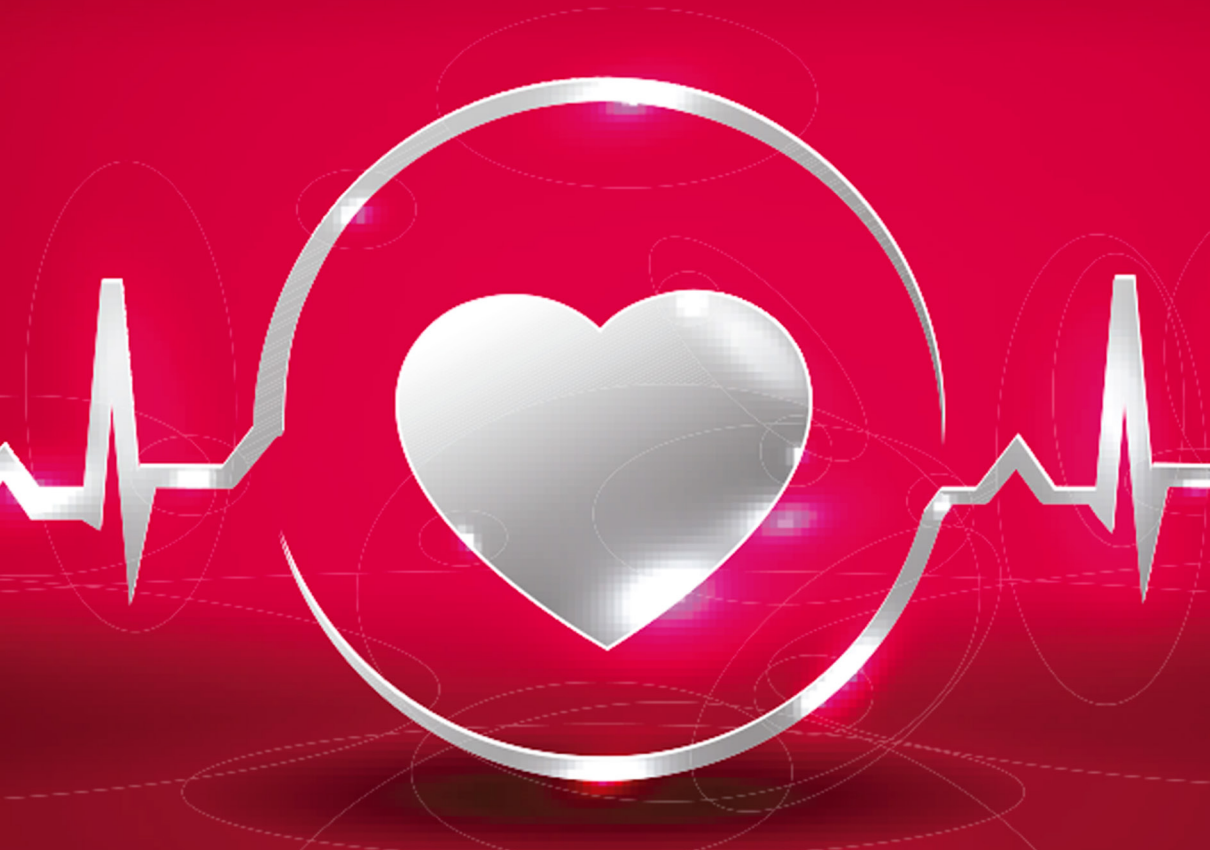


Condições Teórico-Práticas das Ciências da Saúde no Brasil 2

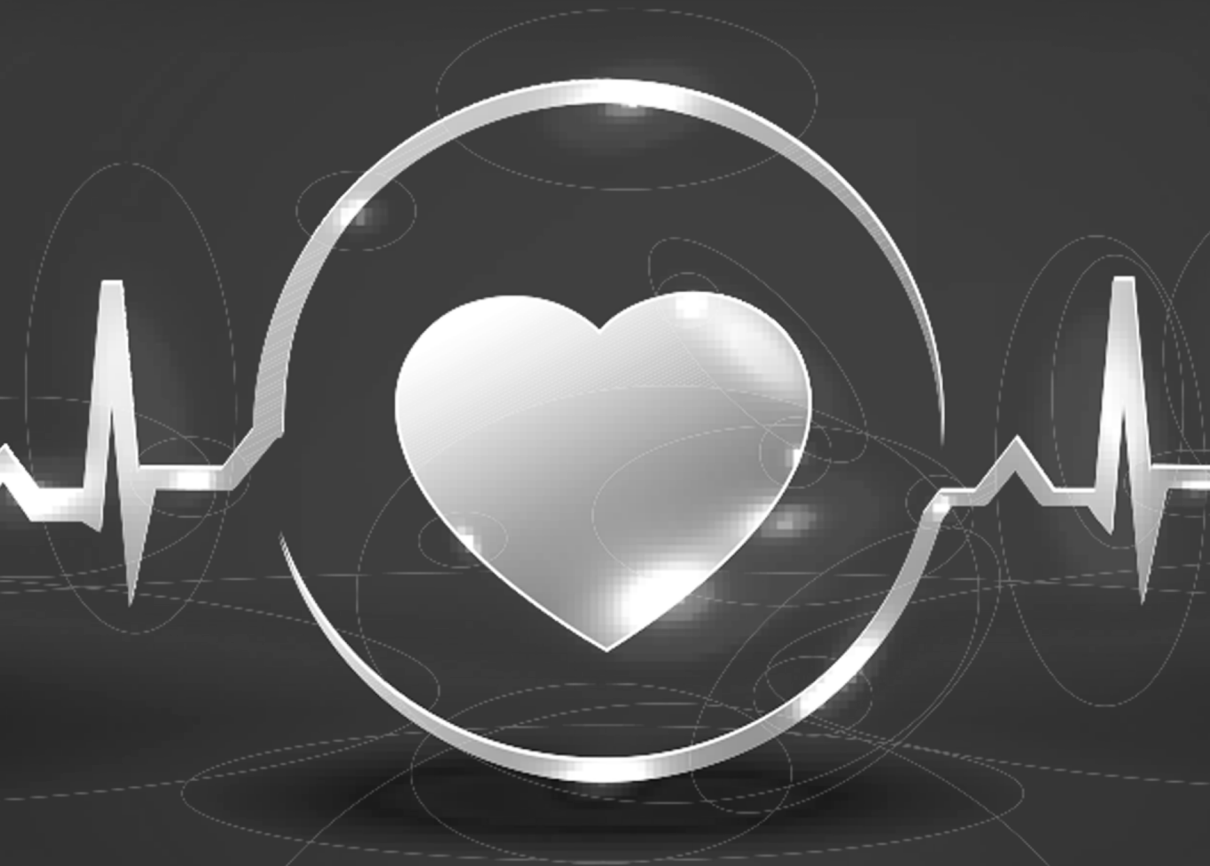


Luis Henrique Almeida Castro
(Organizador)

 **Atena**
Editora

Ano 2020

Condições Teórico-Práticas das Ciências da Saúde no Brasil 2



Luis Henrique Almeida Castro
(Organizador)

Atena
Editora
Ano 2020

Editora Chefe

Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Assistentes Editoriais

Natalia Oliveira

Bruno Oliveira

Flávia Roberta Barão

Bibliotecária

Janaina Ramos

Projeto Gráfico e Diagramação

Natália Sandrini de Azevedo

Camila Alves de Cremo

Luiza Alves Batista

Maria Alice Pinheiro

Imagens da Capa

Shutterstock

Edição de Arte

Luiza Alves Batista

Revisão

Os Autores

2020 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do Texto © 2020 Os autores

Copyright da Edição © 2020 Atena Editora

Direitos para esta edição cedidos à Atena Editora pelos autores.



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição *Creative Commons*. Atribuição-Não-Comercial-NãoDerivativos 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0).

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores, inclusive não representam necessariamente a posição oficial da Atena Editora. 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.

Todos os manuscritos foram previamente submetidos à avaliação cega pelos pares, membros do Conselho Editorial desta Editora, tendo sido aprovados para a publicação.

A Atena Editora é comprometida em garantir a integridade editorial em todas as etapas do processo de publicação. Situações suspeitas de má conduta científica serão investigadas sob o mais alto padrão de rigor acadêmico e ético.

Conselho Editorial

Ciências Humanas e Sociais Aplicadas

Prof. Dr. Alexandre Jose Schumacher – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Paraná

