele norteia, com habilidades em acompanhar suas ações, visando responsabilidade nas questões econômicas, buscando motivar com enfoque técnico, sem condução política ou ideológica, observando sempre a organização do mercado.

Através dessa lógica identifica-se, dentre as agências citadas anteriormente, a Agência Nacional de Saúde – ANS, criada através da Lei nº 9.961 de 28 de Janeiro de 2000, caracterizada como Autarquia sob regime de especial, como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde, caracterizando-se por autonomias: administrativa, financeira, de gestão dos recursos humanos e patrimoniais, e nas suas decisões técnicas.

A ANS, após cinco anos de instituída, deu início ao incentivo à criação de programas de Promoção de Saúde e Prevenção de Doenças (PROMOPREV), em 23 de março de 2005, através da Resolução Normativa de Nº 94. Como estímulo ao desenvolvimento de ações de fortalecimento das práticas integrais a saúde de seus beneficiários, com o foco na reestruturação do modelo de atenção à saúde, através da articulação com políticas e diretrizes do MS, disseminada através de Manuais técnicos de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e doenças, em especial, os publicados nos anos de 2006 e 2011.

A análise realizada, permitiu identificar que houve detalhamento de estratégias em linhas de cuidado e no contexto de gerenciamento de crônicos, focados principalmente em ações individuais, tais como medidas que visam mudanças de hábitos.

Esse pensamento se consolida quando fazemos a leitura dos dois conceitos-chaves, pois no manual da ANS de 2006, o conceito que se aplica, está diretamente relacionado ao indivíduo e suas decisões, levando a entender que a maneira como ele se relaciona com o ambiente e suas consequências advém de suas escolhas. Além disso foca no entendimento da necessidade do autocuidado como responsabilização do cliente. Ainda que no documento de 2011, a ideia de promoção da saúde tenha sido ampliada, abrangendo aspectos sociais e redução das vulnerabilidades:

Para alcançar seus objetivos, a ANS, sugere a utilização de linhas de cuidados

por sexo, faixa-etária, e também a saúde mental e bucal, pois entende que este é o caminho mais eficiente e eficaz, uma vez que se consegue atingir os determinantes e condicionantes individualmente, em cada etapa da vida, gerando assim uma perspectiva de desenvolvimento do ser humano no decorrer do envelhecimento.

7 | PROMOÇÃO DA SAÚDE NO ÂMBITO PÚBLICO E PRIVADO

Após discorrer e sobre a Política Nacional de Promoção da Saúde de 2006 e sua revisão em 2014, e sobre a Política de Regulação Indutora da ANS por via da análise dos manuais técnicos de 2006 e 2011, confrontamos as políticas para identificar as semelhanças e diferenças em suas perspectivas sobre a promoção da saúde.

Das mesmas maneiras em que observamos nas análises anteriores, notamos as Políticas, seja da PNPS, seja da ANS, buscam fundamentações para sua criação nas cartas nacionais e internacionais de promoção da saúde, na constituição federal de 1988, e na lei 8.080/ 90. Contudo a ANS por se tratar de uma Autarquia de regulação, dissemina resoluções e instruções normativas com a intenção de complementar e estrutura melhor suas ações normativas e fiscalizadora, com o intuito de defender o interesse público? Que compreendido até aqui, visa atender as necessidades daqueles que possuem planos privados de saúde, por terem uma relação de comercio, onde pago por “garantias” de cuidados e atenções por parte daqui com quem tenho um contrato de serviços de saúde. Isso mesmo, ANS, através de suas ações, garante, o que reza em contrato entre operadoras de planos privado de saúde e beneficiários de sua carteira.

