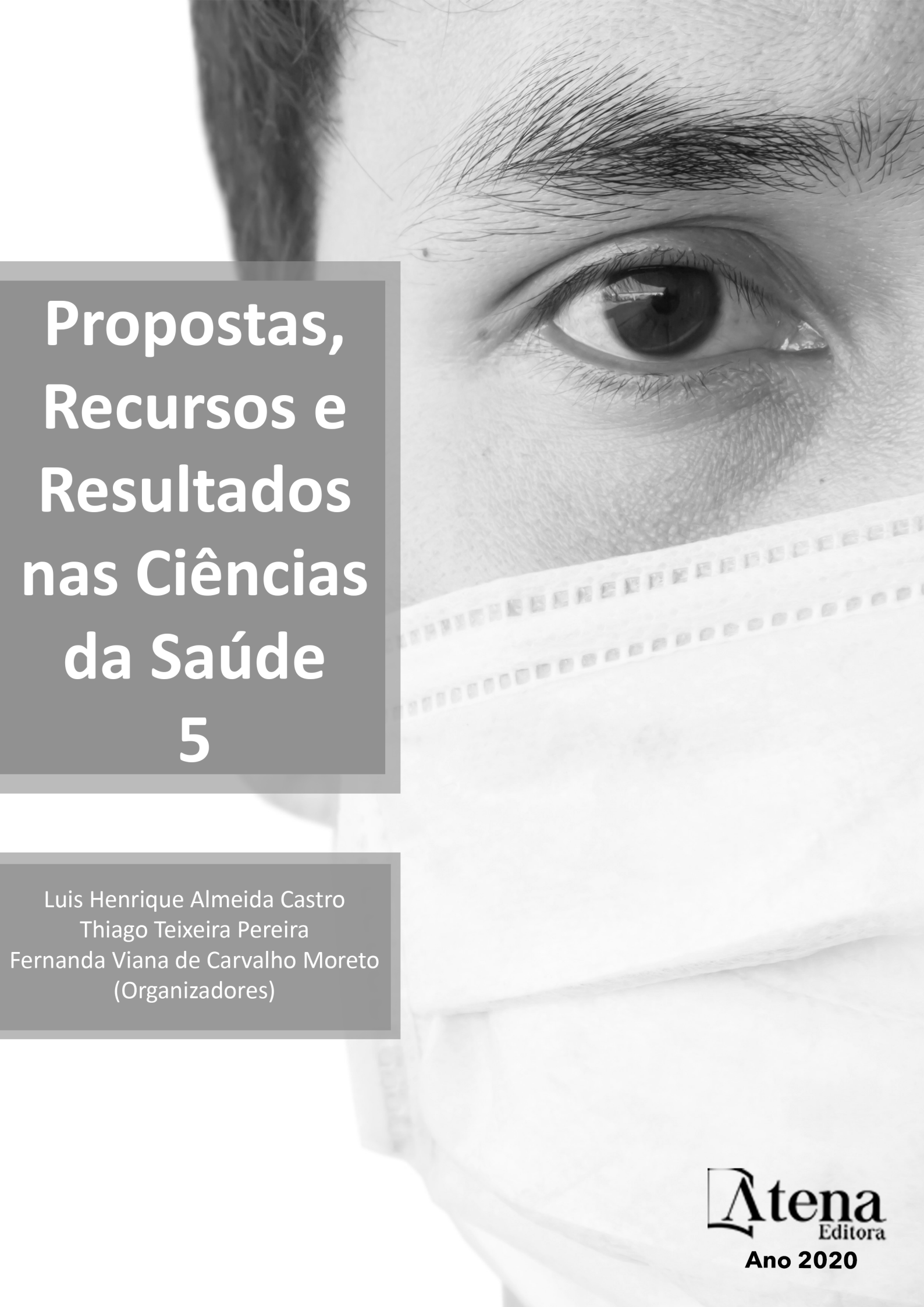


Propostas, Recursos e Resultados nas Ciências da Saúde 5

Luis Henrique Almeida Castro
Thiago Teixeira Pereira
Fernanda Viana de Carvalho Moreto
(Organizadores)

 **Atena**
Editora
Ano 2020



**Propostas,
Recursos e
Resultados
nas Ciências
da Saúde
5**

Luis Henrique Almeida Castro
Thiago Teixeira Pereira
Fernanda Viana de Carvalho Moreto
(Organizadores)

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 de Azevedo

Edição de Arte: Luiza Batista

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

Profª Drª Angeli Rose do Nascimento – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

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

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

Prof. Dr. Gustavo Henrique Cepolini Ferreira – Universidade Estadual de Montes Claros

Profª Drª Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionele delle Figlie de 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

Prof. Dr. Luis Ricardo Fernando da Costa – Universidade Estadual de Montes Claros

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
Prof. Dr. Cleberton Correia Santos – Universidade Federal da Grande Dourados
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
Profª Drª Eysler Gonçalves Maia Brasil – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira
Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof. Dr. Fernando José Guedes da Silva Júnior – Universidade Federal do Piauí
Profª Drª Gabriela Vieira do Amaral – Universidade de Vassouras
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Profª Drª Iara Lúcia Tescarollo – Universidade São Francisco
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
Prof. Dr. Luís Paulo Souza e Souza – Universidade Federal do Amazonas
Profª Drª Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Marcus Fernando da Silva Praxedes – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
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 Renata Mendes de Freitas – Universidade Federal de Juiz de Fora
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
Prof^a Dr^a 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^a Dr^a Luciana do Nascimento Mendes – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Marcelo Marques – Universidade Estadual de Maringá
Prof^a Dr^a Neiva Maria de Almeida – Universidade Federal da Paraíba
Prof^a Dr^a Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista

Conselho Técnico Científico

Prof. Me. Abrãao Carvalho Nogueira – Universidade Federal do Espírito Santo
Prof. Me. Adalberto Zorzo – Centro Estadual de Educação Tecnológica Paula Souza
Prof. Me. Adalto Moreira Braz – Universidade Federal de Goiás
Prof. Dr. Adaylson Wagner Sousa de Vasconcelos – Ordem dos Advogados do Brasil/Seccional Paraíba
Prof. Me. André Flávio Gonçalves Silva – Universidade Federal do Maranhão
Prof^a Dr^a Andreza Lopes – Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento Acadêmico
Prof^a Dr^a Andrezza Miguel da Silva – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
Prof. Dr. Antonio Hot Pereira de Faria – Polícia Militar de Minas Gerais
Prof^a Ma. Bianca Camargo Martins – UniCesumar
Prof^a Ma. Carolina Shimomura Nanya – Universidade Federal de São Carlos
Prof. Me. Carlos Antônio dos Santos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Ma. Cláudia de Araújo Marques – Faculdade de Música do Espírito Santo
Prof^a Dr^a Cláudia Taís Siqueira Cagliari – Centro Universitário Dinâmica das Cataratas
Prof. Me. Daniel da Silva Miranda – Universidade Federal do Pará
Prof^a Ma. Daniela da Silva Rodrigues – Universidade de Brasília
Prof^a Ma. Dayane de Melo Barros – Universidade Federal de Pernambuco
Prof. Me. Douglas Santos Mezacas – Universidade Estadual de Goiás
Prof. Dr. Edwaldo Costa – Marinha do Brasil
Prof. Me. Eduardo Gomes de Oliveira – Faculdades Unificadas Doctum de Cataguases
Prof. Me. Eliel Constantino da Silva – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita
Prof. Me. Euvaldo de Sousa Costa Junior – Prefeitura Municipal de São João do Piauí
Prof^a Ma. Fabiana Coelho Couto Rocha Corrêa – Centro Universitário Estácio Juiz de Fora
Prof. Dr. Fabiano Lemos Pereira – Prefeitura Municipal de Macaé
Prof. Me. Felipe da Costa Negrão – Universidade Federal do Amazonas
Prof^a Dr^a Germana Ponce de Leon Ramírez – Centro Universitário Adventista de São Paulo
Prof. Me. Gevair Campos – Instituto Mineiro de Agropecuária
Prof. Dr. Guilherme Renato Gomes – Universidade Norte do Paraná
Prof. Me. Gustavo Krahl – Universidade do Oeste de Santa Catarina
Prof. Me. Helton Rangel Coutinho Junior – Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro
Prof^a Ma. Jaqueline Oliveira Rezende – Universidade Federal de Uberlândia
Prof. Me. Javier Antonio Albornoz – University of Miami and Miami Dade College
Prof^a Ma. Jéssica Verger Nardeli – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho
Prof. Me. Jhonatan da Silva Lima – Universidade Federal do Pará
Prof. Me. José Luiz Leonardo de Araujo Pimenta – Instituto Nacional de Investigación Agropecuaria Uruguay
Prof. Me. José Messias Ribeiro Júnior – Instituto Federal de Educação Tecnológica de Pernambuco