Prof. Dr. Américo Junior Nunes da Silva – Universidade do Estado da Bahia

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
Prof. Dr. Daniel Richard Sant’Ana – Universidade de Brasília
Prof. Dr. Deyvison de Lima Oliveira – Universidade Federal de Rondônia
Profª Drª Dilma Antunes Silva – Universidade Federal de São Paulo
Prof. Dr. Edvaldo Antunes de Farias – Universidade Estácio de Sá
Prof. Dr. Elson Ferreira Costa – Universidade do Estado do Pará
Prof. Dr. Eloi Martins Senhora – Universidade Federal de Roraima
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. Jadson Correia de Oliveira – Universidade Católica do Salvador
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense
Profª Drª Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins
Prof. Dr. Luis Ricardo Fernandes da Costa – Universidade Estadual de Montes Claros
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Marcelo Pereira da Silva – Pontifícia Universidade Católica de Campinas
Profª Drª Maria Luzia da Silva Santana – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Profª Drª Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Rita de Cássia da Silva Oliveira – Universidade Estadual de Ponta Grossa
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
Profª Drª Carla Cristina Bauermann Brasil – Universidade Federal de Santa Maria
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. Jael Soares Batista – Universidade Federal Rural do Semi-Árido
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
Prof^ª Dr^ª Anelise Levay Murari – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás
Prof^ª Dr^ª Débora Luana Ribeiro Pessoa – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Douglas Siqueira de Almeida Chaves -Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
Prof^ª Dr^ª Eleuza Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília
Prof^ª Dr^ª Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina
Prof^ª Dr^ª Eysler Gonçalves Maia Brasil – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira
Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof^ª Dr^ª Gabriela Vieira do Amaral – Universidade de Vassouras
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. Helio Franklin Rodrigues de Almeida – Universidade Federal de Rondônia
Prof^ª Dr^ª Iara Lúcia Tescarollo – Universidade São Francisco
Prof. Dr. Igor Luiz Vieira de Lima Santos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Jefferson Thiago Souza – Universidade Estadual do Ceará
Prof. Dr. Jesus Rodrigues Lemos – Universidade Federal do Piauí
Prof. Dr. Jônatas de França Barros – Universidade Federal do Rio Grande do Norte
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
Prof^ª Dr^ª Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Marcus Fernando da Silva Praxedes – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof^ª Dr^ª Maria Tatiane Gonçalves Sá – Universidade do Estado do Pará
Prof^ª Dr^ª Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma
Prof^ª Dr^ª Natiéli Piovesan – Instituto Federaci do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Paulo Inada – Universidade Estadual de Maringá
Prof. Dr. Rafael Henrique Silva – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados
Prof^ª Dr^ª Regiane Luz Carvalho – Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino
Prof^ª Dr^ª Renata Mendes de Freitas – Universidade Federal de Juiz de Fora
Prof^ª Dr^ª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof^ª Dr^ª 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. Carlos Eduardo Sanches de Andrade – Universidade Federal de Goiás
Prof^ª Dr^ª Carmen Lúcia Voigt – Universidade Norte do Paraná
Prof. Dr. Douglas Gonçalves da Silva – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof^ª Dr^ª Érica de Melo Azevedo – Instituto Federal do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Fabrício Menezes Ramos – Instituto Federal do Pará
Prof^ª Dr. Jéssica Verger Nardeli – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho
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
Profª Drª Neiva Maria de Almeida – Universidade Federal da Paraíba
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Profª Drª Priscila Tessmer Scaglioni – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista

Linguística, Letras e Artes

Profª Drª Adriana Demite Stephani – Universidade Federal do Tocantins
Profª Drª Angeli Rose do Nascimento – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
Profª Drª Carolina Fernandes da Silva Mandaji – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Profª Drª Denise Rocha – Universidade Federal do Ceará
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 Keyla Christina Almeida Portela – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Paraná
Profª Drª Miranilde Oliveira Neves – Instituto de Educação, Ciência e Tecnologia do Pará
Profª Drª Sandra Regina Gardacho Pietrobon – Universidade Estadual do Centro-Oeste
Profª Drª Sheila Marta Carregosa Rocha – Universidade do Estado da Bahia

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. Dr. Adailson Wagner Sousa de Vasconcelos – Ordem dos Advogados do Brasil/Seccional Paraíba
Prof. Dr. Adilson Tadeu Basquerote Silva – Universidade para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí
Prof. Me. Alexsandro Teixeira Ribeiro – Centro Universitário Internacional
Prof. Me. André Flávio Gonçalves Silva – Universidade Federal do Maranhão
Profª Ma. Andréa Cristina Marques de Araújo – Universidade Fernando Pessoa
Profª Drª Andreza Lopes – Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento Acadêmico
Profª Drª Andrezza Miguel da Silva – Faculdade da Amazônia
Profª Ma. Anelisa Mota Gregoleti – Universidade Estadual de Maringá
Profª Ma. Anne Karynne da Silva Barbosa – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Antonio Hot Pereira de Faria – Polícia Militar de Minas Gerais
Prof. Me. Armando Dias Duarte – Universidade Federal de Pernambuco
Profª Ma. Bianca Camargo Martins – UniCesumar
Profª 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
Profª Drª Cláudia Taís Siqueira Cagliariari – Centro Universitário Dinâmica das Cataratas
Prof. Me. Clécio Danilo Dias da Silva – Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Me. Daniel da Silva Miranda – Universidade Federal do Pará
Profª Ma. Daniela da Silva Rodrigues – Universidade de Brasília
Profª Ma. Daniela Remião de Macedo – Universidade de Lisboa
Profª Ma. Dayane de Melo Barros – Universidade Federal de Pernambuco
Prof. Me. Douglas Santos Mezacas – Universidade Estadual de Goiás

Prof. Me. Edevaldo de Castro Monteiro – Embrapa Agrobiologia
Prof. Me. Eduardo Gomes de Oliveira – Faculdades Unificadas Doctum de Cataguases
Prof. Me. Eduardo Henrique Ferreira – Faculdade Pitágoras de Londrina
Prof. Dr. Edwaldo Costa – Marinha do Brasil
Prof. Me. Eliel Constantino da Silva – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita
Prof. Me. Ernane Rosa Martins – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Goiás
Prof. Me. Euvaldo de Sousa Costa Junior – Prefeitura Municipal de São João do Piauí
Profª Ma. Fabiana Coelho Couto Rocha Corrêa – Centro Universitário Estácio Juiz de Fora
Prof. Me. Felipe da Costa Negrão – Universidade Federal do Amazonas
Profª Drª Germana Ponce de Leon Ramírez – Centro Universitário Adventista de São Paulo
Prof. Me. Gevair Campos – Instituto Mineiro de Agropecuária
Prof. Me. Givanildo de Oliveira Santos – Secretaria da Educação de Goiás
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
Profª Ma. Isabelle Cerqueira Sousa – Universidade de Fortaleza
Profª Ma. Jaqueline Oliveira Rezende – Universidade Federal de Uberlândia
Prof. Me. Javier Antonio Alborno – University of Miami and Miami Dade College
Prof. Me. Jhonatan da Silva Lima – Universidade Federal do Pará
Prof. Dr. José Carlos da Silva Mendes – Instituto de Psicologia Cognitiva, Desenvolvimento Humano e Social
Prof. Me. Jose Elyton Batista dos Santos – Universidade Federal de Sergipe
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 Drª Juliana Santana de Curcio – Universidade Federal de Goiás
Profª Ma. Juliana Thaisa Rodrigues Pacheco – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Kamilly Souza do Vale – Núcleo de Pesquisas Fenomenológicas/UFPA
Prof. Dr. Kárpio Márcio de Siqueira – Universidade do Estado da Bahia
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. Lillian Coelho de Freitas – Instituto Federal do Pará
Profª Ma. Liliani Aparecida Sereno Fontes de Medeiros – Consórcio CEDERJ
Profª Drª Livia do Carmo Silva – Universidade Federal de Goiás
Prof. Dr. 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. Maria Elanny Damasceno Silva – Universidade Federal do Ceará

Profª Ma. Marileila Marques Toledo – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri

Prof. Me. Ricardo Sérgio da Silva – Universidade Federal de Pernambuco

Profª Ma. Renata Luciane Polsaque Young Blood – UniSecal

Prof. Me. Robson Lucas Soares da Silva – Universidade Federal da Paraíba

Prof. Me. Sebastião André Barbosa Junior – Universidade Federal Rural de Pernambuco

Profª Ma. Silene Ribeiro Miranda Barbosa – Consultoria Brasileira de Ensino, Pesquisa e Extensão

Profª Ma. Solange Aparecida de Souza Monteiro – Instituto Federal de São Paulo

Prof. Me. Tallys Newton Fernandes de Matos – Faculdade Regional Jaguaribana

Profª Ma. Thatianny Jasmine Castro Martins de Carvalho – Universidade Federal do Piauí

Prof. Me. Tiago Silvio Dedoné – Colégio ECEL Positivo

Prof. Dr. Welleson Feitosa Gazel – Universidade Paulista

Editora Chefe: Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira
Bibliotecária: Janaina Ramos
Diagramação: Luiza Alves Batista
Correção: Flávia Roberta Barão
Edição de Arte: Luiza Alves Batista
Revisão: Os Autores
Organizador: Luis Henrique Almeida Castro

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

C745 Condições teórico-práticas das ciências da saúde no Brasil 2
/ Organizador Luis Henrique Almeida Castro. – Ponta
Grossa - PR: Atena, 2020.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-5706-638-6

DOI 10.22533/at.ed.386203011

1. Saúde. 2. Ciências. I. Castro, Luis Henrique Almeida
(Organizador). II. Título.

CDD 613

Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166

Atena Editora

Ponta Grossa – Paraná – Brasil

Telefone: +55 (42) 3323-5493

www.atenaeditora.com.br

contato@atenaeditora.com.br

DECLARAÇÃO DOS AUTORES

Os autores desta obra: 1. Atestam não possuir qualquer interesse comercial que constitua um conflito de interesses em relação ao artigo científico publicado; 2. Declaram que participaram ativamente da construção dos respectivos manuscritos, preferencialmente na: a) Concepção do estudo, e/ou aquisição de dados, e/ou análise e interpretação de dados; b) Elaboração do artigo ou revisão com vistas a tornar o material intelectualmente relevante; c) Aprovação final do manuscrito para submissão.; 3. Certificam que os artigos científicos publicados estão completamente isentos de dados e/ou resultados fraudulentos.

APRESENTAÇÃO

A Atena Editora traz ao leitor na obra “Condições Teórico-Práticas das Ciências da Saúde no Brasil” 69 estudos científicos que investigaram, com uma abordagem plural, o panorama nacional acerca dos desafios que a ciência e a academia científica enfrentam ante a saúde pública.

Os textos foram compilados em três volumes, cada qual com seu eixo temático, respectivamente: “População Brasileira & Saúde Pública”, que traz ao leitor estudos que investigaram algumas das principais patologias que compõe o quadro epidemiológico no Brasil atual; “Atuação Profissional em Saúde” que, por sua vez, é composto por artigos que revisam o papel do profissional de saúde seja em sua formação acadêmica, seja em sua atuação clínica; e, “Cuidado Integrado e Terapêutico”, volume que apresenta, discute e/ou propõe opções de terapia em saúde coletiva e individual com foco nos aspectos biopsicossociais que permeiam o cotidiano da saúde no país.

Almeja-se que a leitura deste e-book possa incentivar o desenvolvimento de estratégias de atuação coletiva, educacional e de inclusão social de modo a subsidiar, na esfera do condicionamento teórico e prático, a continuidade da produção científica brasileira.