Essa realidade chegou ao modelo assistencial de saúde que estrutura na promoção da saúde e prevenção de doenças um caminho mais racional dos gastos evitando deste modo os altos custos de operação de um a empresa de planos de saúde. O Manual técnico de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças nasce a fim de estabelecer incentivos garantidores para as operadoras que apresentarem uma boa articulação entre bonificações e descontos, assim que aderem a um programa de promoção de saúde. Destacamos inicialmente a distinção do alcance das políticas, a partir do conceito de promoção da saúde aplicado nos documentos:

Segundo a PNPS (2006, p.9) promoção da saúde é:

[...] uma estratégia de articulação transversal na qual se confere visibilidade aos fatores que colocam a saúde da população em risco e às diferenças entre necessidades, territórios e culturas presentes no nosso país, visando à criação de mecanismos que reduzam as situações de vulnerabilidade, defendam radicalmente a equidade e incorporem a participação e o controle sociais na gestão das políticas públicas.

Já a ANS (2006, p.6), se manifesta da seguinte maneira:

Promoção e prevenção são aqui entendidas para além do conceito tradicional de atuar antes da instalação da doença no momento pré-mórbido, sendo consideradas práticas preventivas relativas não só ao desenvolvimento de novas patologias, como também das complicações e reagudizações em todas as fases do cuidado.

Também diferem na forma em que são apresentados os objetivos dos documentos, a ANS (2006, p. 6) apresenta seus objetivos como “[...] mudança do modelo assistencial vigente no sistema de saúde e a melhoria da qualidade de vida dos beneficiários de planos de saúde.”. Por sua vez, a PNPS (2006, p. 13) tem como objetivo: “Promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais.”

Do ponto de vista do conceito de Promoção da Saúde podemos verificar na PNPS uma mudança em 2014:

É um conjunto de estratégias e formas de produzir saúde, no âmbito individual e coletivo, que se caracteriza pela articulação e cooperação intrasetorial e intersetorial e pela formação da Rede de Atenção à Saúde, buscando se articular com as demais redes de proteção social, com ampla participação e amplo controle social (PNPS, 2014, p. 11).”

Já a ANS, em cinco anos também contribui com evolução em seu conceito, ampliando as projeções de compreensão da importância que é a promoção da saúde, melhorando o entendimento, contudo suas ações ainda parecem estar centradas em ações individuais, nos sujeitos, sem muita interferência no meio em que vivem.

Haja vista a ordem de desenvolvimento do conceito:

Processo político que articula ações sanitárias, sociais, ambientais e econômicas voltadas para a redução das situações de vulnerabilidade e dos riscos à saúde da população; capacitação dos indivíduos e comunidades para modificarem os determinantes de saúde em benefício da própria qualidade de vida; e participação social na gestão das políticas de saúde (ANS, 2011, p. 240).

As linhas condutoras, denominada de diretrizes, da PNPS (2006, p.15) são as seguintes:

- I. Reconhecer na promoção da saúde como uma parte fundamental da busca da equidade, da melhoria da qualidade de vida e de saúde;
- II. Estimular as ações intersetoriais, buscando parcerias que propiciem o desenvolvimento integral das ações de promoção da saúde;
- III. Fortalecer a participação social como fundamental na consecução de resultados de promoção da saúde, em especial a equidade e o empoderamento individual e comunitário;
- IV. Promover mudanças na cultura organizacional, com vistas à adoção de práticas

horizontais de gestão e estabelecimento de redes de cooperação intersetoriais;

V. Incentivar a pesquisa em promoção da saúde, avaliando eficiência, eficácia, efetividade e segurança das ações prestadas;

bVI. Divulgar e informar das iniciativas voltadas para a promoção da saúde para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS, considerando metodologias participativas e o saber popular e tradicional.

Esse conjunto de regras da ANS apresenta forte base econômica como diálogo entre os envolvidos nas saúdes suplementares do nosso país, como forma de incentivos e bonificações, tendo como critérios participações e desenvolvimentos de ações, ora pela ANS, ora operadoras de planos privados, e por consequência, os beneficiários deste tipo de serviço. Traz a lógica que, se há intervenção nos beneficiários, logo possa existir contenções de gastos em procedimentos e internações.

