

GERENCIAMENTO DE SERVIÇOS DE SAÚDE E ENFERMAGEM

4



Luana Vieira Toledo
(Organizadora)

GERENCIAMENTO DE SERVIÇOS DE SAÚDE E ENFERMAGEM

4



Luana Vieira Toledo
(Organizadora)

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

2021 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do Texto © 2021 Os autores

Copyright da Edição © 2021 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 com base em critérios de neutralidade e imparcialidade acadêmica.

A Atena Editora é comprometida em garantir a integridade editorial em todas as etapas do processo de publicação, evitando plágio, dados ou resultados fraudulentos e impedindo que interesses financeiros comprometam os padrões éticos da 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
Prof. Dr. Crisóstomo Lima do Nascimento – Universidade Federal Fluminense
Prof^ª Dr^ª Cristina Gaio – Universidade de Lisboa
Prof. Dr. Daniel Richard Sant’Ana – Universidade de Brasília
Prof. Dr. Deyvison de Lima Oliveira – Universidade Federal de Rondônia
Prof^ª Dr^ª 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
Prof^ª Dr^ª Ivone Goulart Lopes – Instituto 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
Prof^ª Dr^ª Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins
Prof. Dr. Luis Ricardo Fernandes da Costa – Universidade Estadual de Montes Claros
Prof^ª Dr^ª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Marcelo Pereira da Silva – Pontifícia Universidade Católica de Campinas
Prof^ª Dr^ª Maria Luzia da Silva Santana – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Prof^ª Dr^ª Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof^ª Dr^ª 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
Prof^ª Dr^ª 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^ª Dr^ª 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
Prof^ª Dr^ª Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná
Prof^ª Dr^ª 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
Prof^ª Dr^ª 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
Prof^ª Dr^ª Lina Raquel Santos Araújo – Universidade Estadual do Ceará
Prof. Dr. Pedro Manuel Villa – Universidade Federal de Viçosa
Prof^ª Dr^ª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará
Prof^ª Dr^ª 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 Elizabeth Cordeiro Fernandes – Faculdade Integrada Medicina

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. Dr. Fernando Mendes – Instituto Politécnico de Coimbra – Escola Superior de Saúde de Coimbra

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. Cleiseano Emanuel da Silva Paniagua – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Goiás

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 Dra. 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
Prof. Dr. Marco Aurélio Kistemann Junior – Universidade Federal de Juiz de Fora
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^ª Dr^ª Priscila Tessmer Scaglioni – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista

Linguística, Letras e Artes

Prof^ª Dr^ª Adriana Demite Stephani – Universidade Federal do Tocantins
Prof^ª Dr^ª Angeli Rose do Nascimento – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
Prof^ª Dr^ª Carolina Fernandes da Silva Mandaji – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof^ª Dr^ª 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
Prof^ª Dr^ª Keyla Christina Almeida Portela – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Paraná
Prof^ª Dr^ª Miranilde Oliveira Neves – Instituto de Educação, Ciência e Tecnologia do Pará
Prof^ª Dr^ª Sandra Regina Gardacho Pietrobon – Universidade Estadual do Centro-Oeste
Prof^ª Dr^ª 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. Adaylson 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. Dr. Alex Luis dos Santos – Universidade Federal de Minas Gerais
Prof. Me. Aleksandro Teixeira Ribeiro – Centro Universitário Internacional
Prof^ª Ma. Aline Ferreira Antunes – Universidade Federal de Goiás
Prof. Me. André Flávio Gonçalves Silva – Universidade Federal do Maranhão
Prof^ª Ma. Andréa Cristina Marques de Araújo – Universidade Fernando Pessoa
Prof^ª Dr^ª Andreza Lopes – Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento Acadêmico
Prof^ª Dr^ª Andrezza Miguel da Silva – Faculdade da Amazônia
Prof^ª Ma. Anelisa Mota Gregoleti – Universidade Estadual de Maringá
Prof^ª 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
Prof^ª 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. Me. Christopher Smith Bignardi Neves – Universidade Federal do Paraná
Prof. Ma. Cláudia de Araújo Marques – Faculdade de Música do Espírito Santo
Profª Drª Cláudia Taís Siqueira Cagliari – 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
Prof. Dr. Everaldo dos Santos Mendes – Instituto Edith Theresa Hedwing Stein
Prof. Me. Ezequiel Martins Ferreira – Universidade Federal de Goiás
Profª Ma. Fabiana Coelho Couto Rocha Corrêa – Centro Universitário Estácio Juiz de Fora
Prof. Me. Fabiano Eloy Atilio Batista – Universidade Federal de Viçosa
Prof. Me. Felipe da Costa Negrão – Universidade Federal do Amazonas
Prof. Me. Francisco Odécio Sales – Instituto Federal do Ceará
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 Albornoz – 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
Prof^ª Ma. Lillian Coelho de Freitas – Instituto Federal do Pará
Prof^ª Ma. Liliani Aparecida Sereno Fontes de Medeiros – Consórcio CEDERJ
Prof^ª Dr^ª Lívia 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. Dr. Luan Vinicius Bernardelli – Universidade Estadual do Paraná
Prof^ª Ma. Luana Ferreira dos Santos – Universidade Estadual de Santa Cruz
Prof^ª Ma. Luana Vieira Toledo – Universidade Federal de Viçosa
Prof. Me. Luis Henrique Almeida Castro – Universidade Federal da Grande Dourados
Prof^ª Ma. Luma Sarai de Oliveira – Universidade Estadual de Campinas
Prof. Dr. Michel da Costa – Universidade Metropolitana de Santos
Prof. Me. Marcelo da Fonseca Ferreira da Silva – Governo do Estado do Espírito Santo
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
Prof^ª Ma. Maria Elanny Damasceno Silva – Universidade Federal do Ceará
Prof^ª Ma. Marileila Marques Toledo – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
Prof. Me. Pedro Panhoca da Silva – Universidade Presbiteriana Mackenzie
Prof^ª Dr^ª Poliana Arruda Fajardo – Universidade Federal de São Carlos
Prof. Me. Ricardo Sérgio da Silva – Universidade Federal de Pernambuco
Prof. Me. Renato Faria da Gama – Instituto Gama – Medicina Personalizada e Integrativa
Prof^ª 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
Prof^ª Ma. Silene Ribeiro Miranda Barbosa – Consultoria Brasileira de Ensino, Pesquisa e Extensão
Prof^ª Ma. Solange Aparecida de Souza Monteiro – Instituto Federal de São Paulo
Prof^ª Ma. Taiane Aparecida Ribeiro Nepomoceno – Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Prof. Me. Tallys Newton Fernandes de Matos – Faculdade Regional Jaguaribana
Prof^ª 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: Camila Alves de Cremo
Correção: Kimberlly Elisandra Gonçalves Carneiro
Edição de Arte: Luiza Alves Batista
Revisão: Os Autores
Organizadora: Luana Vieira Toledo

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

G367 Gerenciamento de serviços de saúde e enfermagem 4 /
Organizadora Luana Vieira Toledo. – Ponta Grossa - PR:
Atena, 2021.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-5706-765-9

DOI 10.22533/at.ed.659210902

1. Saúde. 2. Enfermagem. I. Toledo, Luana Vieira
(Organizadora). 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; 4. Confirmam a citação e a referência correta de todos os dados e de interpretações de dados de outras pesquisas; 5. Reconhecem terem informado todas as fontes de financiamento recebidas para a consecução da pesquisa.