Boa leitura!

Luis Henrique Almeida Castro

SUMÁRIO

II . ATUAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE

CAPÍTULO 1..... 1

A SEGURANÇA DO PACIENTE EM RISCO PELA COMUNICAÇÃO INEFICAZ ENTRE A EQUIPE DE SAÚDE

Maria Benta da Silva Neta

DOI 10.22533/at.ed.3862030111

CAPÍTULO 2..... 10

A VIVÊNCIA DO ALUNO DE MEDICINA SOB A PERSPECTIVA DO PACIENTE INTERNADO NO HOSPITAL ESCOLA – UFPEL

Ednaldo Martins dos Santos

Nathalia Helbig Dias

Rogério da Silva Linhares

DOI 10.22533/at.ed.3862030112

CAPÍTULO 3..... 22

AMBIENTE ESCOLAR COMO ÁREA DE ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO E ESTÁGIO PARA O GRADUANDO DE ENFERMAGEM: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Daniela Silva Rodrigues

Júlia Peres Pinto

Roberta Boschetti

DOI 10.22533/at.ed.3862030113

CAPÍTULO 4..... 28

ASSISTÊNCIA DO ENFERMEIRO DA ATENÇÃO BÁSICA NA VIDA SOCIAL DO IDOSO: REVISÃO DE LITERATURA

Érica Priscila Costa Ramos

Assunção Gomes Adeodato

Francisca Janiele Martins da Costa

Nicolau da Costa

Francisco Mateus Rodrigues Furtuoso

Diego Jorge Maia Lima

Jéssica Luzia Delfino Pereira

Francisco Walter de Oliveira Silva

DOI 10.22533/at.ed.3862030114

CAPÍTULO 5..... 42

ATENÇÃO MÉDICO DOMICILIAR: DA TEORIA A PRÁTICA

Débora Cristina Modesto Barbosa

Leonardo Salamaia

Ana Gabriela Machado Nascimento

Beatriz Góes de Oliveira

Arieny Reche Silva

Alessandra Cristina Camargo Tarraf

Maria Clara Ferreira de Sousa Nóbrega

Camila da Fonseca e Souza Santos
Camila Arruda Dantas Soares
Ana Luiza Camilo Lopes
Paola Yoshimatsu Izelli
Márcia Isabelle dos Santos

DOI 10.22533/at.ed.3862030115

CAPÍTULO 6..... 54

AVALIAÇÃO MICROBIOLÓGICA DAS MÃOS DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Larissa Marques Landim
Jessica Peixoto Temponi Ferreira
Gabriela Cunha Silva
Rizia Alves Lopes
Eliane Costa Silva
Beatriz Martins Borelli

DOI 10.22533/at.ed.3862030116

CAPÍTULO 7..... 59

CONHECIMENTO DE ACADÊMICOS E PROFISSIONAIS DA SAÚDE ACERCA DAS NORMAS DE BIOSSEGURANÇA EM ATENDIMENTOS DE URGÊNCIA E/OU EMERGÊNCIA

Camila Segal Cruz
Emília Pires de Oliveira
Lorena Reis Augusto
Ana Cecília Lima Gonçalves
Beatriz Martins Borelli

DOI 10.22533/at.ed.3862030117

CAPÍTULO 8..... 63

CORPO: CONCEPÇÕES DE ACADÊMICOS DE EDUCAÇÃO FÍSICA

Carla dos Reis Rezer

DOI 10.22533/at.ed.3862030118

CAPÍTULO 9..... 73

ESTUDANTES DE ENFERMAGEM COM SINTOMAS DEPRESSIVOS: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Luiza Vieira Ferreira
Mariana Ramalho Ferreira
Aline Aparecida de Souza Oliveira
Gabriella Biagge Cunha
Lucas Junio Turatti Madureira
Érika Andrade e Silva

DOI 10.22533/at.ed.3862030119

CAPÍTULO 10..... 88

GESTÃO DE ANTINEOPLÁSICOS ORIUNDOS DE DEMANDAS JUDICIAIS EM UM

HOSPITAL TERCIÁRIO

Juliane Carlotto

Nádia Salomão Cury Riechi

Inajara Rotta

DOI 10.22533/at.ed.38620301110

CAPÍTULO 11..... 96

HOSPITALIZAÇÃO E ÓBITOS POR DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS: UM DESAFIO PARA A SAÚDE PÚBLICA

Fernanda Fraga Campos

Victória Veloso Vieira

Magnania Cristiane Pereira da Costa

Maria Letícia Costa Reis

Vladimir Diniz Vieira Ramos

Thabata Coaglio Lucas

DOI 10.22533/at.ed.38620301111

CAPÍTULO 12..... 111

HOTELARIA HOSPITALAR E SUAS TECNOLOGIAS LEVES

Clarissa Vasconcelos Silva de Souza

DOI 10.22533/at.ed.38620301112

CAPÍTULO 13..... 119

MORTE: PERCEPÇÕES DOS ESTUDANTES DE MEDICINA

Fernanda de Carvalho Braga

Mariana Carvalho Gomes

Nayra Costa Moreira

Andrea Lopes Ramires Kairala

Luzitano Ferreira Brandão

DOI 10.22533/at.ed.38620301113

CAPÍTULO 14..... 132

O VIÉS METODOLÓGICO DE ENSAIOS CLÍNICOS RANDOMIZADOS EM PRATICANTES DE TREINAMENTO DE FORÇA SOB SUPLEMENTAÇÃO PROTEICA

Luis Henrique Almeida Castro

Raquel Borges de Barros Primo

Mariella Rodrigues da Silva

Bruno César Fernandes

Flávio Henrique Souza de Araújo

Thiago Teixeira Pereira

Diego Bezerra de Souza

Fernanda Viana de Carvalho Moreto

DOI 10.22533/at.ed.38620301114

CAPÍTULO 15..... 137

PERCEPÇÕES E CAPACITAÇÃO DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE EM SUPORTE BÁSICO DE VIDA PARA ATUAÇÃO NA COMUNIDADE

Domingas Machado da Silva

Antenor Matos de Carvalho Junior
Sâmella Silva de Oliveira
Vanessa dos Santos Maia
Eloane Hadassa de Sousa Nascimento
Luana Almeida dos Santos
Lília Maria Nobre Mendonça de Aguiar

DOI 10.22533/at.ed.38620301115

CAPÍTULO 16..... 149

TRAJETÓRIA DA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE NO BRASIL: CONFLITO HISTÓRICO, NEOLIBERALISMO, LUTAS DE CLASSE E RETROCESSOS

Eli Fernanda Brandão Lopes
Juliana Galete
Carolina de Sousa Rotta
Izabela Rodrigues de Menezes
Leticia Nakamura
Joelson Henrique Martins de Oliveira
Giovana Ayumi Aoyagi
Clesmânia Silva Pereira
Alex Sander Cardoso de Souza Vieira
Lena Lansttai Bevilaqua Menezes
Sirley Souza Alberto Chagas
Michael Wilian da Costa Cabanha
Maria de Fátima Bregolato Rubira de Assis

DOI 10.22533/at.ed.38620301116

CAPÍTULO 17..... 167

USO DE EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL POR PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM NA PANDEMIA COVID-2019

Cláudia Emiliana de Sousa Oliveira
Antônia Danúzia Batista Gomes
Pâmela Campêlo Paiva
Nicolau da Costa
Felipe da Silva Nascimento
Mailza da Conceição Santos
Ana Beatriz Diógenes Cavalcante
Luis Adriano Freitas Oliveira
Bruna Caroline Rodrigues Tamboril
Edislane Silva Souza

DOI 10.22533/at.ed.38620301117

SOBRE O ORGANIZADOR..... 185

ÍNDICE REMISSIVO..... 186

CAPÍTULO 16

TRAJETÓRIA DA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE NO BRASIL: CONFLITO HISTÓRICO, NEOLIBERALISMO, LUTAS DE CLASSE E RETROCESSOS

Data de aceite: 01/12/2020

Eli Fernanda Brandão Lopes

Universidade Federal do Mato Grosso do Sul
Campo Grande, Mato Grosso do Sul
<http://lattes.cnpq.br/4075564471785474>

Juliana Galete

Universidade Federal do Mato Grosso do Sul
Campo Grande, Mato Grosso do Sul
<http://lattes.cnpq.br/8893949021609404>

Carolina de Sousa Rotta

Universidade Federal do Mato Grosso do Sul
Campo Grande, Mato Grosso do Sul
<http://lattes.cnpq.br/2938294814764007>

Izabela Rodrigues de Menezes

Universidade Federal do Mato Grosso do Sul
Campo Grande, Mato Grosso do Sul
<http://lattes.cnpq.br/3246834134969947>

Leticia Nakamura

Universidade Federal do Mato Grosso do Sul
Campo Grande, Mato Grosso do Sul
<http://lattes.cnpq.br/8885396744356442>

Joelson Henrique Martins de Oliveira

Universidade Federal do Mato Grosso do Sul
Campo Grande, Mato Grosso do Sul
<http://lattes.cnpq.br/4292852920434284>

Giovana Ayumi Aoyagi

Universidade Federal do Mato Grosso do Sul
Campo Grande, Mato Grosso do Sul
<http://lattes.cnpq.br/1003730388806423>

Clesmânia Silva Pereira

Universidade Federal do Mato Grosso do Sul
Campo Grande, Mato Grosso do Sul
<http://lattes.cnpq.br/6387543492888773>

Alex Sander Cardoso de Souza Vieira

Universidade Federal do Mato Grosso do Sul
Campo Grande, Mato Grosso do Sul
<http://lattes.cnpq.br/641931949714786>

Lena Lansttai Bevilaqua Menezes

Universidade Federal do Mato Grosso do Sul
Campo Grande, Mato Grosso do Sul
<http://lattes.cnpq.br/1626675939929518>

Sirley Souza Alberto Chagas

Universidade Federal do Mato Grosso do Sul
Campo Grande, Mato Grosso do Sul.
<http://lattes.cnpq.br/5520828754303918>

Michael Wilian da Costa Cabanha

Universidade Federal do Mato Grosso do Sul
Campo Grande, Mato Grosso do Sul.
<http://lattes.cnpq.br/9509160998105299>

Maria de Fátima Bregolato Rubira de Assis

Universidade Federal do Mato Grosso do Sul
Campo Grande, Mato Grosso do Sul
<http://lattes.cnpq.br/9361073301014510>

RESUMO: O presente artigo aborda a temática da trajetória da política pública de saúde no Brasil, que se desenvolveu em meio à luta da classe operária por melhores condições de trabalho, evidenciando-se o conflito entre duas classes antagônicas: burguesia e proletariado. O trabalho tem como objetivo analisar a política de saúde sobre a perspectiva do ajuste neoliberal,

utilizado pelo Estado para manter a ordem do mercado capitalista. Como metodologia utilizou-se a pesquisa bibliográfica. Conclui-se que a gênese das políticas pública de saúde se deu em meio ao desenvolvimento da sociedade capitalista, atrelada a política de previdência social, impulsionada pela emergente questão social, que demandava do Estado e da própria sociedade civil resposta as demandas advindas da impulsão do capitalismo. Sendo assim o direito a saúde pode ser considerado como fruto de disputas entre interesses antagônicos de grupos e frações de classes distintas, um processo historicamente contraditório, e que na atualidade enfrenta o sucateamento provocado pelo desmonte dos direitos sociais.