Durante a leitura depreende-se do texto a ideia de racionalidade econômica devido o amplo conteúdo que embarca através das linhas de cuidados, entendidas pela ANS, como melhor alternativa de intervenção para a população de beneficiários que compõe as carteiras de clientes das operadoras de planos privados de saúde suplementar.

Pois, paciente que não gasta, gera receita. Paciente que não passa mal, ou não adquire nenhum tipo de doença, e hoje, principalmente as crônicas não transmissíveis, pois estas geram despesas a longo prazo, devido suas complicações surgem pelo mesmo período, médio a longo prazo, e tudo isso, justifica a importância da implementação de ações preventivas na saúde primária. E, se for enfoque multidisciplinar, melhor ainda, pois poderá pontas de acesso para complicações de saúde.

8 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio da análise dos documentos pode-se perceber a ausência de princípios e diretrizes nas propostas da ANS, o que aponta a falta de sinergia entre a proposta feita à iniciativa privada com aquelas promulgadas pelo SUS e a PNPS. Ambas as propostas visam meios para evitar ações hospitalocêntricas por via das práticas de promoção da saúde. Entretanto, a razão matriz econômica se coloca em destaque na resolução da ANS, haja vista a proposta de incentivos fiscais para aquelas operadoras que venham a aderir ao programa de Promoção da Saúde.

As propostas também diferem no alvo a ser alcançado. Aquela empreendida pela ANS, através de sua política regulatória indutora, visa o sujeito/beneficiário como foco de mudança e, portanto, centra nas ações individuais na sua responsabilização para a promoção da saúde.

Já a PNPS visa ações voltadas para a comunidade, tendo o conceito de território como chave para a promoção da saúde, atacando os determinantes sociais da saúde, a busca da equidade e o respeito à diversidade. Aponta a necessidade de que haja desenvolvimento, porém de forma sustentável e se busque a melhoria da saúde por meio da construção de ambientes mais saudáveis, seja no transporte, moradia ou no trabalho.

Esta análise serve de base para que em outras pesquisas possam trazer outras perspectivas de discussão, fundamentadas cada vez mais nas informações e conhecimentos para toda comunidade científica.

REFERÊNCIAS

ACIOLE, G. G. Uma abordagem da antinomia 'público x privado': descortinando relações para a saúde coletiva. **Interface – Comunic, Saúde, Educ**, v.9, n.18, p.7-24, jan/jun, 2006.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. **Resolução Normativa – RN n. 94, de 23 de março de 2005**. Dispõe sobre os critérios para o deferimento da cobertura com ativos garantidores da provisão de risco condicionada à adoção, pelas operadoras de planos de assistência à saúde, de programas de promoção à saúde e prevenção de doenças de seus beneficiários. Disponível em: <www.ans.gov.br>. Acesso em: 03 out. 2016.

ALBUQUERQUE, T. I. P. FRANCO DE SA, R. M. P. ARAUJO JUNIOR, J. L. A. C. de. Perspectivas e desafios da “nova” Política Nacional de Promoção da Saúde: para qual arena política aponta a gestão?. **Ciênc. saúde coletiva [online]**. 2016, vol.21, n.6, pp.1695-1706.

ALVES, D.C. **Promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças no setor de assistência privada à saúde: avaliação das ações de uma empresa de autogestão na prevenção de doenças cardiovasculares**. Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro: s.n., 2009. xvii, 137 p.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, set. 1990.

BRASIL. **LEI nº 9.961 DE 28 DE JANEIRO DE 2000**. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências. Disponível em: <www.planalto.gov.br >. Acesso em: 03 outubro. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília, 2002.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – 3. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 7).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política nacional de promoção da saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 60 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006**/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à

Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 36 p.: il.

BRASIL. **PORTARIA Nº 687, DE 30 DE MARÇO DE 2006.** Aprova a Política de Promoção da Saúde Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria687_30_03_06.pdf>. Acesso em: 03 outubro. 2016.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 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. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm

BRASIL. **Constituição** (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. 292 p.