Profª Ma. Juliana Thaisa Rodrigues Pacheco – Universidade Estadual de Ponta Grossa
 Profª Drª Kamilly Souza do Vale – Núcleo de Pesquisas Fenomenológicas/UFPA
 Profª Drª Karina de Araújo Dias – Prefeitura Municipal de Florianópolis
 Prof. Dr. Lázaro Castro Silva Nascimento – Laboratório de Fenomenologia & Subjetividade/UFPR
 Prof. Me. Leonardo Tullio – Universidade Estadual de Ponta Grossa
 Profª Ma. Lilian Coelho de Freitas – Instituto Federal do Pará
 Profª Ma. Liliani Aparecida Sereno Fontes de Medeiros – Consórcio CEDERJ
 Profª Drª Lívia do Carmo Silva – Universidade Federal de Goiás
 Prof. Me. Lucio Marques Vieira Souza – Secretaria de Estado da Educação, do Esporte e da Cultura de Sergipe
 Prof. Me. Luis Henrique Almeida Castro – Universidade Federal da Grande Dourados
 Prof. Dr. Luan Vinicius Bernardelli – Universidade Estadual do Paraná
 Prof. Dr. Michel da Costa – Universidade Metropolitana de Santos
 Prof. Dr. Marcelo Máximo Purificação – Fundação Integrada Municipal de Ensino Superior
 Prof. Me. Marcos Aurelio Alves e Silva – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de São Paulo
 Profª Ma. Marileila Marques Toledo – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
 Prof. Me. Ricardo Sérgio da Silva – Universidade Federal de Pernambuco
 Prof. Me. Rafael Henrique Silva – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados
 Profª Ma. Renata Luciane Polsaque Young Blood – UniSecal
 Profª Ma. Solange Aparecida de Souza Monteiro – Instituto Federal de São Paulo
 Prof. Me. Tallys Newton Fernandes de Matos – Faculdade Regional Jaguaribana
 Prof. Dr. Welleson Feitosa Gazel – Universidade Paulista

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)	
P965	<p>Propostas, recursos e resultados nas ciências da saúde 5 [recurso eletrônico] / Organizadores Luis Henrique Almeida Castro, Thiago Teixeira Pereira, Fernanda Viana de Carvalho Moreto. – Ponta Grossa, PR: Atena, 2020.</p> <p>Formato: PDF Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader Modo de acesso: World Wide Web Inclui bibliografia ISBN 978-65-5706-131-2 DOI 10.22533/at.ed.312202406</p> <p>1. Ciências da saúde – Pesquisa – Brasil. 2. Saúde – Brasil. I. Castro, Luis Almeida. II. Pereira, Thiago Teixeira. III. Moreto, Fernanda Viana de Carvalho.</p> <p style="text-align: right;">CDD 362.1</p>
Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422	

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

APRESENTAÇÃO

Segundo Bachelard, “um discurso sobre o método científico será sempre um discurso de circunstância, não descreverá uma constituição definitiva do espírito científico”; considerando a amplitude dessa temática, uma obra que almeje lançar foco em propostas, recursos e resultados nas ciências da saúde, naturalmente terá como desafio a caracterização de sua abordagem metodológica. Neste sentido, este e-Book foi organizado de modo a apresentar ao leitor 171 artigos seriados justamente por este elo comum que une, na ciência, a proposta (objetivo), o recurso (viabilidade) e o resultado (evidência): o método de pesquisa per si.

Dos seus nove volumes, os dois primeiros são dedicados aos relatos de caso, relatos de experiência e de vivência em saúde apresentando aspectos da realidade clínica, cultural e social que permeiam a ciência no Brasil.

Já no intuito de apresentar e estimular o diálogo crítico construtivo, tal qual o conhecimento dos recursos teóricos disponíveis frente aos mais variados cenários em saúde, os volumes três, quatro e cinco exploram estudos de revisão da literatura que discutem o estado da arte da ciência baseada em evidência sugerindo possibilidades, hipóteses e problemáticas técnicas no intuito de delimitar condutas para a prática clínica.

Por fim, os volumes de seis a nove compreendem os resultados quali e quantitativos das mais diversas metodologias de intervenção em saúde: estudos comparativos, ensaios clínicos e pré-clínicos, além de ações em políticas públicas na área de saúde coletiva.

Com a intelecção dos tópicos tratados nessa obra, espera-se – tanto quanto possível – contribuir no processo de ampliação, fundamentação e fomento da discussão e reflexão científica na interface entre propostas, recursos e resultados nas Ciências da Saúde.

Luis Henrique Almeida Castro

Thiago Teixeira Pereira

Fernanda Viana de Carvalho Moreto

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1 1

MALEFÍCIOS E BENEFÍCIOS DA UTILIZAÇÃO DO BALÃO ESOFAGOGÁSTRICO SENGSTAKEN-BLAKEMORE: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Rafaela Lima Camargo
Fernanda Pinheiro Quadros e Silva
Isabelle Vieira Pena
Juliana Cordeiro Carvalho
Lanna Isa Estanislau de Alcântara
Larissa Alvim Mendes
Mariana Cordeiro Dias
Matheus Terra de Martin Galito
Nathely Bertly Coelho Pereira
Rebeca Muniz Gomes da Costa Silva
Yolanda Schiavo Schettino de Oliveira Borges
Sérgio Alvim Leite

DOI 10.22533/at.ed.3122024061

CAPÍTULO 2 11

NEUROPATIA AUTONÔMICA: UMA MANIFESTAÇÃO DE ALTO RISCO NO DIABETES *MELLITUS* TIPO 1

Rafaela Lima Camargo
Fernanda Pinheiro Quadros e Silva
Isabelle Vieira Pena
Juliana Cordeiro Carvalho
Lanna Isa Estanislau de Alcântara
Larissa Alvim Mendes
Mariana Cordeiro Dias
Matheus Terra de Martin Galito
Nathely Bertly Coelho Pereira
Rebeca Muniz Gomes da Costa Silva
Yolanda Schiavo Schettino de Oliveira Borges
Lucas Carvalho Neiva