APRESENTAÇÃO

A coleção “Gerenciamento de Serviços de Saúde e Enfermagem” apresenta em quatro volumes a produção científica sobre o gerenciamento e organização dos serviços de saúde nos diferentes contextos assistenciais. Nos serviços de saúde, as atividades gerenciais são consideradas fundamentais para o alcance dos objetivos propostos, sendo compreendida como uma atividade multiprofissional diretamente relacionada à qualidade da assistência oferecida.

Tendo em vista a relevância da temática, objetivou-se elencar de forma categorizada, em cada volume, os estudos das variadas instituições de ensino, pesquisa e assistência do país, a fim de compartilhar com os leitores as evidências produzidas por eles.

O volume 1 da obra aborda os aspectos da organização dos serviços de saúde e enfermagem sob a ótica daqueles que realizam o cuidado. Destacam-se os riscos ocupacionais, as dificuldades enfrentadas no cotidiano do trabalho e o conseqüente adoecimento dos profissionais.

No volume 2 estão agrupadas as publicações com foco no gerenciamento das ações de planejamento familiar, incluindo a saúde do homem, da mulher, da criança e do adolescente.

O Volume 3 contempla a importância das ações de gerenciamento em diferentes contextos assistenciais, iniciando-se pela academia. Essa obra é composta pelas publicações que incluem as instituições escolares, unidades básicas de saúde, instituições de longa permanência e serviços de atendimento especializado.

O volume 4, por sua vez, apresenta as produções científicas de origem multiprofissional relacionadas às condições de adoecimento que requerem assistência hospitalar. Destacam-se estudos com pacientes críticos e em cuidados paliativos.

A grande abrangência dos temas organizados nessa coleção permitirá aos leitores desfrutar de uma enriquecedora leitura, divulgada pela plataforma consolidada e confiável da Atena Editora. Explore os conteúdos ao máximo e compartilhe-os.

Luana Vieira Toledo

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1..... 1

AUTONOMIA DO PACIENTE NO PROCESSO DE VIVER COM DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS DURANTE A HOSPITALIZAÇÃO

Carla Lube de Pinho Chibante
Fátima Helena do Espírito Santo
Leila Leontina do Couto
Felipe Guimarães Tavares
Donizete vago Daher
Maria de Nazaré de Souza Ribeiro

DOI 10.22533/at.ed.6592109021

CAPÍTULO 2..... 17

A PERCEÇÃO DO ENFERMEIRO DIANTE DA VISITA PRÉ-OPERATÓRIA DE ENFERMAGEM

Flávia Giendruczak da Silva
Liege Segabinazzi Lunardi
Lisiane Paula Sordi Matzenbacher

DOI 10.22533/at.ed.6592109022

CAPÍTULO 3..... 20

PINÇAS DA CIRURGIA ROBÓTICA E O IMPACTO FINANCEIRO ORIUNDO DO NÃO CUMPRIMENTO DE SUA UTILIZAÇÃO: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Flávia Giendruczak da Silva
Liege Segabinazzi Lunardi
Lisiane Paula Sordi Matzenbacher

DOI 10.22533/at.ed.6592109023

CAPÍTULO 4..... 29

DESPERTAR CRÍTICO PARA HIGIENE DAS MÃOS NO CONTROLE DAS INFECÇÕES HOSPITALARES

Graciela Barcellos dos Santos Machado
Vivian Lemes Lobo Bittencourt
Maria Simone Vione Schwengber
Ana Luiza Pess de Campos
Suelen Karine Artmann
Milena de Freitas Bernardi
Loretta Vercelino
Gabryela Andressa Speroni
Aline dos Santos da Rocha
Christiane de Fátima Colet
Carmen Cristiane Schultz
Eniva Miladi Fernandes Stumm

DOI 10.22533/at.ed.6592109024

CAPÍTULO 5..... 39

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS: RESPONSABILIDADE ÉTICA E LEGAL DOS

PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

José Nilton do Nascimento
Michella Galindo de Albuquerque
Fabyano Palheta Costa

DOI 10.22533/at.ed.6592109025

CAPÍTULO 6..... 50

A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DA INFECÇÃO PRIMÁRIA DA CORRENTE SANGUÍNEA CAUSADA POR CATETER VENOSO CENTRAL: REVISÃO INTEGRATIVA

Iolanda dos Santos Lucena
Vanessa Vieira de Moura
Cleonice Maria Silva Luna Epifânio

DOI 10.22533/at.ed.6592109026

CAPÍTULO 7..... 60

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DE INFECÇÃO RELACIONADA AO CATETER VENOSO CENTRAL

Eliseba dos Santos Pereira
Eliel dos Santos Pereira
Aclênia Maria Nascimento Ribeiro
Gabriela Oliveira Parentes da Costa
Elton Filipe Pinheiro de Oliveira
Verônica Elis Araújo Rezende
Cleidinara Silva de Oliveira
Felipe de Sousa Moreiras
Laíse Virgínia Soares Senna
Luzia Fernandes Dias
Carla Lorena Moraes de Sousa Carneiro
Eliete Leite Nery

DOI 10.22533/at.ed.6592109027

CAPÍTULO 8..... 68

CONSTRUÇÃO DE ALGORITMOS CLÍNICOS PARA CLASSIFICAÇÃO DE PACIENTES EM URGÊNCIA EMERGÊNCIA

Reinaldo Ribeiro de Oliveira
Maria Cristina de Mello Ciaccio
Grazia Maria Guerra

DOI 10.22533/at.ed.6592109028

CAPÍTULO 9..... 83

FATORES DE RISCO E CAUSAS DE ACIDENTES ENVOLVENDO MOTOS

Genoveva Ferreira Lourenço
Fatima Luna Pinheiro Landim
Thalita Soares Rimes

DOI 10.22533/at.ed.6592109029

CAPÍTULO 10..... 93

PERFIL DOS CASOS DE SUICÍDIO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Josênia Cavalcante Santos
Layze Amanda Leal Almeida
Raquel Costa e Silva
Allana Renally Cavalcante Santos de Moraes
Eclésio Cavalcante Santos
Edenilson Cavalcante Santos

DOI 10.22533/at.ed.65921090210

CAPÍTULO 11 103

PERCEPÇÃO DOS MÉDICOS DE UMA SALA DE EMERGÊNCIA SOBRE A ASSISTÊNCIA AO PACIENTE FORA DE POSSIBILIDADE DE CURA

Janaina Luiza dos Santos
Fernanda Alves dos Santos
Diana Paola Gutierrez Diaz de Azevedo
Maria Auxiliadora Gonçalves
Kamile Santos Siqueira Gevú
Ana Claudia Moreira Monteiro
Katy Conceição Cataldo Muniz
Virginia Maria de Azevedo Oliveira Knupp
Isabel Cristina Ribeiro Regazzi

DOI 10.22533/at.ed.65921090211

CAPÍTULO 12..... 114

O PERFIL HUMANISTA DO ENFERMEIRO QUE ATUA NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Claudia Cristina Dias Granito Marques
Sarah Delgado Braga Silva

DOI 10.22533/at.ed.65921090212

CAPÍTULO 13..... 131

EFETIVIDADE DO PROCESSO DE ENFERMAGEM EM CUIDADOS CRÍTICOS: UM ESTUDO DE COORTE

Ana Carolina Ribeiro Tamboril
Maria Corina Amaral Viana
Mônica Oliveira Batista Oriá
Katia Pires Nascimento do Sacramento
João Emanuel Pereira Domingos
Antonia Thamara Ferreira dos Santos
Águida Raquel Sampaio de Souza
Déborah Albuquerque Alves Moreira
Eglídia Carla Figueirêdo Vidal
Woneska Rodrigues Pinheiro