BUSS, P. M. Promoção da Saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n.5, v.1, 2000. p. 163-177.

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA D.; FREITAS, C. M. **Promoção da saúde: Conceitos, reflexões e tendências.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

BYDLOWSKI, C. R.; WESTPHAL, M. F.; PEREIRA I.M.T.B. Promoção da Saúde. Porque sim e porque ainda não! **Saúde e Sociedade** v.13, n.1, p.14-24, jan-abr 2004.

CARVALHO, R. R. P.; FORTES, P. A. C.; GARRAFA, V. Perspectiva bioética do modelo de assistência suplementar no Brasil. *Rev. bioét. (Impr.)*. 2013; 21 (2): 259-67.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). **Promoção da saúde – conceitos, reflexões, tendências.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 39-51.

DALBELLO-ARAUJO ET AL. Educação em saúde sob o paradigma da promoção. In: LANDIM, F. L. P; CATRIB, A. M. F.; COLLARES, P. M. C. **Promoção da saúde na diversidade humana e na pluralidade de itinerários terapêuticos.** Campinas, São Paulo: Saberes Editora, 2012.

DALBELLO-ARAUJO, M. D. **O cotidiano de uma equipe do Programa Saúde da Família: um olhar genealógico sobre o controle social.** 2005, 234p. Tese Doutorado em Psicologia apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFES, 2005.

DIAS R.D. M., VIACAVAL F. **A informação na regulação da saúde suplementar.** Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro: s.n., 2004. XVII, 95 p.

FLEURY, S.; OUVENEY, A. M. Política de Saúde: uma política social. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C. et al.(orgs.) **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. p. 23-64.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 6. Ed. - São Paulo: Atlas, 2008.

HEIMANN LS. Desafios para a equidade em saúde na região metropolitana de São Paulo. In: Heimann LS, Ibanhes LC, Barboza R, (Org.). **O público e o privado na saúde.** São Paulo: Editora Hucitec; 2005. p. 169-243.

IGLESIAS, A. **Em nome da Promoção à Saúde: análise das ações em macrorregião do município de Vitória-ES.** Dissertação de Mestrado (Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2009, 194 p.

IGLESIAS, A.; DALBELLO-ARAUJO, M. Práticas de Promoção da Saúde no município de Vitória-

ES. UFES. **Revista de Odontologia** (Cessou em 2008. Cont. ISSN 2175-3946 Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde), v. 13, p. 5-9, 2011.

IGLESIAS, A.; GUERRA, B. C.; SOARES, J. ; DALBELLO-ARAUJO, M. Análise das ações de promoção à saúde realizadas por psicólogos em Vitória (ES). **Psicologia: Teoria e Prática** (Impresso), v. 11, p. 110-127, 2009.

KRIPKA, R.M.L; SCHELLER, M.; BONOTTO, D.L. **Pesquisa Documental: considerações sobre conceitos e características na Pesquisa Qualitativa**. Atas CIAIQ. 2015.

MAGALHÃES R. Avaliação da Política Nacional de Promoção da Saúde: perspectivas e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, 21(6):1767-1775, 2016.

MENICUCCI T. M. G. A reforma sanitária brasileira e as relações entre o público e o privado. In: SANTOS N. R.; AMARANTE P. D. C. (Org.). **Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2010. P. 180-197.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **ABC do SUS. Doutrina e Princípios**. Brasília, 1990.

O QUE É SUS. Paim JS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2009. 148 p.

PAIM J. S. O pensamento do movimento sanitário: Impasses e contradições atuais no marco da relação público-privado no SUS. In: Heimann LS; Ibanhes LC, Barbosa R. (Org.). **O público e o privado na saúde**. São Paulo: Editora Hucitec; 2005. p. 111-126.

PIETROBON, L.; PRADO, M. L.; CAETANO, J. C. Saúde suplementar no Brasil: o papel da Agência Nacional de Saúde Suplementar na regulação do setor. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 18 (4): 767-783, 2008.