DOI 10.22533/at.ed.3122024062

CAPÍTULO 3 20

NOVOS INIBIDORES DA BETA-LACTAMASE E SUAS POSSIBILIDADES TERAPÊUTICAS

Bianca Costa Tardelli
Gabriela Médici Reis
Lucas Boasquives Ribeiro
Cristina Espindola Sedlmaier
Izabela Rodrigues Fonseca
Igor da Silva Teixeira Paula
Flávio Carrasco Riskala

DOI 10.22533/at.ed.3122024063

CAPÍTULO 4 27

O ATENDIMENTO DO PORTADOR DE LESÃO RENAL CRÔNICA COM DISTÚRBIOS DO EQUILÍBRIO HIDROELETROLÍTICO NA SALA DE EMERGÊNCIA

José Ribeiro dos Santos

DOI 10.22533/at.ed.3122024064

CAPÍTULO 5 36

O IMPACTO DA INSERÇÃO DA ENFERMAGEM OBSTÉTRICA NA HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA:
UMA REVISÃO DA LITERATURA

Marianne Sandim Nachmanowicz
Ana Laura Sodré Duarte
S lvia Bottaro Carvalho Alcântara
Efigênia Aparecida Maciel de Freitas

DOI 10.22533/at.ed.3122024065

CAPÍTULO 6 47

OCITOCINA MUITO ALÉM DO HORMÔNIO DO AMOR

Fabiana Batista Emidio
Kelcilene da Costa Peres
Ana Claudia Panta da Silva
Grazielle Azevedo de Oliveira

DOI 10.22533/at.ed.3122024066

CAPÍTULO 7 50

ORGANIZA O DO PROCESSO DE TRABALHO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: REVISÃO
INTEGRATIVA

Teodora Tchutcho Tavares
Marculina da Silva
Wilsa Kaina Managem Fernades Uhatela
Abdel Boneensa C 
Mohamed Saido Balde
Mama Saliu Culubali
Braima Embal 
Patrícia Freire de Vasconcelos

DOI 10.22533/at.ed.3122024067

CAPÍTULO 8 59

OS FATORES ASSOCIADOS   INDICA O DO PARTO CESÁREO

Joaffson Felipe Costa Dos Santos
Ana Paula Vieira Almeida
Ana carla Marques Da Costa
Ane Grazielle Silva Rocha
Leandro Cardozo Dos Santos Brito
Haylla Simone Almeida Pacheco
Angela De Melo Santos
Samuel De Jesus De Melo
Rubenilson Luna De Matos
Andreia Costa Silva
Francisco Eduardo Ramos Da Silva
Wallison Hamon Silva Lima

DOI 10.22533/at.ed.3122024068

CAPÍTULO 9 71

OS IMPACTOS DOS INIBIDORES DE NEURAMINIDASES NO TRATAMENTO DA INFLUENZA A H1N1

Maria Clara Cavalcante Mazza de Araújo
Virna Maia Soares do Nascimento
Adhonias Carvalho Moura
Anna Beatriz Reinaldo de Sousa Moreira Pinto
Beatriz Maria Loiola de Siqueira
Arthur Henrique Sinval Cavalcante
Anna Joyce Tajra Assun o

Pedro Henrique Freitas Silva
Isabella Maria Gonçalves Pinheiro de Vasconcelos
Bianca Felix Batista fonseca

DOI 10.22533/at.ed.3122024069

CAPÍTULO 10 82

PNEUMONIA EM CRIANÇA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: USO DO PORTFÓLIO REFLEXIVO E REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

José Carlos Laurenti Arroyo
Jadilson Wagner Silva do Carmo

DOI 10.22533/at.ed.31220240610

CAPÍTULO 11 90

POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL E O SUS

Soraya Diniz Rosa
Ana Carolina Diniz Rosa

DOI 10.22533/at.ed.31220240611

CAPÍTULO 12 102

PREVENÇÃO DE LESÕES POR PRESSÃO NO ATLETA PARALÍMPICO

Miriam Viviane Baron
Cristine Brandenburg
Janine Koepp
Luis Manuel Ley Dominguez
Bartira Ercilia Pinheiro da Costa

DOI 10.22533/at.ed.31220240612

CAPÍTULO 13 112

PROCESSO DE REABILITAÇÃO NO QUOTIDIANO DOMICILIAR DE PESSOAS COM LESÃO MEDULAR E SEUS FAMILIARES

Adriana Dutra Tholl
Rosane Gonçalves Nitschke
Maria Lígia dos Reis Bellaguarda
Juliana Balbinot Reis Girondi
Danielle Alves da Cruz
Thamyres Cristina da Silva Lima
Natália Aparecida Antunes
Guilherme Mortari Belaver
Nicole da Rosa Cachoeira

DOI 10.22533/at.ed.31220240613

CAPÍTULO 14 130

PSICOLOGIA POSITIVA: CONTRIBUIÇÕES PARA O CONTEXTO DA SAÚDE MENTAL NAS ORGANIZAÇÕES E NO TRABALHO

Ilma Pereira dos Santos Henrique
Fernando Faleiros de Oliveira

DOI 10.22533/at.ed.31220240614

CAPÍTULO 15 137

SÁCULO DISTAL: UMA REVISÃO DA LITERATURA

Larissa Alvim Mendes
Amanda Soares de Carvalho Barbosa
Rafaela Ferreira Gomes
Renata Alvim Mendes

Célio Roberto Coutinho Mendes
Sérgio Alvim Leite
DOI 10.22533/at.ed.31220240615

CAPÍTULO 16 143

SAÚDE DA MULHER NO MEIO RURAL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Beatriz Pasqualotto Bonafim
Leda Aparecida Vanelli Nabuco de Gouvêa

DOI 10.22533/at.ed.31220240616

CAPÍTULO 17 149

SEGURANÇA DO PACIENTE NA ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS EM PEDIATRIA: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Mariana Pereira Barbosa Silva
Vitor Kauê de Melo Alves
Annyelli Victória Moura Oliveira
Adriana Borges Ferreira da Silva
Janiele Soares de Oliveira
Dimily Kaelem Carvalho do Nascimento
Ana Carine de Oliveira Barbosa
Reberson do Nascimento Ribeiro
Wanderlane Sousa Correia
Carla Patricia Moreira Falcão
Bruno Abilio da Silva Machado
Mauro Roberto Biá da Silva

DOI 10.22533/at.ed.31220240617

CAPÍTULO 18 156

SUPLEMENTAÇÃO DE VITAMINA D NO TRANSTORNO ESPECTRO AUTISTA

Géssica de Souza Martins
Mikaelly Arianne Carneiro Leite
Larissa Lara de Sousa Avelino
Luna da Silva Girão
Lidianne de Sousa Ferreira
Alane Nogueira Bezerra
Camila Pinheiro Pereira