PALAVRAS-CHAVE: Luta de Classes, Neoliberalismo, Política Pública de Saúde.

TRAJECTORY OF THE PUBLIC HEALTH POLICY IN BRAZIL: HISTORICAL CONFLICT, NEOLIBERALISMS AND CLASS STRUGGLES

ABSTRACT: This article deals with the thematic of the trajectory of public health policy in Brazil, which developed in the middle of the struggle of the working class for better working conditions, evidencing the conflict between two antagonistic classes: bourgeoisie and proletariat. The paper aims to analyze health policy on the perspective of neoliberal adjustment, used by the state to maintain the capitalist market order. As methodology was used the bibliographic research. It is concluded that the genesis of public health policies occurred in the midst of the development of capitalist society, tied to social security policy. The emergence of the emerging social question, which demanded from the state and civil society itself the demands arising from the impulsion of capitalism, and thus the right to health can be considered as the result of disputes between antagonistic interests of groups and fractions of distinct classes, a process historically contradictory.

KEYWORDS: Class struggle, Neoliberalism, Public Health Policy.

1 | INTRODUÇÃO

O presente artigo tem como tema de pesquisa a política pública de saúde no Brasil, desde a sua gênese até a sua consolidação pelo Sistema Único de Saúde (SUS) dentro da perspectiva da sociedade capitalista.

Para compreensão da política pública de saúde vigente no Brasil se faz necessária a análise da sua construção histórica, até a consolidação da saúde como direito do cidadão e dever do Estado como previsto na Constituição Federal (Brasil, 1988).

A saúde, regulada através do Sistema Único de Saúde de forma gratuita, universal e integral, esta alicerçada como um dos pilares do tripé da seguridade social, que compreende o conjunto de serviços e ações que garantem os direitos de saúde, previdência social e assistência social.

A saúde pública tem início no Brasil com a chegada da família real, quando são criadas as primeiras escolas de medicina. Ela caminha por dois âmbitos, um vinculado a previdência e outro as práticas campanhistas (DIMITROV, 2000). Sendo uma conquista da classe trabalhadora que em condições de trabalho subumanas nas fábricas, se reconhece como classe e passa a reivindicar seus direitos, diante a óptica do capitalismo.

A industrialização trazia o desenvolvimento a custo da exploração da mão de obra barata, o mercado capitalista buscava lucros cada vez maiores, com custos de produção cada vez menores. Com isso as jornadas de trabalhos se estendiam cada vez mais, os salários ficavam menores, não havia nenhum investimento na segurança do trabalhador, famílias inteiras trabalhavam nas fábricas, mulheres grávidas, idosos e crianças.

O mesmo ocorria com os trabalhadores das ferrovias, que eram utilizadas para o escoamento da produção, alguns trabalhavam expostos ao calor intenso, expostos a radiação solar, manuseando pás, picaretas, trilhos e objetos extremamente pesados, outros trabalhavam em lugares fechados, outros ainda expostos ao vento, poeira e chuvas, em regime de trabalho intermitente (VIEIRA, 2011).

De acordo com Almeida (2006, p. 10) “a noção de saúde destes trabalhadores estava presente direta e indiretamente nas reivindicações por melhores condições de trabalho e de vida”, desta forma observa-se que “a relação entre as precárias condições de trabalho e seu reflexo na saúde aparece de forma clara na fala destes operários”.

Mesmo após a consolidação da política pública de saúde através dos dispositivos legais presente na Constituição Federal e nas leis 8.080/90 e 8.142/90, o Brasil seguindo a lógica neoliberal passa a desresponsabilizar o Estado pela promoção da política de saúde. Com redução de gastos na área social, na década de 90, as necessidades de saúde passam a ser supridas, com maior intensidade, tanto pelo setor privado como pelo terceiro setor. Médici (1992, p. 81) afirma que o “setor privado em saúde no Brasil está associada, de um lado, à medicina liberal, e, de outro, à atenção médica das entidades beneficentes e filantrópicas, em geral pertencentes a instituições religiosas”.

A lógica neoliberalista cria a ideologia da responsabilidade social mediante as mazelas sociais vivenciadas pela população carente, e mais uma vez o sistema capitalista se sobrepõe ao direito a saúde, que se torna novamente responsabilidade da sociedade bibliográfica.

O trabalho apresenta os antecedentes históricos da política de saúde, esclarecendo que a sua construção é fruto da luta da classe operária por melhores condições de vida, e foi instituída com objetivo de acalmar os trabalhadores para que se mantivesse a economia de mercado, protegendo assim o sistema capitalista, caracterizando a criação de órgãos envolvidos com a política de saúde que era atrelada a política de previdência social, mesmo com a legislação vigente que a dispõe como direito do cidadão e dever do Estado.

O trabalho objetiva analisar a política de saúde no Brasil sobre a perspectiva da política de ajuste neoliberal, pela qual o Estado buscava manter a ordem do mercado capitalista e o poder da classe dominante, utilizando como metodologia a pesquisa.

21 DOS ANTECEDENTES HISTÓRICOS DA POLÍTICA DE SAÚDE AO PANORAMA ATUAL

A política de saúde brasileira nem sempre teve esse viés universalista democrático de cunho gratuito como na atualidade. O Brasil como um país de industrialização tardia se usou por vezes da política de saúde, como instrumento de contenção da classe trabalhadora operária. Em um contexto de lutas de classes, e para manter a ordem do mercado capitalista vigente, a política de saúde foi instituída para que se minimizassem os efeitos nocivos das atividades industriais e algumas campanhas de saúde começaram a ser idealizadas.

Em 1900, as campanhas de Saúde realizadas no Brasil eram de forma militarizadas, onde se dividia as cidades em distritos, e com o uso da coerção o doente era encarcerado e vacinado obrigatoriamente, os portadores de doenças contagiosas eram forçados às práticas sanitaristas. Em 1904, no Rio de Janeiro, ocorreu a chamada Revolta da Vacina, onde a população que desconhecia a vacina contra a varíola e temia seus efeitos, se negou a tomar a dose, e sofreram uma grande repressão do Estado, muitas pessoas tiveram suas casas invadidas por agentes sanitários, e foram vacinadas contra sua vontade e com o uso da violência, episódios como esses levaram a população a se rebelar, quebrando postes, arrancando trilhos, depredando e incendiando lojas, fazendo barricadas e atacando com paus e pedras as forças da polícia. A revolta terminou com centenas de pessoas presas, 30 mortos e 110 feridos, a questão da saúde estava mais relacionada com os interesses do Estado, do que com a própria saúde da população (OLIVEIRA, 2013).

A Política Pública de Saúde na história brasileira está intrinsecamente relacionada à lógica do planejamento governamental, se observa que antes de 1920 a questão social, as migrações dentre outros fatores não tinham proporções que fizessem com que Estado interferisse nesta área em específico. Entre a década de 20 e 40, o Estado se preocupou com a implantação de uma legislação previdenciária e trabalhista que viesse a tranquilizar e pacificar o movimento do operariado, para absorver questões de educação, saúde e assistência hospitalar e assim criou-se o Ministério da Educação e Saúde Pública (BARCELLOS, 1983).

Em 1917 ocorreu no Brasil um movimento articulado pelos operários e comerciantes de São Paulo, denominado de Greve Geral, cerca de 100 mil trabalhadores, homens, mulheres e crianças, paralisaram São Paulo. A paralisação começou na fábrica Cotonifício Crespi, no bairro da Moca, onde mais de 400 operários pediam condições melhores de trabalho, aumento salarial, redução da jornada de trabalho, proibição do trabalho infantil e do trabalho feminino noturno (TOLEDO, 2017).

As reivindicações dos trabalhadores nos protestos de 1917 eram, em termos gerais, jornada de oito horas, semana de cinco dias e meio, fim do trabalho de crianças, restrições à contratação de mulheres e adolescentes, segurança no trabalho, pagamento pontual dos salários, aumento salarial, redução do preço

dos alugueis e do custo dos bens de consumo básicos, respeito ao direito de sindicalização, libertação dos trabalhadores presos durante as greves e recontração de todos os grevistas demitidos (TOLEDO, 2017, p. 507).

Segundo Toledo (2017) as reivindicações expressavam as dificuldades de vida e de trabalho que os operários enfrentavam naquele período, exigindo uma ação tanto do Estado como dos empregadores, as reivindicações eram tanto conjunturais, ligadas ao contexto da época, como estruturais ligadas as demais questões afetas ao modo de produção capitalista.