Portal World Health Organization, **6th Global Conference on Health Promotion Bangkok2005**. Disponível em: < <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/en/>> Acesso em: 08 de Maio de 2018.

Portal World Health Organization, **WHO Global Health Promotion Conferences**. Disponível em: < <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/en/>> Acesso em: 05 de Maio de 2018.

PRATES, J.C., PRATES, F.C. Problematizando o uso da técnica de Análise Documental. **Sociedade em Debate**, Pelotas, 15(2): 111-125, jul.-dez.2009.

SADER E. S. O público, o estatal, o privado. In: Heimann LS; Ibanhes LC, Barbosa R. (Org.). **O público e o privado na saúde**. São Paulo: Editora Hucitec; 2005. p. 43-56.

SCHEFFER M; BAHIA L. Planos e seguros privados de saúde no Brasil: Lacunas e perspectivas da regulamentação. In: Heimann LS; Ibanhes LC, Barbosa R. (Org.). **O público e o privado na saúde**. São Paulo: Editora Hucitec; 2005. p. 127-165.

SÍCOLI, J. L., NASCIMENTO, P. R. Health promotion: concepts, principles and practice, **Interface - Comunic, Saúde**, Educ, v.7, n.12, p.91-112, 2003.

SILVA C. S. Promoção da saúde: processos e mecanismos que consolidam transações. In: LANDIM, F. L. P; CATRIB, A. M. F.; COLLARES, P. M. C. **Promoção da saúde na diversidade humana e na pluralidade de itinerários terapêuticos**. Campinas, São Paulo: Saberes Editora, 2012.

SILVEIRA, L.S. **Prevenção de doenças e promoção da saúde: diferenciais estratégicos na conjuntura do mercado de saúde suplementar**. 2004. 113 f. Dissertação (Mestrado em Saúde

Suplementar) - Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2004.

SOUSA, J., KANTORSKI, L. P. & LUIS, M. A. V. (2011) Análise documental e observação participante na pesquisa em saúde mental. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 25, n. 2, p. 221-228, maio/ago. 2011.

SUCUPIRA, A. C.; MENDES, R.; Promoção da saúde: conceitos e definições. **S ANARE** - ANO IV, N.1, JAN./FEV./MAR. 2003.

TEIXEIRA, F.T. Promoção da saúde e SUS: Um Diálogo Pertinente. In: CASTRO, A.; MALO, M. (Org.). **SUS: Resignificando a Promoção da Saúde**. São Paulo: Hucitec, 2006. 222 p.

TRAVERSO-YEPEZ, Martha A.. Dilemas na promoção da saúde no Brasil: reflexões em torno da política nacional. **Interface (Botucatu)** [online]. 2007, vol.11, n.22, pp.223-238. ISSN 1807-5762.

WESTPHAL, M.F.; FRANCESCHINI, M.C.T. A contribuição do CEPEDOC para a construção da Política de Promoção da Saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 21(6):1819-1828, 2016.

ÍNDICE REMISSIVO

A

Acadêmicos de enfermagem 6, 112, 113, 115, 116, 117, 118, 119, 164, 166
Ação cicatrizante 131, 134, 135, 138
Acolhimento 30, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 76, 78, 91, 92, 241, 245
Adesão ao tratamento 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 151, 158, 160
Administração 21, 22, 83, 87, 88, 123, 149, 150, 182, 257
Administração hospitalar 150, 257
Alunos 6, 7, 72, 74, 76, 78, 79, 94, 101, 118, 119, 167, 169, 236, 253
Analgesia 2, 3, 4, 6, 9
Assistência à saúde 44, 45, 46, 48, 84, 141, 146, 150, 176, 177, 197, 203, 205, 229, 246
Auditoria de enfermagem 148, 150, 175, 177, 178, 180, 183, 184, 185