DOI 10.22533/at.ed.31220240618

CAPÍTULO 19 161

TRABALHO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Beatriz Paiva Rocha
Débora Iana da Silva Lima Guerra
Larissa de Castro Maia
Larissa Gomes de Lima
Dayanne Helena Thomé da Silva
Luana Pinheiro da Silva
Marília de Carvalho Gonçalves
Myllena Maria Alves Dias
Vitória Costa de Oliveira

DOI 10.22533/at.ed.31220240619

CAPÍTULO 20 167

VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E SAÚDE DA MULHER

Adriana Carvalho de Sena

Tatiana Maria Ribeiro Silva

DOI 10.22533/at.ed.31220240620

SOBRE OS ORGANIZADORES..... 173

ÍNDICE REMISSIVO 175

POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL E O SUS

Data de aceite: 01/06/2020

Data de submissão: 24/04/2020

Soraya Diniz Rosa

Universidade de Sorocaba-Uniso, Sorocaba/SP.
<http://lattes.cnpq.br/2934112827916647>

Ana Carolina Diniz Rosa

Universidade de Sorocaba-Uniso, Sorocaba/SP.
<http://lattes.cnpq.br/6800247188529686>

RESUMO: A formulação de políticas públicas no Brasil que justifique a redução da vulnerabilidade das pessoas aos riscos sociais foi o tema apresentado num evento no município de Sorocaba/SP, no ano de 2017, no qual focou-se nos desafios do Sistema Único de Saúde-SUS. Na tentativa de recontar a trajetória das políticas de saúde buscou-se analisar as relações de poder que se estabelecem entre as instituições e que fundamentam os valores políticos e organizacionais num país imenso de desigualdade de renda, de acesso e de direito. Esta pesquisa, no modelo bibliográfico e documental fundamenta-se, sobretudo, nas experiências e reflexões críticas das autoras. De modo que, se por um lado o SUS trouxe a universalidade do sistema, por outro, possibilitou o modelo complementar dando garantia à

assistência baseada no pagamento do seguro individual do usuário. Modelo este que concorre com o sistema público e que tem se ampliado no Brasil, sendo um dos maiores desejos da classe trabalhadora. Nesse contexto, conclui-se que a defesa da saúde pública é uma empreitada árdua, até porque a ampliação de direitos necessita de muitas inter-relações para acontecer.

PALAVRAS-CHAVE: Políticas Públicas de Saúde. Sistema Único de Saúde. Direito à Saúde

HEALTH POLICIES IN BRAZIL AND SUS

ABSTRACT: The formulation of public policies in Brazil that justifies the reduction of people's vulnerability to social risks, was the theme presented at an event in the city of Sorocaba / SP, in 2017, in which it focused on the challenges of the Unified Health System -SUS. In an attempt to retell a trajectory of health policies, you can analyze how the power relations that they establish between institutions and that underlie political and organizational values in a country of immense income inequality, access and rights. This research, without a bibliographic and documentary model, is mainly based on the authors' critical experiences and reflections. So that, if one side SUS has created a universality

system, on the other, it will enable the complementary model, guaranteeing assistance in the payment of the user's individual insurance. This model competes with the public system and has expanded in Brazil, being one of the greatest wishes of the working class. In this context, it is concluded that the defense of public health is a laborious work, not least because the expansion of rights requires many interrelationships to happen.

KEYWORDS: Public Health Policy; Unified Health System; Right to Health

INTRODUÇÃO

O Movimento da Reforma Sanitária, encampando a ideia da saúde como direito social de cidadania, exigiu a responsabilização do Estado e garantiu legalmente esse direito na Constituição Federal de 1988. Com isso, tem-se uma mudança de cenário e de atores que vão ser beneficiados desde então, ou seja, milhões de pessoas, reconhecidas como indigentes sanitários, que não tinham direito à saúde porque não possuíam a carteirinha do INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social) alcançaram a cidadania sanitária (MENDES, 2001a; LOPES, 2001), ou seja, o direito à atenção e cuidado em saúde.

Para abordar essas questões procuramos refazer o percurso histórico, estudando o contexto dos temas a partir da análise objetiva da realidade, das fontes documentais, e, sobretudo, das experiências e reflexões críticas das autoras.

POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO PERÍODO COLONIAL E NA REPÚBLICA

Durante muitos anos, no Brasil, o atendimento à saúde ficou submetido a concessões caritativas com a ressalva dos trabalhadores assalariados que em troca da sua força de trabalho conseguiam, via contribuição salarial compulsória, acesso ao cuidado à doença. Essa condição da assistência médica individual ser prerrogativa dos assalariados, bem como daqueles que podem pagar via desembolso direto alicerça um modelo do “SUS para pobre”, pois:

(...) vai gerar uma ideia de que a saúde não é, portanto, um direito de cidadania, a ser usufruído por todo brasileiro e garantido pelo Estado. A assistência médica era vista como um retorno devido, no caso dos inseridos no mercado formal de trabalho, para os demais seria uma dádiva caridosa (LOPES, 2001, p. 24-25).

Todavia, a ideia caritativa sempre esteve presente no Brasil, no período colonial até meados do século XIX as autoridades tinham grande preocupação com as doenças “pestilenciais” como a varíola, a febre amarela, a malária e a tuberculose, que apontavam o perigo da morbidade e da mortalidade. Desta forma, os problemas de saúde eram tratados como problemas relacionados à higienização e à ordenação do espaço urbano. De responsabilidade das autoridades locais, o objetivo era o de organizar as cidades através do policiamento limpando as ruas e retirando delas as “imundices”, na tentativa

de evitar a contaminação destas doenças (ANDRADE, 2007).

Neste período predominou uma precária organização dos serviços de saúde onde a assistência à população pobre e indigente ficava sob os cuidados da iniciativa filantrópica, ou seja, de instituições beneficentes ligadas à Igreja Católica como as Santas Casas de Misericórdia. Apenas um pequeno grupo utilizava-se do serviço médico, a maioria da população estava sob os cuidados de cirurgiões barbeiros, empíricos, curandeiros, benzedeiros, parteiras e curiosos (COSTA, 1989). Deste modo, o Estado incorporou o sistema de proteção liberal não tendo nenhuma prerrogativa de cuidados com o cidadão, pois era a cidadania da dádiva.

É com a persistência da manutenção dos traços estruturais do regime imperial que o campo da saúde vai ser organizado, no modelo sustentado pelo latifúndio e pela produção voltada para o mercado externo com a permanência do sistema coronelista e de escravismo. A base estrutural estava caracterizada pelo tripé: latifúndio, escravismo e mercado externo, traços herdados da colônia que preservou a classe dominante no comando e acomodou as forças políticas.

No ano de 1897 foi criada a Diretoria-Geral de Saúde Pública, órgão subordinado ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores e que foi reformulado em 1904 para desenvolver as ações coletivas de saúde. Esse período ficou conhecido como “Sanitarismo Campanhista”, uma vez que sob a coordenação de Osvaldo Cruz, no Rio de Janeiro e Emílio Ribas, em São Paulo, liderou o modelo etiológico baseado no controle dos insetos e animais. Assim, o saber médico-sanitário ficou centrado nos estudos e pesquisas em torno da bacteriologia e da microbiologia.