A paralisação de São Paulo se estendeu para mais estados brasileiros, que sofreram com a forte repressão da polícia e do exército, algumas pessoas morreram, muitas ficaram feridas e outras foram presas, sendo muitas delas crianças. Foi um período de grande agitação do movimento operário que teve início em junho de 1917 e só terminou no início dos anos 1920, evidenciando o amplo processo de organização dos operários (TOLEDO, 2017).

Diversas categorias profissionais foram se juntando ao movimento (...). Operários da Pernambuco Tramways também aderiram. A repressão policial provocou ferimentos em vários operários, inclusive crianças. Diversas associações, ligas e sindicatos redigiram documentos, com a liderança do Sindicato de Ofícios vários que se tornou também alvo da repressão. A polícia evacuou o sindicato e prendeu seu secretário (...). A partir daí, a repressão dissolveu o movimento em Recife, mas as manifestações se estenderam a outras cidades do estado. (TOLEDO, 2017, p. 507).

Após a mobilização da classe dos trabalhadores por melhores condições de vida, o governo temendo que a insatisfação do operariado urbano afetasse a economia do país, iniciou a regulamentação de alguns direitos no âmbito do seguro social, através da lei Eloy, criando as CAPs (Caixas de Aposentadoria e Pensões) primeiramente voltadas aos trabalhadores das empresas ferroviárias, e logo mais se estendendo aos marítimos, portuários e bancários (FLEURY TEIXEIRA; OLIVEIRA, 1989).

Com a *promulgação da lei Eloy Chaves* em 24 de janeiro de 1923 consolidava-se no Brasil a base do sistema previdenciário, a partir deste período a saúde dos trabalhadores se vincula à previdência formando assim um sistema de proteção para a classe (COHN; ELIAS, 1996). Nesta mesma década é formada pelo médico sanitariano Oswaldo Cruz, a Diretoria Geral de Saúde Pública, com o objetivo de combater as epidemias urbanas e as endemias rurais, implementando progressivamente as instituições públicas de higiene e saúde (LUZ, 1991).

Entretanto o direito às CAPs garantia proteção apenas aos trabalhadores do ramo de atividades fundamentais para o desenvolvimento e expansão do capitalismo no Brasil, ou seja, de empresas que estavam ligadas à exportação e ao comércio, deixando os demais trabalhadores a margem desta proteção (FLEURY TEIXEIRA; CARVALHO, 2011). Outro fator problemático em relação às CAPs eram as desigualdades dos benefícios entre

os trabalhadores, pois as empresas de grande porte tinham trabalhadores com maiores contribuições e conseqüentemente benefícios maiores, segundo Silva e Mahar (1974, p. 15):

À medida que ocorria a disseminação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (...), verificava-se a precariedade do esquema financeiro do sistema, uma vez que a maioria das Caixas mantinha número reduzido de segurados, mobilizando recursos insuficientes para garantir a prestação de serviços médicos (SILVA; MAHAR, 1974, p. 15).

Visando combater a disparidade do sistema, Getúlio Vargas criou os IAPS (Institutos de Aposentadorias e Pensões) que eram vinculados às categorias profissionais, e geridos pelo Estado, unificando assim as CAPs e estendendo ao demais trabalhadores (LUZ, 1991).

As CAPs e IAPs foram posteriormente unificadas com a criação do INPS (Instituto Nacional de Previdência Social) no ano de 1966, passando a incluir novos beneficiários como os trabalhadores rurais em 1971, as empregadas domésticas em 1972 e trabalhadores autônomos em 1973, e com isso ampliando a prestação de serviços de assistência médico-hospitalar (COHN; ELIAS, 1996).

Observa-se que o surgimento dos IAPs estava relacionado à importância econômica de alguns grupos de trabalhadores para o capital, estes institutos eram criados por Decreto-lei e nem sempre havia a obrigatoriedade da prestação de assistência médica aos trabalhadores, tornando-a secundária, gerando uma cultura não assistencial. Os IAPs não detinham redes próprias de assistência médica, devido às restrições orçamentárias, isso acarretava a compra de serviços médicos por parte desses institutos, este modelo previdenciário perdurou no Brasil, entre a década de 30 e 60 (BATICH, 2004).

O desenvolvimento das políticas sociais, no governo totalitário de Vargas, implantava a ideia de desenvolvimento econômico e social no país para a elite dominante. A estratégia intervencionista de Vargas consistia na criação de diversas instituições, que satisfizessem os anseios nacionalistas da população brasileira, atendendo as diversas questões trabalhistas, formulando algumas políticas sociais, mas sem a real resolução da problemática social. As políticas eram paliativas e direcionadas ao segmento assalariado (SANTOS, 1993).

No Estado Novo período entre 1937 e 1945, houve maior consolidação das políticas econômicas e sociais, com maior atuação governamental, pois o Estado autoritário promoveu maior autonomia na definição de ações para a promoção do desenvolvimento nacional. A Grande Guerra exigia o reordenamento da economia mundial, ocasionando nesta época no Brasil a tentativa da construção do Welfare State (PANDOLFI, 1999).

No Estado Novo, a política social mantinha forte inclinação paternalista, com viés centralizador, burocrático e corporativista. Viabilizando-se através de medidas apoiadas preferencialmente em decretos, Vargas implantou seu projeto de industrialização com expansão do capitalismo no Brasil. Para

neutralizar o movimento trabalhista e conter seu ímpeto reivindicatório, muitas das demandas dos trabalhadores foram satisfeitas, incluindo-se entre estas a garantia dos sindicatos para promover e negociar os direitos dos assalariados. Esta “conquista” dos trabalhadores, compreendida como uma estratégia do Governo Vargas, resultou na inserção dos sindicatos livres no aparelho de Estado, em 1934, transformando-os em instituições de direito público, como uma ação despolitizadora. Dessa forma, os sindicatos tomaram-se um instrumento de aliciamento, coesão e exercício de poder sobre a classe assalariada (SILVA, 1996, p.3).

Como oposição ao modelo de restrição de gastos para o fortalecimento do regime de capitalização, ideias consonantes foram incorporadas ao Plano Beveridge, movimento previdenciário surgido na Europa que investia no capital humano, pois se pensava que com assistência e ampliação dos serviços médicos, os trabalhadores poderiam melhorar sua produtividade e retornar mais cedo ao trabalho, quando acometido por alguma doença. O Plano Beveridge chocava-se diretamente com o projeto Neoliberal (SILVA, 1996).

O novo modelo retratava o posicionamento do Estado capitalista frente à situação de guerra, marcando a reação neoliberal à ascensão das ideologias socialistas, nazistas e fascistas, pressionado, ainda, pela instalação de governos social-democratas e trabalhistas na Europa. A necessidade de intervenção governamental na questão social foi modelada em busca do que se convencionou denominar Welfare State, Estado de Bem Estar Social, implicando em maiores investimentos públicos no setor social. (SILVA, 1996, p.27)

Na década de 40, o regime ditatorial no Brasil se mostrava fragilizado com a derrota do nazi-fascismo na II Guerra Mundial, verificou-se um novo processo de transformação no perfil do Estado brasileiro, havia um revigoramento do pensamento liberal e democrático e um desgaste do autoritarismo estado novista que emanava da elite (BARCELOS, 1983).

Em 1941, ocorreu no Rio de Janeiro a primeira Conferência Nacional de Saúde com o tema “Situação sanitária assistencial dos estados e municípios”. As conferências tiveram uma importância muito grande na construção da política de saúde hoje vigente (BRASIL, 2013). No ano de 1950 foi realizada a segunda Conferência Nacional de Saúde voltada a higiene e a segurança no trabalho; e nos anos de 1960, dez anos mais tarde, ocorria a terceira conferência que tinha como proposta a descentralização da área de saúde (BRASIL, 2013)

Entre os anos de 1946 e 1964, a política social é marcada pelo populismo, Dutra e JK utilizando-se de mecanismos populistas consolidaram empreendimentos que garantiram o crescimento dos movimentos populares e a manipulação das aspirações dos trabalhadores (PANDOLFI, 1999).

Em 1960, foi criada a LOPS (Lei Orgânica da Previdência Social) que estabelecia a unificação do regime previdenciário passando a ser direcionado apenas para os trabalhadores em regime celetista (regidos pela CLT), os trabalhadores dos demais regimes foram excluídos (FLEURY TEIXEIRA; CARVALHO, 2011).

Com o Golpe Militar de 1964, e com suspeita de fraude e má utilização dos recursos previdenciários, foi instituída em 1966 uma comissão formada por membros dos Ministérios do Trabalho, Planejamento, Saúde e Fazenda como a preposição de reformular do sistema de Previdência Social, para que se houvesse um melhor gerenciamento dos benefícios e recursos (BATICH, 2004).

Para dificultar a apropriação indevida de recursos sem alterar a política de compra de serviços estruturados, foi criada a Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social (DATAPREV) com o objetivo de formular instrumentos de controle de contas e procedimentos das entidades contratadas e conveniadas (FLEURY TEIXEIRA; CARVALHO, 2011).

Em 1964 com a instalação do Regime Militar, a política social passa a ter um caráter técnico-burocrático, a Saúde Pública no Brasil, durante a ditadura, começa a criar as primeiras bases para o surgimento do SUS (Sistema Único de Saúde), na década de 1990.

Durante o período da ditadura militar, foram realizadas quatro Conferências Nacionais de Saúde:

- Em 1967 ocorreu a 4ª Conferência Nacional de Saúde com o tema “Recursos humanos para as atividades de saúde”;
- Em 1975 ocorreu a 5ª Conferência Nacional de Saúde com o tema “Constituição do Sistema Nacional de Saúde e a sua institucionalização”;
- Em 1977 ocorreu a 6ª Conferência Nacional de Saúde com o tema “Controle das grandes endemias e interiorização dos serviços de saúde”;
- Em 1980 ocorreu a 7ª Conferência Nacional de Saúde com o tema “Extensão das ações de saúde através dos serviços básicos” (BRASIL, 2013).

No ano de 1977 foi criado o SINPAS (Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social) e o INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social).