C

Centros de saúde 47, 83
Conhecimento 1, 2, 4, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 15, 26, 33, 41, 43, 45, 48, 52, 68, 69, 72, 78, 79, 83, 84, 96, 97, 101, 104, 107, 110, 117, 132, 148, 149, 158, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 168, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 181, 184, 189, 190, 198, 199, 211, 225, 229, 233, 236, 237, 240, 242, 246, 249, 251, 253, 254, 259, 260, 261, 262, 263
Controle de infecção 25, 39, 40, 42, 43, 48, 49, 69, 140, 141, 143, 144, 146
Cuidados de enfermagem 14, 15, 25, 39, 41, 50

D

Depressão 8, 100, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 159, 160, 218
Dificuldades 35, 50, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 65, 66, 114, 117, 118, 143, 155, 165, 180, 246
Doenças autoimunes 152, 154
Dor 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 16, 110, 133, 155, 156, 246, 247, 248

E

Enfermagem 6, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 20, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 30, 32, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 53, 54, 60, 64, 65, 67, 68, 69, 70, 72, 77, 82, 83, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 93, 94, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 130, 143, 146, 147, 148, 149, 150, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 185, 206, 207, 208, 209, 210, 211, 212, 215, 217, 218, 219, 220, 221, 222, 223, 227, 229, 230, 233, 235, 236, 238, 240, 241, 242, 243, 244, 245, 246, 247, 249, 250, 251, 252, 253, 257, 263, 265
Ensino-aprendizagem 72, 113, 148, 150, 166
Equipe de assistência ao paciente 2, 4
Eritematoso sistêmico 151, 152, 153, 154, 159, 160

Estudos de avaliação como assunto 83

F

Fatores de risco 13, 14, 18, 24, 31, 43, 49, 64, 69, 121, 122, 124, 125, 126, 127, 128, 164, 223, 225, 226, 227, 228, 229, 230, 235

Ferida cirúrgica 131, 134

Fitoterápicos 131, 132, 133, 134, 135, 138

G

Gênero 71, 72, 73, 74, 75, 76, 79, 80, 81, 154, 228, 244, 248, 249

H

Higiene das mãos 43, 48, 140, 141, 144

Hipertensão 17, 31, 63, 64, 65, 69, 70, 87, 109

I

Imperícia 140

Infecção hospitalar 39, 40, 42, 43, 45, 49, 139, 140, 141, 142, 144, 145, 146, 229

Infecções hospitalares 38, 39, 41, 44, 48, 49, 141, 142, 143, 144, 145, 223

Infecções oportunistas relacionadas com a AIDS 122, 268

Insegurança 79, 102, 113, 116, 118, 213, 218

L

Lesão por pressão 107, 108, 109, 110, 111

Lúpus 17, 18, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 159, 160

M

Manejo da dor 2, 4, 6, 11

Movimento contra vacinação 61

O

Organização 30, 40, 51, 58, 83, 84, 88, 93, 94, 112, 113, 119, 123, 140, 141, 142, 146, 158, 181, 189, 191, 195, 198, 199, 203, 234, 238, 261, 262

P

Pessoal de saúde 140

Preconceito 9, 72, 73, 74, 77, 79, 80

Profilaxia 107, 109, 131, 134

Promoção da saúde 27, 28, 31, 32, 33, 37, 68, 69, 186, 187, 188, 189, 194, 195, 196, 197, 198, 199, 200, 201, 202, 203, 204, 205, 206, 238, 249, 265

S

Saúde mental 27, 28, 29, 32, 33, 36, 37, 86, 91, 112, 113, 115, 116, 119, 200, 206

Saúde pública 3, 11, 59, 61, 64, 118, 129, 170, 187, 188, 194, 195, 203, 204, 206, 212, 227, 234, 239, 246, 249, 257, 265

Serviços de saúde mental 28

Síndrome de fournier 13, 14, 15, 25, 26

T

Tuberculose 86, 87, 90, 91, 121, 122, 123, 126, 127, 128, 129

U

Unidades de terapia intensiva 39, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 108, 226, 228, 229, 230

 **Atena**
Editora

2 0 2 0