Esse modelo reforçava a visão de práticas sanitárias desenvolvidas de forma radical, com mando hierárquico para a limpeza dos centros urbanos “dos pobres e dos cortiços” assegurando os espaços de circulação de mercadorias exportáveis e o controle de doenças que prejudicassem a exportação, ou seja, a organização social foi determinada pela intervenção do Estado na cidade. Assim se deu a reforma urbana na cidade do Rio de Janeiro e em outros centros em processo de urbanização, como, por exemplo, a cidade portuária de Santos/SP marcando a interferência estatal na condução do destino da vida cotidiana da população (LUZ, 1979; ANDRADE, 2007).

A Primeira República iniciando a constituição do seu Estado moderno vai ser determinada pelos interesses dos grupos sociais vinculados à agro exportação cafeeira, “foi aí que se deu o nascimento da saúde pública no Brasil, o que representou profunda mudança nas práticas dominantes até então” (ANDRADE, 2007, p. 26). O saber médico-sanitário ficou centrado no modelo etiológico baseado no controle dos insetos e animais e com forte influência do Instituto Pasteur (França) nas instituições científicas do Brasil e de toda América Latina. Outra mudança importante foi a criação de leis e códigos que davam vida à política de saúde no Brasil (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1985).

Nos anos de 1920 o modelo urbano-industrial contrapõe-se ao modelo agrário e

escravista, uma vez que frente à política de urbanização anuncia uma nova demanda de trabalhadores que é a classe operária com a presença de imigrantes. Nesse novo cenário começam aparecer os movimentos de esquerda que, numa luta ideológica, pregavam a subversão da base estrutural do Estado. A classe operária fez a primeira greve no Brasil no ano de 1917 e deu forma embrionária ao movimento operário, que começou a organizar-se e exigir alguns direitos sociais como escola para seus filhos, melhores condições de trabalho e de assistência à saúde. Pela primeira vez no Brasil o Estado é forçado a regular as relações de trabalho.

É com base nessa estrutura que a partir de 1920 foi estabelecido um novo modelo de assistência médica de cunho privado, ou seja, exercido igualmente por empregados e empregadores. Inspirado no modelo alemão, implantado por Otto Von Bismark, surgiram as Caixas de Aposentadoria e Pensões-CAPs. O Decreto nº. 4.682, de 24 de janeiro de 1923, conhecido como Lei “Elói Chaves”, criou as CAPS, que se fundamentaram na obrigatoriedade das empresas de estrada de ferro criar uma caixa de aposentadoria para os seus respectivos funcionários. Além da aposentadoria, as CAPS garantiam socorro médico aos familiares e às pessoas que morassem no mesmo teto, medicamentos a preços especiais, aposentadorias e pensões para os herdeiros em caso de morte do titular.

No ano de 1926 esse sistema foi estendido às empresas portuárias e marítimas. Assim, o modelo de previdência foi inaugurado com as CAPs como um sistema de administração civil e privada. O Estado se absteve desse sistema, pois não participou diretamente nem como executor administrativo, nem como fonte de recursos, apenas manteve seu papel de regulador e subordinou o direito à assistência médica e à previdência estritamente aos participantes das CAPs desobrigando-se a desenvolver sistemas de proteção social e tratando os problemas sociais como “caso de polícia” (LUZ, 1979).

As CAPs trouxeram também, uma marca que se tornou tradição na maioria das políticas de saúde no Brasil: a subordinação do direito à assistência médica a um sistema de previdência social. Esse direito, que passou a ser restrito aos trabalhadores/participantes do sistema CAPs, tornou-se uma condição para a maioria dos brasileiros (MELLO, 1977).

O Brasil na “Revolução” de 1930 era um estado burguês em ascensão, em que a própria elite “implementou” um tipo de “revolução” em defesa do progresso, da urbanização e da industrialização. Diferentemente, da Revolução Francesa, onde as massas populares engajaram-se no movimento político com propósito de confrontar a estrutura ideológica do Estado e ameaçar o modelo sócio-econômico (NAGLE, 1985).

A chegada de Getúlio Vargas ao poder, num sistema de oligarquia e da política do “café com leite”, representou esse marco da nacionalização da economia, com ênfase num projeto de nação voltado ao desenvolvimentismo e com forte incentivo à industrialização e à urbanização.

A emergência de uma política nacional de saúde e em decorrência das reivindicações

operárias pelo estabelecimento de leis protetoras ao trabalho, incluindo o direito à saúde, fez com que o governo consolidasse a medicina previdenciária com a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões- IAPs, no ano de 1934. Assim, as Caixas de Aposentadorias e Pensões foram substituídas pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões- IAPs numa tendência acentuada de efetivar o poder nacional centralizado.

Neste novo sistema o Estado passou de regulador-normalizador para o papel de administrador do sistema, de tal forma que os trabalhadores, a partir de então deveriam organizar-se por categoria profissional e não mais por empresas. Cada categoria ganhou seu Instituto que garantia o direito à previdência e à assistência médica. Como no sistema anterior, esse direito estava subordinado somente aos trabalhadores sindicalizados e ligados ao sistema previdenciário, os demais trabalhadores, como por exemplo, os trabalhadores rurais, os autônomos, as empregadas domésticas e os não organizados sindicalmente, assim como todas as pessoas desempregadas, ficaram excluídos da assistência médica, das aposentadorias e pensões. Neste novo modelo (IAPs) as regulamentações oficiais colocaram um ponto final na participação dos trabalhadores na gestão do sistema que eles próprios criaram (ANDRADE, 2007).

O governo Dutra (1945-1950) esteve marcado pelo alinhamento com os americanos na Guerra Fria, o governo apoiou o bloco dos capitalistas, rompeu relações diplomáticas com a União Soviética e tentou descaracterizar os movimentos sociais. O Partido Comunista do Brasil foi colocado na ilegalidade e todos os funcionários públicos filiados a esse partido foram perseguidos através da exoneração de seus cargos. O incentivo às importações, especialmente de combustível e maquinário industrial, o financiamento de obras na área do transporte, do setor energético e o Plano SALTE levaram o país a uma situação insustentável pela desvalorização da moeda, o alto índice da inflação e a desqualificação do trabalhador. O salário mínimo ficou reduzido à metade do seu valor e foi um dos elementos que deveria manter o sucesso do Plano. Com a justificativa de diminuir os problemas sociais o governo apresentou a proposta de direcionar os gastos públicos para os setores definidos como emergenciais, como saúde, alimentação, transporte e energia.

Algumas ações de saúde estiveram voltadas para o combate da malária, doença que castigava as regiões nordestinas, investindo na compra de inseticidas de ação residual. Também, investiu-se na construção de grandes hospitais, como o Hospital dos Servidores do Estado no Rio de Janeiro, projetado para ser o maior hospital da América Latina.

A partir da década de 1950, no governo Vargas, definiu-se a política de incentivo ao processo acelerado da industrialização, deslocando o polo dinâmico da economia para os centros urbanos e gerando uma massa operária que dependeria dos serviços de saúde. Frente a essa nova demanda o Estado preferiu assumir uma posição de financiador ao invés de administrador dos serviços de saúde, fazendo a opção de repassar ao setor privado a responsabilização do cuidado em saúde (LUZ, 1979).

O Ministério da Saúde, criado no ano de 1956, reforçou as especialidades e a construção de instituições de asilamento, como os grandes leprosários e sanatórios que se espalharam em diversas regiões do país como forma de afastamento e de segregação dos doentes.