DOI 10.22533/at.ed.65921090213

CAPÍTULO 14..... 138

PACIENTES INTERNADOS EM CENTRO DE TERAPIA INTENSIVA EM USO DE PRESSÃO INTRACRANIANA E DERIVAÇÃO VENTRICULAR EXTERNA E OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Maria Gabriela Ferreira Santos
Luiz Fernando de Almeida
Saulo Nascimento de Melo
Livia Carolina Andrade Figueiredo
Vinicius Eugênio da Silva
Elielson Rodrigues da Silva
Rayssa Stéfani Sousa Alves
Alessandra Mara de Sousa

DOI 10.22533/at.ed.65921090214

CAPÍTULO 15..... 148

O ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE USUÁRIOS COM CÂNCER DE PRÓSTATA NO RIO DE JANEIRO

Bruno Lira da Silva
Cristiane Maria Amorim Costa
Lorraine Terra dos Santos Cyrne Alves
Elizabeth Rose Costa Martins
Thelma Spíndola

DOI 10.22533/at.ed.65921090215

CAPÍTULO 16..... 166

ATUAÇÃO DO CIRURGIÃO-DENTISTA NA EQUIPE PEDIÁTRICA DE CUIDADOS PALIATIVOS ONCOLÓGICOS

Talita Jordânia Rocha do Rêgo
Aline Lima Silva
Lília Viana Mesquita
Ana Catarina de Miranda Mota

DOI 10.22533/at.ed.65921090216

CAPÍTULO 17..... 176

CONTRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO NOS CUIDADOS PALIATIVOS AO PACIENTE COM FERIDA NEOPLÁSICA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Maria Madalena Cardoso da Frota
Samir da Rocha Fernandes Torres
Maria Clara Duarte Feitosa
Luanessa Dâmares de Farias da Silva
Camila da Silva Lopes Nunes
Thaissa Rhândara Campos Cardoso
Carine Cristina Oliveira Viana
Antônia Mirela Araújo
Thalis Kennedy Azevedo de Araújo
Kalita Karoline Duarte Souza
Sandrielle de Carvalho Duarte Souza

Maria Nivânia Livramento Feitosa

DOI 10.22533/at.ed.65921090217

SOBRE A ORGANIZADORA.....	186
ÍNDICE REMISSIVO.....	187

CAPÍTULO 15

O ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE USUÁRIOS COM CÂNCER DE PRÓSTATA NO RIO DE JANEIRO

Data de aceite: 22/01/2021

Bruno Lira da Silva

Enfermeiro
Rio de Janeiro
<http://lattes.cnpq.br/7664637602711679>

Cristiane Maria Amorim Costa

Professora Adjunta da Faculdade de Enfermagem(FENF) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ)
Rio de Janeiro
<http://lattes.cnpq.br/4237974902524134>

Lorraine Terra dos Santos Cyrne Alves

Bolsista de Extensão do Projeto “Contribuindo na prevenção do Câncer de Próstata da FENF da UERJ
Rio de Janeiro
<http://lattes.cnpq.br/2708596986997209>

Elizabeth Rose Costa Martins

Professora Associada da Faculdade de Enfermagem(FENF) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ)
Rio de Janeiro
<http://lattes.cnpq.br/3937218610840213>

Thelma Spíndola

Professora Associada da Faculdade de Enfermagem(FENF) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ)
Rio de Janeiro
<http://lattes.cnpq.br/0333801214698022>

RESUMO: A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) foi instituída em

2009 com o intuito de contemplar uma parcela específica da população, que não se faz presente nos níveis primários de atenção à saúde, levando a um quadro de morbidade característico da população masculina brasileira, no qual o câncer de próstata aparece como morbidade, específica do sexo masculino, com alto índice de mortalidade. Baseado nesse quadro, a política aponta para a atenção básica como principal porta de entrada para essa população masculina no Sistema Único de Saúde (SUS). Este estudo teve como objetivos analisar o caminho percorrido por esses homens dentro do SUS até chegar à enfermaria masculina do setor da urologia de um hospital do município do Rio de Janeiro. A pesquisa contou com 10 participantes e se deu por meio de uma entrevista semiestruturada realizada na enfermaria masculina do setor de urologia de um hospital universitário no município do Rio de Janeiro. A análise de conteúdo foi fundamentada em Bardin onde foram verificadas 18 unidades de significação e, a partir das unidades de significação, foram definidas 6 categorias preliminares, as quais foram condensadas em 1 grande categoria denominada “Itinerário Terapêutico”. Os resultados apontaram para um grande buraco na rede de atenção à saúde dos homens entrevistados causado por múltiplos fatores, sejam estruturais, como demora na marcação de exames, ou socioantropológicos como questões relativas à concepção do gênero masculino. Tais fatores evidenciam uma não implantação e implementação da PNAISH como preconizado.

PALAVRAS-CHAVE: Política Pública, Saúde do Homem, Acesso aos Serviços de Saúde,

THE THERAPEUTIC ITINERARY OF PROSTATE CANCER PATIENTS IN RIO DE JANEIRO

ABSTRACT: The National Policy for Integral Attention to Men's Health (PNAISH) was instituted in 2009 with the aim of covering a specific portion of the population, which is not present in the primary levels of health care, leading to a characteristic morbidity of the population Brazilian male, in which prostate cancer appears as morbidity, specific to the male sex, with a high mortality rate. Based on this framework, the policy points to primary care as the main gateway for this male population in the Unified Health System (SUS). This study aimed to analyze the path taken by these men within the SUS until reaching the male ward of the urology sector of a hospital in the city of Rio de Janeiro. The research involved 10 participants and took place through a semi-structured interview held in the male ward of the urology sector of a university hospital in the city of Rio de Janeiro. The content analysis was based on Bardin, where 18 units of meaning were verified and, from the units of meaning, 6 preliminary categories were defined, which were condensed into 1 major category called "Therapeutic Itinerary". The results pointed to a large hole in the health care network of the men interviewed caused by multiple factors, whether structural, such as delay in scheduling exams, or socio-anthropological issues related to the conception of the male gender. Such factors show a non-implantation and implementation of PNAISH as recommended.

KEYWORDS: Public Policy, Men's Health, Access to Health Services, Care and Health.

1 | INTRODUÇÃO

Em 2008, atendendo aos anseios da sociedade e entendendo que "os agravos masculinos constituem verdadeiros problemas de saúde pública", o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) com o intuito de contemplar essa parcela específica da população e suas especificidades (BRASIL, 2008). Uma das especificidades desta população refere-se ao modo como se insere no sistema de saúde, em especial através das unidades de atenção especializada e emergência, fato esse tomado como um dos pilares para a formulação da PNAISH, bem como a qualificação da rede de atenção masculina (MARTINS et al, 2020).

No entender de Gleriano e et al (2019), o fato de o grupo masculino procurar menos a atenção básica, em comparação à população feminina, torna essa população mais suscetível aos agravos crônicos. Esses poderiam ser evitados com medidas profiláticas executadas por esse nível de atenção à saúde, já que torna esse indivíduo "privado da proteção necessária à preservação de sua saúde e continue a fazer uso de procedimentos desnecessários [...]." (BRASIL, 2008).

Este fato alinha a PNAISH à Política Nacional de Atenção Básica (Brasil, 2006), pois tem na unidade de saúde da família seu eixo norteador para organização e reforça o caráter de referência para todo o SUS, destacando também a importância de considerar a

dinamicidade do território em que determinada população está inserida, fato fundamental para que haja integralidade na assistência.

A PNAISH está baseada nos princípios da integralidade, equidade e humanização, e no respeito a hierarquização dos níveis de atenção à saúde (Brasil, 2008). E como diretrizes, a integralidade, a factibilidade, a coerência e a viabilidade são as linhas de ação que devem permear programas, projetos e ações para essa implementação.