O SINPAS, com a missão de implantar sistemas de controle para sanar as distorções existentes, foi integrado pelo INPS (Instituto Nacional de Previdência Social), pelo INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social), pela LBA (Legião Brasileira de Assistência), a FUNABEM (Fundação Nacional do Menor); as IAPAS (Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social) e o DATAPREV (Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social). (SILVA, 1996, p.38)

O INAMPS ficou incumbido de prestar a assistência médica aos trabalhadores, ao IAPAS a gestão financeira, ficando o INPS apenas com a concessão de benefícios. Segundo Fleury Teixeira e Carvalho (2011):

[...] o INAMPS, como o braço da saúde do Sinpas, teve suas ações condicionadas ou limitadas pela disponibilidade dos recursos existentes, já que os benefícios previdenciários, por sua natureza contratual, têm primazia

na alocação dos recursos do sistema. As despesas do INAMPS, que em 1976 correspondiam a 30% do orçamento da previdência social, em 1982 atingiram apenas 20% do total, correspondendo a uma perda de 1/3 da participação nos gastos (FLEURY TEIXEIRA; CARVALHO, 2001, p. 4).

Para Gentile de Mello (1978,) o INAMPS continuava sendo o mesmo reprodutor de fraudes:

Desgraçadamente, os produtores do anteprojeto de lei do Novo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social, o INAMPS, em lugar de modificar o modelo, introduziram um dispositivo que permite à Previdência Social a cobrança de parte do custeio do sistema com o nível de renda do segurado. Consagra-se, mais uma vez, o sistema produtor de pacientes fantasmas, de cirurgias, internações e outros serviços desnecessários (GENTILLE DE MELLO, 1978, p. 179).

Na década de 80, o milagre brasileiro chegava ao fim, marcado pela intensa recessão e inflação ascendente, chegava-se ao auge da crise previdenciária, com isso advinha muitos questionamentos em relação à atuação do Estado no setor de saúde, havia uma insatisfação generalizada quanto aos serviços prestados. O Brasil enfrentava a estagnação econômica, havia uma redução das receitas e despesas na área da saúde, provocadas pelo baixo nível de queda de arrecadação, nesta época para atender as necessidades de saúde da população de classe média, surge uma nova modalidade de prestação de assistência médica, no setor privado, encabeçadas por empresas como Amil e Bradesco (SILVA, 1996).

No ano de 1985, após a queda do regime militar, o Brasil passa por uma redemocratização. O Estado buscava responder, de forma minimalista, as demandas sociais, advindas do movimento sanitário, formado na década anterior. O movimento da Reforma Sanitária lutava pela universalização do acesso e a reestruturação do setor da saúde, pela criação de um Sistema Unificado de Saúde, descentralizado e com financiamento efetivo (BRASIL, 2013).

Começava a Nova República. Sarney buscou responder às pressões e às demandas sociais, estabeleceu novos pactos de entendimento com a sociedade, também como resposta às demandas do já mencionado movimento sanitário. Nesse momento, ingressa no cenário um novo ator institucional: o gestor municipal de saúde, sintonizado com a pauta do movimento sanitário, reivindicando maior apoio frente às crescentes responsabilidades dos municípios (BRASIL, 2013, p. 26).

Foi durante esse processo de grande mobilização social, e euforia pela transição do regime ditatorial para o regime democrático que ocorreu a 8ª Conferência Nacional de Saúde no ano de 1986, tendo como tema “Saúde como direito, reformulação do Sistema Nacional de Saúde e financiamento do setor”. Esta conferência é considerada o marco histórico da formulação do SUS (BRASIL, 2013), foi à primeira conferência aberta à sociedade, dela resultou-se a implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) no ano de 1987.

Com o SUDS (Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde), o Estado passou a descentralizar as ações de saúde, esse novo sistema passa a ser norteado sobre a diretriz da universalização, da equidade no acesso aos serviços, e da integralidade dos cuidados, entretanto as ações ainda estavam restritas à lógica hegemônica da queixa-conduta e do trabalho centrado na figura do médico (FLEURY TEIXEIRA; CARVALHO, 2011).

Para institucionalizar as proposições da VIII Conferência, foi criada, por decreto, uma Comissão Interministerial, denominada Comissão Nacional de Reforma Sanitária - CNRS, com a responsabilidade de propor, em apenas 180 dias, a nova Política Nacional de Saúde. Mantendo as diretrizes aprovadas na VIII Conferência, a CNRS encaminhou, em março de 1987, a proposta do novo modelo à Assembléia Constituinte. Para acelerar o processo, e conter as demandas por prestação de serviços, foram instituídos, também por Decreto (nº 94.657 de 20/07/88), os Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS) nos estados brasileiros, como uma etapa intermediária à implantação definitiva do SUS. Neste processo, que contou com a participação consensual dos Ministérios da Saúde e da Previdência, foi fundamental a pressão exercida pelo Movimento de Reforma Sanitária, cujos integrantes, na ocasião, ocupavam importantes cargos nas instituições federais do Governo Sarney [...] O SUDS representava, dessa forma, a integração das atividades e unidades assistenciais do INAMPS às Secretarias Estaduais de Saúde, tomando os Governos estaduais e municipais efetivamente responsáveis pelo gerenciamento das ações de saúde em seu território (SILVA, 1996, p.50).

A política de saúde no Brasil perpassou por vários caminhos, primeiramente esteve restrita à distribuição de serviços e benefícios, pelos Ministérios da Previdência e Assistência Social e da Saúde, logo após teve suas bases estruturadas pela Constituição Federal de 1988, como um sistema único e universal, construindo-se os pilares para o SUS (Sistema Único de Saúde).

O Brasil transitou de um sistema de saúde segmentado, estritamente voltado à prestação de serviços médico-hospitalares aos trabalhadores, para um sistema de saúde desenhado para garantir o acesso universal aos serviços e ações de saúde, com base no princípio da seguridade social (SENA, 2013).

Segundo a Constituição Federal (BRASIL, 1988, p. 60), em seu art. 196, “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.” Ou seja, após a Constituição Federal a saúde passou a ser um direito universal e gratuito e não mais atrelado à previdência social, não mais se precisava de contribuição social, como acontecia no INAMPS.

Com o advento da Constituição Federal (1988) o SUS passa a ser regido pelas seguintes diretrizes:

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade (BRASIL, 1988, p. 60).

Essas diretrizes legitimavam e consolidavam as lutas ocorridas ao longo dos anos 80 pelo Movimento da Reforma Sanitária, deste então o SUS vem passando por inúmeros processos de aceitação, com problemas de financiamento, de resistência à descentralização e de desequilíbrio funcional e organizacional, para se combater as dificuldades de implantação do SUS criou-se de uma série de órgãos, instituídos em comissões, inspetorias e conselhos, com funções deliberativas, administrativas e executivas entre os níveis centrais e municipais, trabalhando paralelamente as ações estatais.

O INAMPS foi incorporação ao Ministério da Saúde através do Decreto nº 99.060, de 07 de março de 1990. E o SUS foi finalmente estabelecido pela Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990). Esta lei dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, regulando em todo o território nacional as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente, eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado (SIMON, 2015).

A Lei 8.080/90 trata da organização, da direção e da gestão do SUS; das competências e atribuições das três esferas de governo; do funcionamento e da participação complementar dos serviços privados de assistência à saúde; da política de recursos humanos; dos recursos financeiros, da gestão financeira, do planejamento e do orçamento (SIMON, 2015).

Alguns meses depois, foi promulgada a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que imprimiu ao SUS uma de suas principais características: o controle social, promovendo a participação dos usuários na gestão e formulação dos serviços, instituindo os Conselhos Gestores e as Conferências, segundo o art. 1º da Lei nº 8.142:

Art. 1º O Sistema Único de Saúde (SUS), de que trata a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas: I - a Conferência de Saúde; e II - o Conselho de Saúde. § 1º A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde. § 2º O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo (BRASIL, 1990, p. 1)

Após a década de 90 o projeto privatista, como ideais advindo do neoliberalismo, entra em confronto direto com o projeto da reforma sanitária.

O projeto privatista pauta-se na política de ajuste neoliberal, tem como foco a contenção dos gastos com a política de saúde, a racionalização da oferta de serviços, e a desresponsabilização do Estado, ao qual cabe apenas garantir um mínimo aos cidadãos mais necessitados, ficando assim para o setor privado o atendimento aos cidadãos consumidores (BRAVO; MATOS, 2006).

A partir do exposto, considera-se que, na atualidade, os dois projetos existentes na saúde, referidos anteriormente, ainda estão em disputa: o projeto da reforma sanitária x o projeto privatista. O atual governo ora fortalece o primeiro projeto e ora mantém a focalização e o desfinanciamento, características do segundo (BRAVO; MATOS, 2006, pag. 15).

O Brasil no ano de 1990 seguia os ditames do mercado capitalista sobre a óptica do neoliberalismo, baseando a política de saúde nesta mesma perspectiva. O Estado por meio da ideologização da solidariedade, do voluntariado, do individualismo e da responsabilidade social passou a envolver a sociedade civil na corresponsabilização na promoção da política de saúde.

As propostas neoliberais, mais especificamente para política de saúde, consistem na focalização, privatização, estímulo aos seguros privados, atendimento básico à população que não pode pagar, dentre outros. Ou seja, uma concepção individualista e fragmentada da saúde em contraposição a concepção coletiva e universal do Projeto da Reforma Sanitária (SALVADOR, TERRA, ARÉAS, 2015, pag. 10).

O direito a saúde passou por um longo processo contraditório, entre disputa de poder e interesses antagônicos, até sua consolidação com a promulgação da Constituição Federal 1988, porem desde então esta política vem sofrendo retrocessos.

Em 1990 houve implantação do projeto neoliberal no país, pelo governo de Fernando Collor de Mello, e logo após no governo de Fernando Henrique Cardoso é instaurada a contrarreforma do Estado marcada pela expropriação de direitos sociais, promovendo cortes gradativos nas políticas sociais (BRAVO; MATOS, 2006, pag. 9).