Em 1960 foi promulgada a Lei Orgânica da Previdência Social sob pressão dos trabalhadores que passou a ser responsável pela assistência médica individual de seus beneficiários. Os trabalhadores reivindicaram a unificação nacional dos Institutos e exigiram eficiência do sistema. A consciência das condições de vida da maior parte da população brasileira foi tornando-se cada vez mais clara em consequência da impossibilidade de soluções reais por parte das instituições (LUZ, 1991). Essa consciência originou um impasse no direcionamento da saúde e os movimentos sociais reivindicaram reformas, que foram discutidas na III Conferência Nacional de Saúde (1963) resultando na proposta de implantação da municipalização da assistência à saúde, porém, a reação das forças sociais conservadoras levou ao golpe de 1964 e interrompeu o debate que vinha se dando até então.

SAÚDE NO PERÍODO DA DITADURA

Após o golpe militar, em 1966 ocorreu a unificação da Previdência Social através da criação do Instituto Nacional da Previdência Social-INPS, cujo controle passou a ser integralmente do Estado. No auge do governo militar instalou-se, na maioria dos grandes centros urbanos um poderoso complexo médico-industrial através do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social-MPAS/Inamps. O modelo adotado nestas instituições, chamado de flexneriano, previa tratar todas as doenças utilizando-se de diversos recursos. O resultado se deu com uma série de inversões no campo da saúde pública, como o próprio conceito de saúde-doença, além da falência do Inamps.

Com a instituição do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social o governo passou a financiar o sistema privado de saúde subsidiando complexas instituições hospitalares e privilegiando a prática médica curativa, assistencialista e especializada em detrimento da saúde pública. Porém, competia ao próprio Estado subsidiar o sistema privado de saúde, pois injetava recursos para a construção de complexos hospitalares.

O projeto político, incentivado pelo modelo econômico da modernização autoritária do capitalismo nacional integrado ao capitalismo internacional demarcou a extensão da cobertura previdenciária para uma grande parte da população urbana e rural, no entanto reforçou o atendimento de baixa qualidade e garantiu a criação de um complexo médico-industrial, reafirmando o modelo “hospitalocêntrico” e de terceirização da saúde

Esse modelo médico- assistencial assenta-se na garantia de que o Estado é o seu grande financiador por intermédio da Previdência Social, o setor privado nacional assistencial-curativo o seu grande prestador e o setor internacional o seu grande produtor de insumos,

De modo que favoreceu a medicina de grupo e a implantação das empresas médicas no Brasil (CAMPOS, 1997).

A partir do ano de 1973, vários movimentos sociais aglutinaram-se em torno da defesa dos direitos humanos e da liberdade política, contrapondo-se à ditadura militar. Na área da saúde a luta foi pela organização de um sistema de saúde único, pelo cuidado da doença e da promoção da saúde. A crítica dos atores sociais sobre a saúde é que se configurava como uma máquina ineficiente devido à irracionalidade do sistema que produzia atuações de baixa eficácia, com gastos exorbitantes, baixa qualidade nos atendimentos, baixos índices de abrangência, evidenciando-se a sua precarização. Contestavam o privilégio da medicina privada, da prática médica curativa, de cunho individual e assistencialista, sendo o Estado o maior financiador das ações e serviços de saúde, assim como dos equipamentos e outros insumos (DA ROS et al., 2006).

As formulações propostas por sanitaristas identificados com as políticas de ações preventivas de interesse coletivo eram rejeitadas. No ano de 1976 foi fundado o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde-Cebes e a Associação Brasileira de Saúde Coletiva-ABRASCO, no ano de 1979, instituições que faziam oposição ao modelo imposto.

Na década de 1970 a política de saúde permitiu um processo de corrupção incontrolável por parte dos setores privados, que, na busca do superfaturamento multiplicavam e desdobravam os atos médicos, optavam por internações mais caras, enfatizavam procedimentos cirúrgicos desnecessários, além de utilizar pouco pessoal técnico e equipamentos obsoletos. As internações cresceram 322%, as consultas médicas 638% e o serviço de apoio diagnóstico em 433% (SANTOS, 2008; MERHY, 2005).

O processo de resistência democrática ao Estado autoritário, convivendo com escandalosa concentração de renda e carências sociais acumuladas ao longo da história, marcou o chamado movimento sanitário, que propôs debates, cujo princípio central era “saúde: direito de todos e dever do Estado”, surgindo aí a proposta da Reforma Sanitária.

A partir dos anacronismos na área da saúde acumulados nas décadas anteriores às políticas do retrocesso do “milagre econômico”, onde o Estado adotou políticas fortemente recessivas e da nova conjuntura político econômica, havia espaço objetivo para um movimento de luta por uma reforma sanitária. A par do fortalecimento dos movimentos sociais, alguns já em curso desde a década de 1970, revigorou-se também o sindicalismo (Costa, 1994), colocando em xeque o modelo médico-assistencial privatista. Assim, as discussões sobre a saúde aconteciam abertamente e de forma mais organizada, a partir das conferências municipais e estaduais.

O Estado, buscando estratégias para resolver a crise financeira da Previdência Social criou o Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária-Conasp (1981), numa política de co-gestão entre os Ministérios da Saúde, da Previdência e

Assistência Social e da Educação. Os profissionais médicos, trabalhadores, setor patronal, prestadores de serviços privados e representantes dos três Ministérios, tinham a finalidade de reorganizar a assistência à saúde da população previdenciária, indicar a alocação de recursos financeiros e propor medidas de avaliação e controle da assistência, através do Conasp.

Como resultado, este grupo apresentou ao Ministério da Previdência e Assistência Social o “Plano de Reordenação da Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social”, conhecido como “Plano-Conasp”. As propostas subsidiaram medidas de reorganização do sistema.

O MOVIMENTO DA REFORMA SANITÁRIA

No período de 1985 a 1987 parte considerável de atores políticos do Movimento da Reforma Sanitária tiveram acesso ao aparelho de Estado, o MPAS/Inamps passou a ser um grande alavancador da política de descentralização das ações de saúde e na convocação da VIII Conferência Nacional de Saúde, no ano de 1986. O governo implantou, no ano de 1987, o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde-SUDS, que reforçou a tendência de aumento de repasses financeiros da União para custeio e investimento nos sistemas estaduais e municipais (CAMPOS, 1997). Com o Suds objetivou-se democratizar o acesso aos serviços de saúde universalizando o atendimento, uma vez que se pretendia acabar com as categorias diversificadas de trabalhadores.

A Conferência de 1986 foi o momento mais significativo do processo de construção de uma plataforma e de estratégias do movimento pela democratização da saúde em toda sua história (RODRIGUEZ; TEMPORÃO; ESCOREL, 2003). No entanto, Mendes (2001) entende que o padrão de proteção social que garantiu o direito de universalização da saúde pública no Brasil desenvolveu-se de forma tardia, quanto ao tempo e ao momento histórico que lhe fundamentou, uma vez que a Reforma Sanitária teve início no final da década de 70 e a formulação do SUS deu-se, somente no final da década de 1980.