Para entender melhor a necessidade de uma política especial no SUS, já que o mesmo se propõe como universal e integral cabe, então, um olhar específico relacionado à hierarquização do serviço e seus impactos na integralidade. A Política Nacional Para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, no Âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), busca integrar os diferentes serviços de saúde para a assistência aos usuários portadores de câncer, dentre eles a Atenção Primária à Saúde (APS) (NOGUEIRA et al., 2019).

Na APS têm-se as equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), com ações voltadas para o indivíduo e coletivo com foco na promoção da saúde e prevenção do câncer, bem como o diagnóstico precoce e apoio à terapêutica de tumores, os cuidados paliativos e as ações clínicas para o seguimento de indivíduos tratados, e ainda ações de compartilhamento de informações, por meio de subsistemas de informações com o propósito de utilizá-las na promoção à saúde (NOGUEIRA; et al, 2019). Dessa forma, observar a maneira como os homens se inserem no sistema de saúde, bem como o caminho percorrido, é um importante aspecto a ser estudado visando o entendimento da relação *homens x SUS*.

A definição que Luz, Silva e DeMontigny (2015) dão à “itinerário terapêutico”, se adequa perfeitamente às ideias e aos ideais propostos pelo SUS, quando definem itinerário terapêutico como o caminho percorrido na tentativa de solucionar um problema de saúde seja através da medicina tradicional, ou moderna.

Esse caminho, no entanto, sofre a ação dos determinantes sociais inerentes ao contexto de cada indivíduo e, também, naturalmente à cada indivíduo como ser social, na medida em que cada um desses indivíduos pode encarar os diferentes contextos de diferentes maneiras numa relação dinâmica e, logo, em constante movimento. Sobre determinantes sociais de saúde, a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (2005) busca aproximar o conceito de condições cotidianas específicas ao contexto social em que se dão e como essas condições específicas refletem na saúde.

No público masculino, duas barreiras - institucional e sociocultural - influenciam de tal maneira as necessidades de saúde, que foram incorporadas ao texto da PNAISH e envolvem, respectivamente, as questões de acesso e adesão dos homens ao sistema de saúde (BRASIL, 2008).

Doenças específicas do homem, como o câncer de próstata, também, merecem destaque nesta reflexão. Segundo o Instituto Nacional do Câncer, sem considerar os tumores de pele não melanoma, ele ocupa a primeira posição no país em todas as regiões

brasileiras (BRASIL, 2020). O Instituto, ainda, ressalta que o principal fator de risco é a idade, aumentando sua incidência significativamente a partir dos 50 anos (BRASIL, 2020).

Ainda segundo o INCA (2020), estimam-se mais de 65 mil novos casos de câncer de próstata para cada ano do triênio 2020-2022. Esse valor corresponde a um risco estimado de 62,95 casos novos a cada 100 mil homens. A realidade dos números mostra, por um lado, o avanço dos exames diagnósticos, além da importância da detecção precoce e rastreamento para um tratamento eficaz e bom prognóstico. No entanto, evidencia, também, a necessidade de se avançar bastante em termos de saúde pública, visto que, apesar do aumento dos diagnósticos, a doença ainda leva à morte de muitos homens.

O Ministério da Saúde brasileiro segue as normas da OMS para a detecção precoce, considerada uma valiosa ferramenta para reduzir a letalidade da doença. A detecção precoce se dá por duas vias. A primeira, através de homens que já manifestam alguns sinais da doença e, buscam impedir o seu avanço ou evitar futuros danos. A segunda, para os homens sem sinais e sintomas da doença, através da realização de exames de rastreio, comumente por meio dos exames de toque retal e dosagem de PSA (INCA, 2020).

Esses dados fornecidos pelo Ministério da Saúde elucidam a importância de uma política específica para essa população, pois, como a própria PNAISH aponta, a população do sexo masculino adentra o serviço de saúde por serviços de especialidades como a urologia. Em grande parte, isso ocorre em decorrência de variáveis culturais, como a própria PNAISH destaca, dentre as quais a construção do gênero masculino sob uma óptica patriarcal, na qual o sexo masculino deve ser a figura provedora e portadora de certa invulnerabilidade (BRASIL, 2018).

Na sociedade atual pode-se, então, perceber que não há espaço para modelos de saúde que não contemplem o indivíduo como ator principal no processo saúde-doença. O ambiente em que vive, os saberes do indivíduo e a relação entre ele e o sistema de saúde devem ser considerados para que a universalidade preconizada pelo SUS, de fato ocorra. Do contrário, a doença será o foco desse sistema, e não o indivíduo.

2 | OBJETIVO

Face ao exposto, definiu-se como objetivo do trabalho: analisar o itinerário terapêutico de usuários do sexo masculino, desde a primeira alteração nos exames de rastreio do câncer de próstata (PSA e toque retal) até a internação para realização de prostatectomia radical, destacando os elementos facilitadores e dificultadores para a resolução desse processo.

3 | METODOLOGIA

Pesquisa descritiva, de natureza qualitativa, realizada em uma enfermagem cirúrgica de um hospital universitário situado no município do Rio de Janeiro. Participaram 10

pacientes da enfermaria masculina da urologia do hospital, com faixa etária variando de 55 a 79 anos, que responderam a uma entrevista. Apenas um dos depoentes era aposentado e não trabalhava. O critério de inclusão dos participantes foi ter realizado, ou estar aguardando a data para cirurgia de prostatectomia. Como critério de exclusão, alguma situação que o impossibilitasse de participar da entrevista – estar ausente da enfermaria, déficit cognitivo e déficit auditivo.

A coleta dos depoimentos foi iniciada após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição onde se deu a pesquisa, aprovada através do parecer número 1.663.505.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista semi-estruturada e um instrumento que estabelecia, através de um fluxo, o percurso do participante até chegar ao local que se encontrava internado, com dados referentes a: data, instituição (pública ou privada) e nível de atenção em saúde cuja instituição ocupa no SUS (atenção primária, atenção secundária, ou atenção terciária) desde a primeira vez que ingressou no sistema de saúde, passando pelas instituições onde o usuário fazia seu acompanhamento, até chegar ao cenário em que se deu a pesquisa. Os dados coletados na entrevista foram gravados em aparelho mp3 e transcritos pelo autor do estudo. Para garantir o anonimato dos sujeitos, cada entrevista recebeu um código.

Os dados obtidos no instrumento que construiu o itinerário terapêutico, foram desenhados em um gráfico onde o eixo x, estabelecia a temporalidade em meses e o eixo y, os níveis de atenção à saúde. As instituições privadas foram marcadas com um quadrado amarelo, com o nível de atenção em numeral.

A análise das entrevistas pautou-se no conteúdo, sendo fundamentada em Bardin (2011), que apresenta 3 etapas em seu processo analítico: pré-análise; exploração do material ou codificação; e tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

Na pré-análise foi realizada a leitura das entrevistas transcritas e escolha do que será analisado. Após a pré-análise, já na segunda fase do processo, foram definidas categorias e identificadas unidades de significação. Foram definidas 18 unidades de significação as quais compuseram, preliminarmente, seis categorias (atendimento na clínica da família; Identificando o problema; rastreamento; atendimento público; construindo novas tramas; atendimento no privado e; os percalços - ou afunilamentos). E, por último, as informações foram condensadas e destacadas, gerando informações com análise crítica e reflexiva, sendo estabelecido as seguintes categorias: 1- O Itinerário terapêutico e 2- Os níveis de atenção

4 | RESULTADOS

4.1 O Itinerário terapêutico

Optou-se pela confecção de um gráfico para melhor visualização do itinerário terapêutico associado aos depoimentos dos entrevistados, visando a melhor compreensão e alcance dos objetivos propostos. O gráfico foi construído desde a entrada na rede de atenção, com a descoberta da doença, até o hospital em que se encontra internado no momento da entrevista, utilizando as informações do tempo transcorrido (eixo x), e dos níveis de atenção de onde iniciou até o terciário, onde foi realizada a entrevista. Ficou marcado com um quadrado amarelo, quando o participante utilizava a rede privada.