Nos anos 2000 a política de saúde pública apresenta alguns avanços, tendo ganhado destaque, a política de atenção básica em saúde, na agenda federal no período de 2003 a 2010 (CASTRO; MACHADO, 2012). No ano de 2002, durante a transição de governos, a saúde bucal, passa a ganhar maior visibilidade (MACHADO; BAPTISTA; NOGUEIRA, 2011).

Durante o governo Lula, de 2003 a 2008, se implementam quatro políticas prioritárias, sendo elas: a ESF (Estratégia de Saúde da Família), o Brasil Sorridente, o SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência) e a Farmácia Popular. Políticas estas “voltadas para a solução de problemas relevantes do sistema de saúde brasileiro, respectivamente nas

áreas de atenção primária à saúde, saúde bucal, atenção às urgências e assistência farmacêutica” (MACHADO; BAPTISTA; NOGUEIRA, 2011, p. 527). Representando avanços no acesso em áreas relevantes para concretização dos princípios de universalidade e integralidade na saúde, previstos pela Constituição Federal de 1988.

Segundo Menicucci (2011) políticas de saúde no governo Lula, podem ser analisadas como um modelo de desenvolvimento híbrido, com a política econômica impondo restrições às políticas sociais, e as gestões ministeriais da saúde apresentaram maior continuidade entre si, com diferenças em relação aos processos e aos conteúdos da política. O correndo “mudanças incrementais em âmbitos estratégicos para a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) nos campos de atenção à saúde, recursos humanos e insumos, assim como alterações no modelo de intervenção federal” (MENICUCCI, 2011, p. 522).

Para Silva, Batista e Santos (2017) o governo Lula foi “marcado pela racionalidade da contrarreforma na política de saúde, em virtude da inserção dos ideais privatistas, um exemplo são essas Fundações Estatais de Direito Privado”. Tendo o governo Dilma dado continuidade a esta lógica com o estabelecimento da privatização da saúde através da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), aprimorando um modelo de gestão voltado para os investimentos do setor privado.

Entre 2010 e 2019, o SUS passa pelo processo de desmonte e sucateamento, devido aos ataques às políticas sociais públicas e regressão de direitos sociais, provocados pela contrarreforma do Estado articulado à ascensão do neoliberalismo.

De acordo com Lopes (2019, p. 87) em uma análise do panorama da Atenção Básica e da Urgência e Emergência em uma cidade da região Centro Oeste, o sucateado do SUS reflete “diretamente na qualidade da saúde prestada à população”.

O retrocesso e o desmonte dos direitos sociais, que ataca às políticas públicas, segundo Paim (2018) foi acentuado pela crise econômica no Brasil. Tendo o governo Temer dado seguimento “a hegemonia contrária ao SUS, tornando-o ainda mais reduzido, com o risco de se tornar um simulacro”. Entre as políticas de austeridade fiscal, pode ser citado a Emenda Constitucional 95 (EC-95/2016) que instituiu um novo Regime Fiscal no âmbito dos Orçamentos Fiscal e da Seguridade Social da União, que congelou o orçamento público, incluindo neste o da saúde, durante vinte anos.

Em seus estudos, Rasella *et al.* (2019), apontam que as consequências do desmonte do SUS para 5.507 municípios brasileiros, decorrente da aprovação da Emenda Constitucional 95 (EC-95/2016), como a retração do Programa Mais Médicos, podem chegar a 50 mil mortes prematuras, de pessoas com idade inferior a 70 anos de idades, entre 2017 e 2030. Sendo a Estratégia Saúde da Família (ESF) um dos programas mais afetados, com redução na sua cobertura, o que provoca “efeitos mais fortes na mortalidade por doenças infecciosas e deficiências nutricionais e impactariam desproporcionalmente os municípios mais pobres” (RASELLA *et al.*, 2019, p. 6).

Em protesto a Emenda Constitucional 95 (EC-95/2016), os participantes da 16ª Conferência Nacional de Saúde, cerca de cinco mil pessoas, realizaram uma manifestação em defesa do SUS, na Praça do Museu da República, em Brasília. Sendo desmonte das políticas sociais no Brasil, criticados por parlamentares, representantes de categorias e movimentos sociais (CNS, 2019). A 16ª Conferência Nacional de Saúde, ocorreu entre os dias 04 a 07 de agosto de 2019, e teve como temática central “Democracia e Saúde” discutida sobre três eixos: “Saúde como Direito”, “Consolidação do SUS” e “Financiamento Adequado para o SUS”.

Evidencia-se que entre os anos de 2010 e 2019, houve um decréscimo no número de hospitais no Brasil, tendo o número de 6.907 hospitais reduzido para 6.702. Sendo que entre os hospitais com fins lucrativos houve uma redução de 109 unidades. Neste mesmo período ocorreu uma redução de 25.568 leitos, tendo o número de leitos em hospitais no Brasil de 435.793, decaído para 410.225 (CNSAÚDE, 2019).

Entre 2010 e 2019 houve a redução de 34.741 leitos em hospitais privados (ou -11,8%), enquanto houve o aumento de 9.200 leitos em hospitais públicos (ou +6,6%). Houve redução de 32.157 leitos em hospitais privados com fins lucrativos (ou -24,6%) e redução de 2.611 leitos em hospitais privados sem fins lucrativos (ou -1,6%) (CNSAÚDE, 2019, p.14).

Neste sentido, pode se afirmar que haverá um aumento elevado no número de óbitos evitáveis, diretamente ligados ao congelamento de investimentos na política de saúde e demais políticas de austeridade fiscal adotadas.

3 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A trajetória da política de saúde no Brasil perpassou por disputas de projetos antagônicos, sendo estes o projeto privatista e o projeto da reforma sanitária. As ações na área da saúde se alternavam entre ações privatistas de mercado e ações de participação do Estado.

Em um contexto de capitalista onde o operariado trabalhava em condições insalubres, em uma carga horária de trabalho excessiva chegando há 18 horas por dia, com alto grau de periculosidade onde por falta de segurança acidentes eram comuns, muitos operários morriam outros ficavam mutilados, em nome do lucro gerado pelo modo de produção capitalista a burguesia massacrava a classe operaria.

Isso acirrava o conflito existente entre essas duas classes antagônicas, burguesia e proletariado, assim sendo o operariado se reconhece como classe e passa a lutar por melhores condições de vida, de saúde e de trabalho. A política de saúde não foi construída de forma pacífica, não pode ser vista como algo que foi dado, se faz necessário que ela seja compreendida no seu contexto histórico de luta, de repressão, e de greves dos operários das fábricas.

O Estado temendo que o motim dos operários, que faziam greves e paralisavam a produção, tomasse proporções maiores, afetando assim o mercado capitalista, se utilizou da política de saúde como um artifício de contenção da massa trabalhadora. Em outro momento o Estado recebendo influências do Plano Beveridge, começa se utilizar da política de saúde como um investimento em capital humano, pois se percebe que trabalhador dispondo de mais saúde se tornaria mais produtivo.

Com passar dos anos a política de saúde no Brasil sofreu avanços e retrocessos, ora atendendo os interesses do capital ora atendendo os interesses do proletariado, o direito à saúde está intrinsecamente ligado a garantia de formulação e execução de políticas públicas que visem diminuir o risco de agravo à saúde, pelo Estado.

Constata-se que nos últimos anos, política de saúde, permeada pela racionalidade hegemônica tem priorizada uma saúde de cunho assistencialista e seletiva. Sendo executada de forma focalizada e individualista com ações curativa. Atendendo aos interesses do setor privado, apresentando-se cada vez mais sucateada e se se afastando dos ideários de equidade e justiça social, perdendo seu caráter de gratuidade e universalidade.

Diante do que foi exposto, tem se a complexidade da política de saúde no Brasil, que ora representa conflito de classe, ora representa instrumento de contenção e ora representa uma ferramenta de impulsão do capitalismo. Para que haja compreensão sobre a política de saúde se faz necessário o estudo e a análise de todos os aspectos da sua totalidade desde sua concepção até o desdobramento da atualidade.

Conclui-se que a política de saúde no Brasil foi construída mediante tensões de duas classes antagônicas, atrelada a política de previdência social, gestada em um contexto de lutas de classe em um país capitalista de industrialização tardia, periférico e extremamente desigual, que na atualidade enfrenta o sucateamento provocado pelo desmonte dos direitos sociais.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Anna Beatriz de Sá. As parcelas (in) visíveis da saúde do anônimo trabalhador: falas operárias sobre trabalho, saúde e doença (1890-1920). **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 9-18, mar. 2006.

BARCELLOS, Tanya Maria Macedo de (Coord.). **A Política Social Brasileira 1930-1964**. Porto Alegre: Fundação de Economia e Estatística, 1983.

BATICH, Mariana. Previdência do trabalhador: uma trajetória inesperada. **São Paulo Perspec.**, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 33-40, 2004.

BRASIL. **Constituição Federal de 1988**. Promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 31 dez. 2017

BRASIL. Ministério da Saúde. **Para entender o controle social na saúde / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 178 p.

BRASIL. Presidência da República. Ministério da Saúde. **Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990:** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. Brasília, 1990.

BRASIL. Presidência da República. Ministério da Saúde. **Lei 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. Brasília, 1990.

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Costa. **Projeto ético-político do serviço social e sua relação com a reforma sanitária: elementos para o debate.** In: MOTA, Ana Elizabete. Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2006.

CASTRO, Ana Luisa Barros de; MACHADO, Cristiani Vieira. A política federal de atenção básica à saúde no Brasil nos anos 2000. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 477-506, 2012 .

COHN, Amélia; ELIAS, Paulo Eduardo Mangeon. **Saúde no Brasil:** políticas e organização de serviços. Ed Cortez/cedec. São Paulo. 1996.