OS 30 ANOS DE SUS

Após 32 anos de implementação do SUS, vemos, sem dúvida, inúmeros avanços, principalmente relacionados à universalidade e a uma grande transformação de um modelo excludente e centrado na doença que privilegiava a medicina de alto custo para um sistema de saúde pautado na cidadania, na democracia e na saúde ampliada entendida como um direito. De modo que, a saúde é definida como resultante de uma série de condições (alimentação, habitação, lazer, emprego, renda, educação, meio-ambiente, transporte, liberdade, acesso e posse da terra, acesso a serviços de saúde,

etc), com foco na integralidade, na equipe multiprofissional e interdisciplinar e na intersetorialidade, tendo o Estado como seu provedor (Brasil, 2003; Rosa, 2014; Relatório Final da VII Conferência Nacional de Saúde, 1986). Faz-se importante, também, destacar a importância e crescimento da Atenção Primária como principal porta de entrada e ordenadora da rede, com uma atenção integral capaz de trazer impactos na autonomia das pessoas e na situação de saúde. Para muitos autores, o SUS é apontado como um grande avanço da política pública de saúde e como a maior vitória da Reforma Sanitária Brasileira (MENDES, 2001).

No entanto, o subfinanciamento e atual desfinanciamento do Sistema ameaça sua expansão e sustentabilidade. Historicamente, o SUS nunca foi uma defesa do Estado e, sim, um plano de governo. Nos anos da transição democrática (de reabertura democrática do país), o SUS estava ligado a um projeto político progressista (influenciado pelo Estado de Bem-estar Social), que disputou não só mentes e corações dos brasileiros, como também a eleição de 1989, um ano após a aprovação da Constituição Cidadã de 1988. Neste momento, quem teve a primeira responsabilidade de implantar políticas, dentre elas o SUS, resultantes desta Constituição, foi um grupo de atores representado pelas forças contrárias ao avanço dos direitos sociais. Nos oito anos de governo do PSDB, o projeto do SUS foi negado e o Brasil submeteu-se aos interesses do capitalismo internacional, consolidando o neoliberalismo e mantendo, assim, o subfinanciamento público para diminuir o papel do Estado. Mesmo nos oito anos subsequentes de governo do PT, apesar das equipes na área da saúde ter sido composta por pessoas bastante comprometidas com o projeto do SUS, a política econômica manteve um nível de investimento insuficiente na saúde. É importante destacar que pela primeira vez, desde a redemocratização do país, um partido de esquerda chegou ao poder, com um discurso ideológico que reconhecia as grandes desigualdades sociais no Brasil e defendia políticas públicas de caráter progressista.

Durante a eleição de 2014 ficou evidente a polarização da sociedade brasileira e a busca de governabilidade por parte da presidenta democraticamente eleita, Dilma Rousseff, ocasionando importantes mudanças na política de saúde no sentido de adotar políticas de contingenciamento e abertura para os interesses do grande capital.

Com isso, em 2015 houve a liberação dos serviços de saúde ao capital estrangeiro e a ameaça ao SUS acentua-se e extrapola o subfinanciamento e a falta de prioridades governamentais, mas fica à mercê de forças políticas e econômicas que ultrapassem os limites do Estado brasileiro (PAIM, 2018).

A situação agravou-se de maneira determinante a partir do golpe de 2016, que conduziu ao poder um projeto político de desinvestimento estatal e sucateamento dos serviços públicos para permitir que a iniciativa privada ocupe o papel que a Constituição Cidadã dava ao Estado. Desse modo, o investimento em políticas públicas passou a ser visto como um gasto que deveria ser diminuído.

As medidas de austeridade fiscal intensificaram-se ainda mais e, no ano de 2016,

a Emenda Constitucional 95 impõe o teto de gastos para serviços públicos, resultando em cerca de vinte bilhões de reais a menos para o Sistema. Castro et al (2019), em pesquisa sobre implementação e expansão do SUS, apontam para as ameaças ao Sistema, reconhecendo que se não houver mudança no cenário atual com aumento do financiamento haverá piora ainda maior dos indicadores de saúde, dentre eles, a mortalidade infantil, que em 2016 apresentou aumento, o que não ocorria desde 1990. Além disso, a queda nas coberturas de imunização, as novas políticas para a Atenção Primária (com enfraquecimento da Estratégia Saúde da Família, enfraquecimento dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, enfraquecimento do papel do Agente Comunitário de Saúde, com a nova proposta de financiamento que resulta em desinvestimento financeiro, político e no modelo de atenção), as novas recomendações para a Política Nacional de Saúde Mental, com a volta do manicômio fazendo parte da rede e a defesa de um modelo higienista e segregador, assim como outras medidas adotadas nos últimos anos, levam a um retrocesso que pode ser muito maior do que os dados analisados até o momento.

A nova epidemia do coronavírus, por exemplo, coloca à prova o papel de uma vigilância “oportuna e efetiva”, pois

a emergência de novas doenças traz impactos muito além dos casos e mortes que geram. Elas criam também um contexto ideal que impõe aos sistemas nacionais de saúde pública a tarefa de validar seu sistema de vigilância e assistência em saúde quanto à oportunidade de detecção precoce e ao poder de resposta que vem em cascata (Lana, 2020, p. 1).

Essa situação dá visibilidade ao desmonte das políticas de saúde que vêm sendo adotadas, até pela posição política e ideológica da maioria dos gestores.

No ano passado o SUS perdeu do orçamento federal nove bilhões de reais, nos últimos três anos perdeu do orçamento federal vinte bilhões de reais [...] Até agora de dinheiro “novo” do que está faltando o SUS não recebeu mais do que doze bilhões e aí todas as deficiências, além do financiamento inadequado, repercutem negativamente, são dificuldades no combate à pandemia (CAMPOS; BOULOS, 2020).

De modo que, o atual governo federal tem colocado a saúde no interesse do mercado e não diretamente no das pessoas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

De fato, é preciso considerar o processo histórico da saúde no Brasil que, a partir da Constituição de 1988, tentou descaracterizar a cidadania regulada e criar um sistema fundamentado na universalidade do acesso. Porém, a aposta num sistema único foi rejeitada pelas forças políticas neoliberais, bem como, pelos grupos que sustentaram o poder da classe burguesa. Deste modo, se por um lado o SUS trouxe a universalidade do sistema de saúde, por outro, possibilitou o modelo complementar, garantindo a assistência baseada no pagamento do seguro individual do usuário. Este modelo tem se ampliado no

Brasil e mesmo que as agências não assumam os riscos inerentes à assistência à saúde, ele tem se constituído como um dos maiores desejos da classe trabalhadora: possuir um seguro privado de saúde.

Porém, vários fatores concorrem nessa disputa, dentre eles o subfinanciamento e a precarização de recursos materiais e humanos, assim como os desperdícios estruturais definidos pelos gestores que vêm caracterizando um sistema público ineficiente e determinando que para os pobres só resta o SUS, enquanto que para os usuários de outros sistemas é possível, também, a utilização do sistema público.

Embora diante da pandemia o cenário político anunciado pelo governo federal seja da defesa da economia e do sistema capitalista, o SUS ressurgiu como o único modelo capaz de enfrentar essa crise, pois é um exemplo de uma grande experiência exitosa, reconhecida internacionalmente, que garante acesso à atenção integral e cuidado contínuo das pessoas. Devemos lembrar, também, que a ideia e a proposta do SUS emergiram da sociedade, da academia, de grupos que lutaram contra a ditadura e de movimentos populares, tais como as comunidades eclesiais de base e os sindicatos dos trabalhadores.