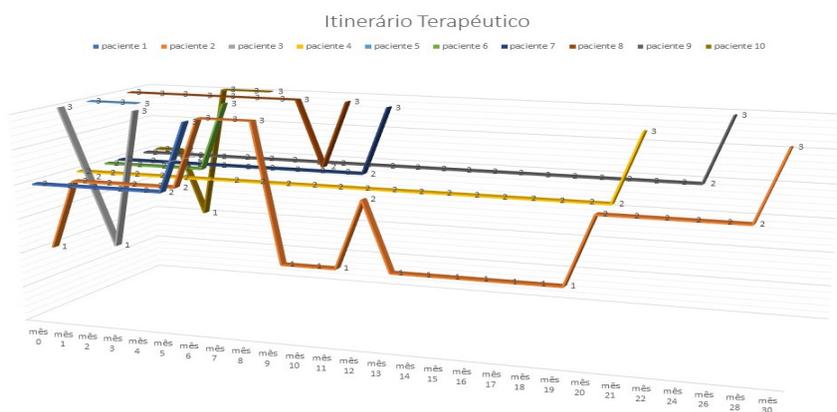


Gráfico1 –Itinerário terapêutico dos participantes relativo a temporalidade e níveis de atenção à saúde

Fonte: Os autores, 2017

A maioria dos entrevistados iniciou seu itinerário pela atenção secundária ou terciária, e apenas um entrevistado iniciou seu trajeto em uma clínica da família tendo retornado à mesma apenas cerca de 10 meses depois, refletindo em um longo trajeto na atenção secundária. Além disso, observa-se que apenas três entrevistados, em algum momento, passaram pela atenção primária, sendo que os demais transitaram do ingresso na atenção secundária e foram para a terciária ou ingressaram e permaneceram na terciária.

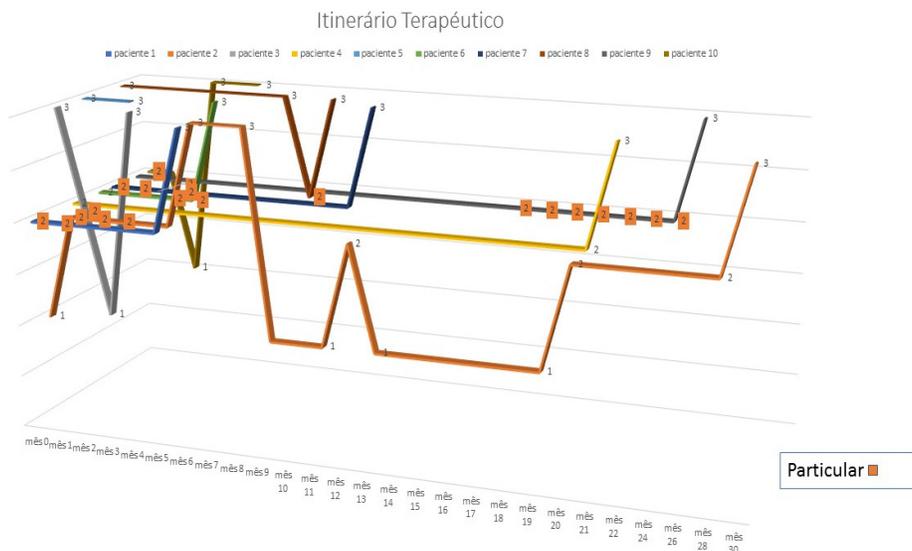


Gráfico 2 – As novas redes nos níveis de atenção à saúde no itinerário terapêutico dos participantes.

Fonte: Os autores, 2017

Podemos interpretar que a atenção secundária, no setor público é o principal afunilamento no itinerário dos participantes, uma vez que nela ocorrem os períodos de maior duração em comparação, a atenção secundária em atendimento particular e aos outros níveis de saúde.

O tempo do itinerário se modifica, quando se estabelece uma trama na rede privada, em relação a pública. Os participantes que tiveram um tempo maior até o ingresso na atenção terciária, foi o que não utilizou a rede privada em nenhum momento, o que aconteceu apenas como paciente no 4. O paciente de no 9 também teve um tempo grande na rede de atenção secundária, mas depois, diante da falta de resolutividade, encaminhou-se para a atenção privada, o que rapidamente finalizou o encaminhamento para a atenção terciária. O encaminhamento do secundário até o ingresso no terciário tem uma temporalidade curta.

4.2 Os níveis de atenção e seus percalços

A partir destes primeiros achados, onde foi mapeado o itinerário terapêutico dos participantes do estudo, buscou-se aprofundar nos três níveis de atenção e percalços vivenciados.

4.2.1 Atenção básica – nem todos estão inseridos

A atenção básica é reconhecida pela PNAISH como a porta de entrada no SUS, justificada pelo alinhamento com a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2008).

Alguns homens reconhecem a clínica da família como o início do itinerário terapêutico dentro do SUS:

Foi lá que eu consegui o meu caminho longo até chegar aqui. (E2).

Olha... Tem esse posto de saúde que é muito bom. O pessoal... A agente ... Vai em casa... Sou bem atendido mesmo!... Ah! Muito mesmo. Muito mesmo. (E3).

Entretanto, de acordo com o gráfico 1, somente 3 passaram pela atenção básica. Tal fato, por si só, pode sugerir uma não implantação efetiva da PNAISH dentro da atenção básica. A maioria dos sujeitos do estudo, à exceção de um participante, tem seu ingresso pela atenção secundária ou terciária, tendo como justificativa:

Não tem perto. Até uso a de Madureira, mas não tem como marcar.(E4)

Não porque só tem o prédio. Não tem um médico, raramente as vezes tem um enfermeiro.” (E6)

Evidencia-se, então, uma lacuna existente na rede de atenção à saúde destes homens, o que contribui para que a prevenção do câncer de próstata não aconteça, ou aconteça de uma maneira descontinuada, conforme respostas dos participantes quando questionados sobre o exame preventivo:

Já fiz há muito tempo! Agora eu fiz e deu alteração... Eu perdi o contato e não fui.(E1)

Nada. Não. Nada disso. (E3).

Durante a descrição do itinerário terapêutico, é possível identificar também, alguns fatores complicadores que dificultam a resolutividade do processo saúde-doença dos participantes, o que gera um tempo até a resolução do tratamento cirúrgico de, em média, um ano, conforme apontado no gráfico. Dentre eles destacaram-se, além da falta de integralidade e resolutividade na rede, a demora em marcar exames via SISREG e questões relativas ao gênero masculino que atuam diretamente na forma como encaram o processo saúde-doença.

A demora no agendamento da consulta e exames para um especialista, através do SISREG é um dos fatores relacionados:

Demora muito, não tem atendimento, o pessoal não se interessa pelo seu problema, não dá importância, entendeu... E vai por aí afora ... Não tinha vaga. Tinha que arrumar um encaminhamento... (E1).

Os exames. Porque é tudo muito demorado... Aí tu vai pelo Sistema Único de Saúde é um mês, um mês e meio, por causa de um examezinho. É tudo muito demorado. Aí quem não tem condições de pagar um exame por fora... (E7).