CNS. Conselho Nacional de Saúde. **Ato em defesa do SUS reúne 5 mil pessoas contra desmonte das políticas sociais.** 2019. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/750-atem-defesa-do-sus-reune-5-mil-pessoas-contradesmonte-das-politicas-sociais> Acesso em: 1 fev. 2020

CNSAÚDE. Confederação Nacional de Saúde. Cenário dos Hospitais no Brasil 2019. **Relatório da Situação dos Hospitais Privados no Brasil. Federação Brasileira de Hospitais.** Confederação Nacional de Saúde. Brasília: Federação Brasileira de Hospitais. 2019

DIMITROV, Pedro. Chegamos a 2000 d.C., e a saúde para onde vai? **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 24, n.1, p. 19-30, Jan. / Fev. 2000

FLEURY TEIXEIRA, Sônia; OLIVEIRA, Jaime de Araujo. **Previdência Social:** 60 anos de História da Previdência no Brasil. Petrópolis: Coleção Saúde e Realidade Brasileira, Ed. Vozes, 1989.

FLEURY TEIXEIRA, Sônia; CARVALHO, Antonio Ivo (Org.). **INAMPS- Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social.** In: Dicionário Histórico- Biográfico Brasileiro (2ª edição). Rio de Janeiro: FGV, 2001.

GENTILE DE MELLO, Carlos. Medicina Previdenciária. **Saúde e Medicina no Brasil:** Contribuições para um Debate. (org.) Reinaldo Guimarães. Série Saúde e Sociedade. Rio de Janeiro: Graal, 1970.

LOPES, Eli Fernanda Brandão. Projeto VER-SUS: panorama da atenção básica e da urgência e emergência no município de Campo Grande/MS. **Extensio: Revista Eletrônica de Extensão**, Florianópolis, v. 16, n. 33, p. 85-99, 2019.

LUZ, Madel Therezinha. **Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de “transição democrática” - anos 80.** PHYSIS - Revista de Saúde Coletiva, São Paulo, v.1, n.1. 1991.

MACHADO, Cristiani Vieira; BAPTISTA, Tatiana Vargas de Faria; NOGUEIRA, Carolina de Oliveira. Políticas de saúde no Brasil nos anos 2000: a agenda federal de prioridades. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p. 521-532, 2011.

MÉDICI, André Cezar. Incentivos governamentais ao setor privado de saúde no Brasil. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 79-115, abr./jun. 1992.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. A política de saúde no governo Lula. **Saude soc.**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 522-532, 2011.

OLIVEIRA, Willian Marques de. **O Papel do Estado Brasileiro no Direito Sanitário**. Brasília, 2013. 49 f. Monografia. (pós-graduação em direito administrativo)- Instituto Brasiliense de Direito Público, Brasília, 2013.

PAIM, Jairnilson Silva. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos - Thirty years of the Unifed Health System (SUS). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1723-1728, 2018

PANDOLFI, D. (Org.). **Repensando o Estado Novo**. Rio de Janeiro: FGV, 1999, p. 173-193.

RASELLA, D. *et al.* Mortalidade associada a políticas alternativas de atenção primária à saúde: um estudo nacional de modelagem por microssimulação no Brasil. **BMC Med**, v. 17, n. 82, p. 1-11, 2019.

SALVADOR, Marina Alvares Côrtes; TERRA, Paula Valéria de Oliveira; ARÉAS, Raquel dos Santos. **Política de Saúde no Brasil: história e desafios atuais**. VII Jornada Internacional de Políticas Pública. São Luis: Maranhão, 2015, f.12.

SANTOS, Wanderley Guilherme dos. **Razões da Desordem**. Rio de Janeiro: ROCCO, 1993.

SENA, Alderico. Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). 2013. Disponível em: <http://www.noticialivre.com.br/index.php/2014-03-09-16-39-32/21932-historia-da-previdencia-social-no-brasil>. Acesso em: 4 jan. 2018

SILVA, Agnes Carine; BATISTA, Jessica Hellen Santos; SANTOS, Wene Carolina Mota. **Desmonte e Sucateamento do SUS: o ataque neoliberal à política de saúde no Brasil**. In: 7º. Seminário da Frente Nacional contra a privatização da saúde: saúde em tempos de retrocesso e retirada de direitos, Maceió. Anais Seminário FNCPS: Saúde em Tempos de Retrocessos e Retirada de Direitos. Alagoas, outubro, 2017

SILVA, Fernando; MAHAR, Dennis. **Saúde e Previdência Social: uma análise econômica**. Rio de Janeiro, IPENINPS, Coleção Relatórios de Pesquisa, n° 21, 1974.

SILVA, Heliana Marinho da. **A Política Pública De Saúde No Brasil: Dilemas e Desafios para a Institucionalização do SUS**. Rio de Janeiro, 1996. 133 f. Dissertação. (mestrado em administração pública)- Escola Brasileira De Administração Pública, Fundação Getulio Vargas. Disponível em: <https://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/8657/000076050.pdf>. Acesso em: 4 jan. 2018

SIMON, Letícia Coelho. **Desafio: Concretização do Direito à Saúde Pública no Brasil** Conselho Nacional De Secretários De Saúde – CONASS. 2015. Disponível em: https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/colecao2015/CONASS-DIREITO_A_SAUDE-ART_31.pdf. Acesso em: 6 de jan. de 2018

TOLEDO, Edilene. **Um ano extraordinário**: greves, revoltas e circulação de idéias no Brasil em 1917. Rio de Janeiro: Estudos Históricos, vol. 30, n. 61, p. 497-518, 2017.

VIEIRA, Leda Rodrigues. **Trabalho e ferrovia**: cotidiano do trabalho dos ferroviários na cidade de Parnaíba-PI, 1950-1990. Revista Brasileira de História & Ciências Sociais. v. 3, n. 5, p. 113-126, 2011. Disponível em: <https://rbhcs.com/rbhcs/article/viewFile/90/89>. Acesso em: 12 de jun. de 2018

ÍNDICE REMISSIVO

A

Agente Comunitário de Saúde 137, 138, 141, 143

Ambiente Hospitalar 5, 8, 57, 113, 114, 169, 183, 184

Antineoplásicos 88, 89, 90, 91, 93, 94, 95

Atenção Básica 27, 28, 30, 31, 32, 35, 38, 39, 41, 43, 46, 47, 49, 50, 52, 53, 107, 139, 140, 143, 160, 161, 164

Atenção Médico Domiciliar 42, 43, 50

Atendimento de Urgência 139

Atendimento Domiciliar 50

Avaliação Microbiológica 54, 57

B

Biossegurança 59, 60, 61, 62

C

Capacitação 105, 137, 142, 144, 145, 146, 147, 148, 179

Comunicação 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 22, 36, 46, 66, 93, 105, 107, 130, 131, 144

Comunidade 11, 24, 25, 27, 32, 35, 37, 43, 50, 51, 84, 103, 137, 138, 141, 143, 144, 145, 146, 147, 159, 164

Covid-19 98, 167, 168, 169, 170, 171, 172, 173, 175, 177, 179, 180, 181, 182, 183, 184

D

Depressão 29, 37, 52, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 128

Doenças Infecciosas 56, 96, 97, 98, 100, 101, 102, 109, 161, 179, 183

E

Educação Física 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72

Emergência 5, 59, 60, 61, 62, 137, 138, 139, 140, 148, 161, 164, 168, 169, 184

Enfermagem 1, 3, 4, 5, 8, 9, 22, 25, 26, 27, 28, 30, 32, 33, 34, 36, 39, 40, 41, 48, 49, 56, 62, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 96, 109, 112, 117, 118, 130, 136, 147, 148, 167, 168, 169, 170, 171, 172, 173, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 182, 183, 184

Ensaio Clínico Randomizado 133

Epidemiologia 136

Equipamento de Proteção Individual 175, 179

H

Hospital Escola 10, 11, 12, 13, 16

Hospitalização 47, 96, 97, 101

Hotelaria Hospitalar 111, 112, 113, 114, 117, 118

I

Idoso 17, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 36, 37, 39, 40, 51, 52

J

Judicialização 89, 94, 95

M

Medicina 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 20, 21, 23, 32, 42, 43, 50, 51, 56, 60, 61, 62, 76, 77, 78, 79, 80, 82, 83, 86, 96, 105, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 127, 128, 129, 130, 131, 150, 151, 164, 183

Metodologia 3, 10, 12, 14, 25, 32, 56, 65, 75, 98, 112, 117, 132, 133, 134, 150, 151, 170, 173

N

Neoliberalismo 149, 150, 160, 161

O

Óbito 47, 91, 93, 96, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 125, 127, 168, 180

P

Políticas Públicas 24, 29, 30, 37, 40, 89, 161, 163, 170

Profissional de Saúde 54, 57, 115, 120, 122, 124, 144

S

Saúde Pública 16, 17, 23, 28, 55, 87, 89, 94, 95, 96, 102, 104, 138, 140, 141, 150, 152, 153, 156, 160, 165, 168, 169, 182, 183

Segurança 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 26, 36, 44, 61, 112, 113, 117, 118, 139, 142, 151, 152, 155, 162, 170, 175, 176, 178, 181, 182, 184

Suplementação Proteica 132, 134

Suporte Básico de Vida 137, 138, 141, 142, 145, 146, 147, 148

T

Treinamento de Força 132, 133, 134

U

Universidade 1, 10, 11, 15, 21, 22, 28, 42, 50, 54, 62, 63, 71, 73, 76, 79, 80, 82, 83, 85, 86, 96, 99, 111, 128, 130, 131, 132, 137, 142, 149, 167, 184, 185

V

Viés 132, 133, 134, 135, 136, 152, 154

W

Whey Protein 133, 134

Condições Teórico-Práticas das Ciências da Saúde no Brasil 2



www.atenaeditora.com.br 

contato@atenaeditora.com.br 

[@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora) 

www.facebook.com/atenaeditora.com.br 

Atena
Editora

Ano 2020

Condições Teórico-Práticas das Ciências da Saúde no Brasil 2



www.atenaeditora.com.br 

contato@atenaeditora.com.br 

[@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora) 

www.facebook.com/atenaeditora.com.br 

Atena
Editora

Ano 2020