De modo que, neste momento, em que muito se tem falado do SUS, a discussão torna a aparecer para todos os brasileiros. Resta saber quais grupos continuarão defendendo a saúde como um direito e manterão o foco no cuidado às pessoas.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de; BARRETO, Ivana Cristina de Holanda Cunha e col. **SUS Passo a Passo**: história, regulamentação, financiamento, políticas nacionais. São Paulo: Hucitec, 2007.

CASTRO, Márcia C. et al. **The Lancet. Políticas de Saúde**, v. 394, n. 10195. P. 345-356, 2019.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, Emerson Elias; ONOCKO CAMPOS, Rosana (orgs). **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 229-266.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza; BOULOS, Guilherme. **Café Com Boulos**. O SUS e a pandemia. Disponível em: <https://www.google.com/search?q=Caf%C3%A9+Com+Boulos.+O+SUS+e+a+ pandemia&oq=Caf%C3%A9+Com+Boulos.+O+SUS+e+a+pandemia&aqs=chrome..69i57.1415j0j7&sourceid=chrome&ie=UTF-8>. Acesso em: 16 abr 2020.

COSTA, Nilson do Rosário. Políticas públicas, direitos e interesses: reforma sanitária e organização sindical no Brasil. **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro, v. 28, n. 4. p. 5-17, out/dez, 1989.

DA ROS, Marco Aurélio et al. Residência Multiprofissional em Saúde da Família: uma conquista do Movimento Sanitário. **Cadernos RH Saúde**. Brasília: DF, v.3, n.1. p. 109- 117, 2006.

LANA, Raquel Martins et al. Emergência do novo coronavírus (SARS-CoV-2) e o papel de uma vigilância nacional em saúde oportuna e efetiva. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, p. e00019620, 2020.

LOPES, Roseli Esquerdo. Políticas de saúde no Brasil: construções, contradições e avanços. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 12, n. 1/3, jan./dez. p. 23-33, 2001.

LUZ, Madel Therezinha. Notas sobre as políticas de Saúde no Brasil de “Transição Democrática” - anos 80. **Revista de Saúde Coletiva**, v. 1, n. 1, Rio de Janeiro: Relume Dumar, p. 138-154, 1991.

_____. **As Instituições Médicas no Brasil**: instituições e estratégias de hegemonia. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

MELLO, Carlos Gentile de. **Saúde e Assistência Médica no Brasil**. São Paulo: Cebes/Hucitec, 1977.

MENDES, Eugênio Villaça. **Os grandes dilemas do SUS**, tomo I. Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2001.

MERHY, Emerson Elias. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2005.

NAGLE, Jorge. A Educação na Primeira República. In: HOLANDA, Sérgio Buarque de. **História Geral da Civilização Brasileira**. São Paulo: Difel, tomo III, Livro 3. p. 259- 291, 1985.

OLIVEIRA, Jaime Antonio de Araujo; TEIXEIRA, Sonia Maria Fleury. **(Im)previdência social**: sessenta anos de história da previdência social no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1985.

PAIM, Jairnilson. Uma leitura dos 30 anos do SUS. Disponível em: <https://www.google.com/search?q=PAIM%2C+Jairnilson.+Uma+leitura+dos+30+anos+do+SUS&oq=PAIM%2C+Jairnilson.+Uma+leitura+dos+30+anos+do+SUS&aqs=chrome..69i57j33.6157j0j4&sourceid=chrome&ie=UTF-8>. Acesso em: 14 abr. 2020.

RODRIGUEZ NETO, Eleutério; TEMPORÃO, José Gomes; ESCOREL, Sarah. **Saúde: promessas e limites da Constituição**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

SANTOS, Nelson Rodrigues dos. Desenvolvimento do SUS, rumos estratégicos e estratégias para visualização dos rumos. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v.12, n.2, p.429- 435, mar/abr 2008.

ÍNDICE REMISSIVO

A

Anastomose 2, 141

Apendicite Aguda 137, 139, 141

Atenção Primária À Saúde 88, 89, 161, 162, 163, 164, 166, 172

B

Balão Gástrico 2, 3, 5, 7

Beta-Lactamase 20, 21, 22, 23, 24

C

Criança 39, 67, 68, 69, 82, 85, 87, 88, 89, 154

D

Diagnóstico Precoce 30, 35, 83, 88, 157

Diálise 27, 28, 29, 30, 32, 35

Direito À Saúde 91, 94

Divertículo De Meckel 142

E

Emergência 3, 8, 27, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 93, 99, 100, 155

Enfermagem 27, 32, 34, 35, 36, 37, 39, 42, 43, 44, 45, 46, 58, 65, 68, 69, 83, 86, 89, 102, 109, 110, 112, 113, 128, 129, 136, 143, 146, 149, 150, 151, 153, 154, 155, 163

Enfermagem Obstétrica 36, 37, 39, 44, 45, 46

Equipe Multiprofissional 98, 114, 144, 146, 147, 155, 161, 162, 163, 164, 166

Estratégia Saúde Da Família 50, 54, 55, 56, 58, 82, 85, 109, 164, 166

F

Família 39, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 71, 72, 82, 84, 85, 87, 88, 89, 99, 100, 109, 113, 114, 115, 117, 119, 122, 123, 126, 127, 134, 146, 147, 148, 162, 164, 166

H

H1N1 71, 72, 73, 76, 77, 79, 80, 81

Hemorragia 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 34, 140, 142

Hipertensão Portal 2, 3, 4, 5, 9

Hospitalização 30, 61, 82, 83, 84, 85, 88, 89, 114

Humanização 36, 37, 39, 43, 44, 45, 46, 67, 69

I

Influenza A 71, 72, 73, 74, 76, 77, 80, 81

L

Laços Sociais 47, 48

Lesão Medular 102, 103, 105, 112, 113, 116, 125, 128, 129

Lesão Renal Crônica 27, 28, 30, 32

M

Medula Espinhal 103, 109, 112, 114

N

Neuraminidase 72, 73, 74, 75, 76, 77, 80, 81

O

Obstetrícia 60, 65, 70

Obstrução Intestinal 137, 139

Ocitocina 41, 45, 47, 48, 49

P

Para-Aletas 103

Parto Cesáreo 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 67, 68, 69

Pediatria 149, 150, 152, 153, 155, 159

Pneumonia 3, 7, 82, 83, 84, 85, 87, 88, 89

Políticas Públicas 37, 38, 90, 91, 98, 100, 146, 167, 171

Psicologia Positiva 130, 131, 132, 133, 134, 135

R

Reabilitação 52, 105, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 119, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129

Resistência Antibiótica 21

S

Sáculo Distal 137

Saúde Da Mulher 58, 61, 62, 143, 145, 148, 167

Saúde Mental 48, 99, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 143, 148, 168, 171

Segurança Do Paciente 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 165

Suplementação 124, 156, 157, 158, 159, 173

SUS 39, 52, 57, 90, 91, 97, 98, 99, 100, 101, 114, 121, 126, 162

T

Terapia Nutricional 157, 158, 174

Trabalho Feminino 143, 145

Trabalho Rural 143, 144, 145

Transtorno Autístico 157, 158

U

Úlcera 8, 102, 103, 104, 109, 110

V

Varizes Esofágicas 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10

Violência Doméstica 148, 167, 168, 169, 170, 171, 172

Vitamina D 156, 157, 158, 159

 **Atena**
Editora

2 0 2 0