Logo, a demora no atendimento e na realização dos exames não cumprem o objetivo da Política Nacional de Promoção à Saúde, pelo contrário, só aumenta a vulnerabilidade daquelas pessoas que estão buscando atendimento. A ausência de um sistema de regulação de vagas eficiente, impossibilita uma resolutividade satisfatória, fato que leva os homens a buscarem alternativas que supram a urgência da necessidade de um diagnóstico mais precoce, e crie um fluxo de fato resolutivo.

Neste sentido, os homens buscam alternativas funcionando como emendas que costurem as lacunas deixadas em suas redes de atenção à saúde e, assim, vão tecendo novas tramas e criando sua própria rede de atenção à saúde. Porém essa nova rede muitas vezes se constrói de forma não linear e descontínua.

Da mesma forma, outras questões também aparecem como percalços no caminho dos homens mesmo que não sejam estruturais, e sim socioantropológicas. É o caso de questões inerentes ao gênero masculino, que levam a descontinuidade do tratamento ou a não busca de ações preventivas para sua saúde também são relacionadas:

“- Não... Ai foi minha mesmo. Eu esperei bastante tempo pra marcar a minha consulta lá na saúde do homem. Quando veio a última... PSA alto. Ao invés de marcar logo, eu demorei a marcar”. (E4).

“- Eu tive uma parte de culpa, não pode culpar só ele não. Porque eu achava que ia melhorar normalmente. Eu achava que ia voltar ao normal normalmente. Não é o médico, o culpado.” (E9).

Logo, a demora no atendimento e na realização dos exames, associado ao papel de gênero masculino de invulnerável e não cuidado, não cumprem o objetivo da Política Nacional de Promoção à Saúde, pelo contrário, só aumenta a vulnerabilidade daquelas pessoas que estão buscando atendimento. A ausência de um sistema de regulação de vagas eficiente, impossibilita uma resolutividade satisfatória, fato que leva os homens a buscarem alternativas que supram a urgência da necessidade de um diagnóstico mais precoce, e crie um fluxo de fato resolutivo.

Neste sentido, os homens buscam alternativas funcionando como emendas que costurem as lacunas deixadas em suas redes de atenção à saúde e, assim, vão tecendo novas tramas e criando sua própria rede de atenção à saúde. Porém essa nova rede muitas vezes se constrói de forma não linear e descontínua.

4.2.2 Atenção secundária – velhas e novas tramas

Apesar de todos os entrevistados estarem em uma unidade pública para realização da cirurgia de câncer de próstata, o ingresso primário na rede de atenção à saúde, por parte dos homens, muitas vezes já começa longe do contato com o SUS e longe da atenção básica.

Alguns buscam por conta própria o atendimento na atenção secundária, por já terem

sidos atendidos anteriormente nestas unidades:

Foi por causa da hepatite. Fui fazer uns exames lá, aí eles deram um cartãozinho pra eu começar a usar o SUS, aí passei a usar também a [instituição]. Eu fui... Como eu vi que existia essa coisa da saúde do homem, eu comecei a fazer. (E4)

Os homens que não fazem os exames preventivos com regularidade, ou não o fazem, percebem alterações através de sintomatologia, o que os leva a procurar um serviço de atendimento seja secundário ou terciário, corroborando com os dados do gráfico, que apontam o nível de atenção por onde estes homens entram na rede de atenção:

Porque eu urinava. Eu tinha que urinar de qualquer maneira. Não conseguia segurar a urina. Às vezes até me urinava mesmo.(E3).

Primeiramente foi me dando... Eu não dormia de noite. Eu deitava e não conseguia dormir. Aí começou a urina falhando. E falhando pra fazer cocô também. Ia fazer cocô e não fazia. (E5).

Falta de libido. Essa foi a verdade. (E10).

Após a identificação da existência de um problema e relativa urgência em ter um diagnóstico definitivo, torna-se urgência a confirmação da doença para posterior intervenção. Neste momento, surgem os percalços do sistema público, como falta de acompanhamento e demora na transição entre os níveis de atenção saúde, visto que, deste momento de urgência, emerge a necessidade de uma rápida e efetiva resolutividade diante da possibilidade de um câncer:

Quem falou que eu tinha problema urinário foi lá no hospital [instituição]. Isso já faz um ano e meio mais ou menos... Eu procurei um médico particular. Urologista... Foi numa clínica particular ali em Botafogo. (E3).

Ainda em fevereiro... aí eu fui pra um médico particular. Aí levei esse exame que eu tinha feito. (E2).

Neste sentido, identifica-se o movimento de migração da instância pública para a privada na tentativa de dissolver os percalços encontrados na atenção secundária da instância pública visando chegar à atenção terciária, onde se dá a intervenção cirúrgica, conforme gráfico 2.

Percebe-se que esse acesso ao sistema privado se dá majoritariamente na atenção secundária, onde são realizados os exames diagnósticos para obtenção do diagnóstico final. Pelo gráfico, o movimento justifica-se pelo fato dessa migração oferecer, de fato, uma resolutividade mais efetiva, uma vez que a chegada ao setor terciário – objetivo desse movimento – é mais rápida por parte dos participantes que ingressaram no sistema privado, seja no princípio, seja no final de seus percursos. Como se observa, apenas um paciente

não buscou a atenção secundária no privado.

As falas vão ao encontro do retratado no gráfico 2 e deixam claro esse movimento dos homens para emendar os buracos existentes na rede de atenção à saúde, por meio de construção de novas tramas. Para isso, utilizam-se, majoritariamente, do serviço particular para constituí-las, diante da identificação do problema de saúde e a necessidade de definir o diagnóstico médico com relativa urgência:

Então a gente que não pode, com dificuldade, se quiser sobreviver, tem que partir para um particular porque se for depender do público você até morre e não recebe um atendimento. Quer dizer... Sem condições mesmo, tem que fazer uma vaquinha, tem que dar um jeito, recorrer a um, recorrer a outro e arrumar um qualquer, pra poder pagar uns exames pra poder resolver... (E1).

4.2.3 Atenção Terciária- retomando a rede pública

Com o diagnóstico definido, e diante dos altos custos na rede privada para realização da cirurgia, associado a todos os percalços vivenciados na rede de atenção à saúde, os homens precisam retornar à instância pública, que normalmente é na atenção terciária como verificado no gráfico 1, para conseguirem finalizar o tratamento, uma vez que o custo de uma intervenção cirúrgica é fora do alcance dessa parcela da população e não haveria meios de custeá-la da mesma forma que costumam fazer com os exames, conforme aponta o depoimento abaixo:

Por opção mesmo. E por medo de precisar de operação sem ter dinheiro pra fazer a operação, entendeu? Me falaram que era trinta mil.(E3)

Esse retorno se dá de várias maneiras, porém, com os exames já realizados, os homens são melhor direcionados, mas, ainda sim alguns necessitam de ajuda externa na indicação para conseguir uma vaga.

Eu continuei nela[médica], mas agora... Foi ela não[médica]. Foi lá no posto de saúde [instituição]. Doutora [nome]. Ela quem fez o encaminhamento pra cá. Me colocou no SISREG. (E3).

Aí eu voltei lá com o resultado do laboratório. E falei "é isso aí, doutor". Aí ele disse "cirurgia, bicho.". Aí ele falou o seguinte: "Olha, você fazendo, ou não comigo aqui na clínica particular, o meu dever como médico é te encaminhar pro ambulatório do PAM.". Foi quando ele me encaminhou pro ambulatório do PAM... Aí cheguei lá em Setembro, fiz o cartão do SUS, fui atendido pela médica de lá, Aí ela detectou, botou urgente, me botou naquela tal da triagem que existe no SUS, aí eles mandaram eu vir pro[instituição]. (E10).

Cheguei aqui por intermédio de uma médica que é conhecida de um médico daqui. Ela falou que tinha um conhecido e inclusive me trouxe aqui. Domingo chegamos aqui era nove horas. (E9).

Com isso vemos a dificuldade enfrentada por esses homens na busca por uma resolutividade que se adeque à urgência que apresentam frente ao impactante diagnóstico de câncer de próstata. Movimento cuja motivação reside em um demorado sistema de regulação de vagas na escassez de oferta de serviço especializado, competente à demanda apresentada, na esfera pública.

4.3 Discutindo a rede de atenção ao homem

Os achados evidenciam de forma clara e objetiva uma falha conjunta em duas políticas nacionais de saúde. A Política Nacional de Atenção Básica por não exercer, como preconiza, os princípios do vínculo e continuidade, bem como da integralidade e acessibilidade (Brasil, 2006).

Na PNAISH, a questão relaciona-se a sua não implementação em decorrência das falhas apresentadas na anterior, uma vez que tem nela um de seus eixos norteadores (Brasil, 2009), associadaas especificidade do atendimento ao usuário homem, que precisam ser incorporadas a realidade da rede de atenção a saúde.

Diante de um cenário desamparador cabe, então, aos homens percorrer um caminho tortuoso com percalços de múltiplas naturezas onde são responsáveis por articularem-se, criarem redes de atenção e apoio, visando suprir as próprias necessidades de saúde.

Na atenção primária, apesar da política específica, não existe a incorporação de fato dos homens, visto que a entrada dos homens nos serviços de saúde ocorre principalmente pela atenção ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidade. Os principais motivos para a ausência deles na atenção primária são: preferência por se automedicar, falta de tempo, desconforto da unidade básica de saúde e a visão de que são mais fortes, resistentes e invulneráveis (CARNEIRO; ADJUTO; ALVES, 2019).

Nota-se, então, que as atividades preventivas continuam não sendo realizadas, o que aumenta a vulnerabilidade dessa população, conforme aponta Martins et al (2020). Por outro lado, os profissionais, não reconhecem estes homens dentro dos espaços de cuidado e quando os reconhecem, são apenas para um atendimento específico. Muitos homens estão fazendo acompanhamento por doenças crônicas, acompanhando familiares, entre outras atividades. Ele está dentro da atenção, mas não é visibilizado como uma pessoa para um atendimento integral.

Carneiro, Adjuto e Alves (2019), ressaltam que para a adoção da atenção primária como porta de entrada no serviço de saúde, é preciso mudar a visão de que o serviço serve unicamente para tratar doenças e sensibilizar a equipe de saúde e gestores sobre as características sociais, econômicas e culturais do homens que receberão, para que haja o acolhimento e a busca ativa dessa população.

Ressalta-se que a questão cultural do atendimento aos gêneros diferentes, onde a mulher desde a puberdade, busca sua inserção na rede de atenção para atendimento de saúde, e o homem só busca quando é inevitável, também influencia a visão dos profissionais

para o atendimento. Isso fica muito claro nas atividades comemorativas ou de campanhas, tanto quantitativamente como qualitativamente.

Essa diferença de na procura pelos serviços de saúde, são causadas, muitas vezes, por crenças sociais que reproduzem um ideal de masculinidade, vinculando aspectos como a virilidade e a invulnerabilidade, impedindo que os homens adotem práticas de autocuidado. Procurar os serviços de saúde numa perspectiva preventiva poderia, a partir dessa lógica, revelar a fraqueza, o medo e a insegurança dos homens, aproximando-os das representações do universo feminino (BOTTON; CÚNICO; STREY, 2017).

Na atenção secundária, vê-se o movimento de migração da instância pública para a privada na tentativa de diminuir o tempo de espera. Esta busca se justifica pela urgência, tanto dos sintomas, quanto da definição do diagnóstico. O movimento justifica-se pela oferta de uma resolutividade mais efetiva, uma vez que a chegada ao setor terciário – objetivo desse movimento – é mais rápida por parte dos participantes que ingressaram no sistema privado, seja no princípio, seja no final de seus percursos.

Quando se trata de paciente com câncer, o SISREG, tem papel crucial para que o paciente consiga permear o SUS sem atraso e erros, e ter acesso ao diagnóstico e posterior tratamento. Conforme estudo realizado por Machado, 100% da população já tinha cadastro no sistema de regulação de vagas, mas apenas 50% conseguiu chegar ao Centro de Assistência a Saúde do Homem sendo referenciado pelo Sistema (MACHADO, 2016).

Segundo um estudo realizado por Quevedo e Rossoni (2017), "os oito entrevistados com maior tempo de espera por microárea de saúde estavam aguardando a mais de quatro anos para atendimento na Atenção Secundária (...)". Esse estudo tinha por objetivo analisar as percepções sobre o direito à saúde dos usuários de uma Unidade Saúde da Família encaminhados para atendimento na Atenção Secundária e Terciária em Saúde, assim, evidenciou-se que a espera prolongada para o atendimento na atenção secundária aparece como uma lesão ao direito à saúde, já que os encaminhamentos eletivos precisam cumprir seu papel para a concretização desse direito (QUEVEDO; ROSSONI, 2017).

Além da constatação da vulnerabilidade humana, onde a doença se apropria do corpo, a possibilidade do diagnóstico de câncer vem associada à morte. De acordo com Fernandes, Carvalho e Ferreira (2019), muitos desafios acompanham o paciente a partir do diagnóstico, já que eles precisam lidar com decisões difíceis, tratamentos dolorosos e confrontos pessoais de ameaças à vida. O acometimento pelo câncer gera grandes alterações emocionais, além de sentimentos de angústia e desamparo, devido a crença de que o câncer é uma doença grave, misteriosa, muitas vezes incurável e que causa sofrimento. Essa crença esta diretamente relacionada ao medo da morte.

O ingresso na atenção terciária é o retorno ao SUS e, temporalmente, não demora muito. Diante dos altos custos na rede privada para a realização da cirurgia e impossibilidade de custeá-la como fazem com os exames, os homens precisam retornar à instância pública para finalizar o tratamento. Cunha (2017) ressalta, que o Sistema Único de Saúde para se

efetivar como uma política pública e universal de saúde, precisa atingir toda a população e não pode ser caracterizado apenas como uma política para a população que não pode pagar por serviços privados de saúde.

O retorno a instância pública se dá de várias maneiras, porém, com os exames já realizados, os homens são melhor direcionados, mas, ainda sim alguns necessitam de ajuda externa na indicação para conseguir uma vaga. Ou seja, ainda existem algumas redes de privilégios que merecem ser combatidas, porque gera injustiça entre os usuários. Esse cenário caracteriza a desigualdade presente na rede, compreendida por pessoas que possuem privilégios e conhecidos dentro do Sistema.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Brasil possui um Sistema Único de Saúde onde a integralidade é uma diretriz, ou seja, um pilar de sustentação no qual os ideais e até mesmo sua operacionalização se embasam e sem o qual sua implementação é comprometida de tal forma que perderia a identidade de todo esse Sistema. Portanto, para que o SUS ocorra de fato, é necessário que todas as suas diretrizes, sem exceção, e seus princípios sejam levados a cabo.

Para tanto, faz-se necessário o uso de políticas públicas de saúde que funcionem como ferramenta viabilizadora para que esse SUS consiga funcionar de acordo com o proposto. As políticas públicas funcionam como engrenagens que fazem uma máquina, o SUS, funcionar adequadamente e desempenhe a função que lhe foi designada, qual seja atender a toda população presente no território brasileiro de forma integral e resolutiva.

Com esse intuito, foram criadas políticas públicas e programas buscando contemplar cada parcela da população. Mulheres, homens, crianças, portadores de doenças crônicas, dentre outros. A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) instituída em 2009 foi uma dessas ferramentas. Porém a não implantação e/ou implementação de uma dessas políticas leva à marginalização de determinada parcela da população no que diz respeito ao acesso ao SUS, uma vez que, sem tais políticas e/ou programas implantados e implementados, há um déficit no serviço destinado a atender determinada parcela da sociedade.

Dentro dessa lógica, a atenção básica e a Estratégia Saúde da Família surgem como principal porta de entrada para os usuários do SUS, onde os primeiros sinais, sintomas, ou alterações seriam detectados e, de lá, encaminhados ao serviço de especialidade mais adequado. Tal Estratégia criaria, então, um fluxo de atendimento de acordo com a complexidade de cada agravo dentro do SUS.

Ao descrever e analisar o itinerário terapêutico percorrido por usuários do serviço de saúde do homem no Rio de Janeiro com indicação para realização de prostatectomia radical percebe-se uma clara lacuna referente a uma demanda dessa parcela da sociedade. Uma das principais causas dessa lacuna deve-se a não implantação e implementação

da PNAISH, que determina a atenção básica como porta de entrada dessa parcela da população no SUS.

Quando o caminho que esses homens percorrem dentro do SUS é estudado percebem-se inúmeras dificuldades em encontrar o serviço adequado à demanda que carregam consigo. Desde falta de vagas até não ofertas de serviço. E, como buscam estratégias para que sua rede de atenção à saúde não contenha esses grandes buracos no atendimento, buscam, majoritariamente, o serviço particular, fator dificultador para o tratamento, devido aos altos custos, porém onde há oferta de serviço.

Como há uma migração, evidencia-se a não existência de uma comunicação formal entre a instituição pública onde os homens identificam o problema; as instituições privadas onde realizam boa parte de seus exames; e a instituição pública onde retornam ao SUS devido à impossibilidade de custear uma cirurgia, fase final do percurso, da mesma forma que se fez com os exames. Com isso, os homens constroem sua própria rede de atenção à saúde transitando entre as esferas pública e privada objetivando sempre a maior efetividade dessa rede, o que, no caso estudado, implica em maior rapidez na marcação de consultas, realização de exames, marcação da cirurgia de prostatectomia radical e, conseqüentemente, na melhor resolutividade de seu problema motivada pela urgência frente ao diagnóstico de câncer.

Surge, então, outro percalço. Como trata-se de uma rede de atenção à saúde “não formal” e possui fragilidades em sua integralidade no que diz respeito à comunicação entre as instituições, os próprios homens são responsáveis por obter tal integralidade. São eles os responsáveis por realizar a comunicação entre as esferas pública e privada sem que se perca o progresso realizado. É quando entram em cena fatores relativos ao gênero masculino.

A maneira em que se dá a construção social contraposta dos gêneros masculino e feminino acarreta em sutilezas que atuam de maneira determinante na temporalidade do percurso dos homens. Essa maneira de construção onde o feminino é mais atrelado à ideia do cuidar, da suavidade e da fragilidade, contrapondo-se ao masculino que é associado às ideias de provedor, virilidade e força, leva a uma dependência dos homens em relação à própria saúde de forma que encontram dificuldades em exercer o papel de sujeitos de seu próprio processo saúde-doença, buscando em sua rede de apoio auxílio para tal.

Dentro dessa realidade, a enfermagem se coloca em lugar de destaque, uma vez que, na atenção básica, é a classe com amplo contato com essa população e suas demandas particulares. Juntamente com os agentes comunitários de saúde e técnicos de enfermagem, os enfermeiros da atenção básica devem estar atentos também a essa população que, como já apontado, apresenta grande dificuldade em colocar-se como sujeito do próprio processo saúde-doença. Portanto, com a proximidade que o cargo proporciona, é a enfermagem a classe com maior poder de identificação das demandas masculinas, bem como enorme facilitador para sua inclusão e posterior caminhada dentro do SUS até

a resolução do problema.

Enfim, após analisar o itinerário terapêutico dos participantes e considerando limitações inerentes à pesquisa, como amostra e estudos anteriores diminuídos, outros estudos da natureza se mostram necessários visando uma discussão mais ampla e completa sobre o tema. A escassez de trabalhos abordando objetivamente o caminho e a temporalidade que a população masculina percorre no SUS nos mostra o tamanho do desafio e como, ainda, é preciso caminhar para que tenhamos um SUS, de fato, universal, integral e equitativo.

REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa (Po): Edições 70; 2011.

BRASIL. INCA. **Tipos de Câncer: Próstata**. Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: <<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/prostata>>. Acesso em: 26 maio 2016.

BRASIL. Ministério da Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **LEI Nº 12.732 DE 22 DE NOVEMBRO DE 2012**. Brasília, 2012. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12732.htm>. Acesso em 06 jan. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **SAÚDE SEXUAL E SAÚDE REPRODUTIVA: OS HOMENS COMO SUJEITOS DE CUIDADO**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/saude_sexual_reprodutiva_homens_cuidado.pdf. Acesso em: 26 nov 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Nacional dos Determinantes Sociais da Saúde. **Rumo a um Modelo Conceitual para Análise e Ação sobre os Determinantes Sociais de Saúde: Ensaio para apreciação da Comissão de Determinantes Sociais de Saúde RASCUNHO**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <http://www.determinantes.fiocruz.br/pdf/texto/T4-2_CSDH_ConceptualFramework-traducaoAPF.pdf>. Acesso em: 26 maio 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **PORTARIA Nº 1.944, DE 27 DE AGOSTO DE 2009**. Brasília, 2009. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1944_27_08_2009.html>. Acesso em: 04 abr. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: Princípios e Diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/novoportal/images/stories/sausedetodosnos/arquivos/politica_nacional_atencao_saude_homem.pdf>. Acesso em: 04 abr. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília. 2006. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf> Acesso em: 05 maio 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Instituto Nacional do Câncer**. Estimativa 2020. Brasília. 2020. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/estimativa/sintese-de-resultados-e-comentarios>> Acesso em: 22 maio 2020.

BOTTON, A.; CÚNICO, S. D.; STREY, M. N. Diferenças de gênero no acesso aos serviços de saúde: problematizações necessárias. **Mudanças – Psicologia da Saúde**, Rio Grande do Sul, v. 25, n. 1, p. 67-72, jul./2017. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Sabrina_Cunico/publication/317721495_Diferencas_de_genero_no_acesso_aos_servicos_de_saude_problematizacoes_necessarias/links/594a876caca2723195de74e8/Diferencas-de-genero-no-acesso-aos-servicos-de-saude-problematizacoes-necessarias.pdf. Acesso em: 30 set. 2020.

CARNEIRO, V. S. M.; ADJUTO, R. N. P.; ALVES, K. A. P. Saúde do Homem: identificação e análise dos fatores relacionados à procura, ou não, dos serviços de atenção primária. **Arq. Cienc. Saúde UNIPAR**, Umuarama, v. 23, n. 1, p. 35-40, jan./abr. 2019. Disponível em: <file:///C:/Users/Prof%20Vicente/Downloads/6521-23657-1-PB.pdf>. Acesso em: 30 set. 2020.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução Nº 466 de 12 de dezembro de 2012**. Diário Oficial da União. Brasília. 2012. Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em 26 mar. 2016.

CUNHA, J. R. A. O direito à saúde no Brasil: da redemocratização constitucional ao neoliberalismo de exceção dos tempos atuais. *Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário*. v.6, n.3, p: 65-89. 2017.

FERNANDES, M. J. M.; CARVALHO, G. B.; FERREIRA, C. B. REPERCUSSÕES DO DIAGNÓSTICO DE CÂNCER PARA HOMENS E MULHERES: UM ESTUDO COMPARATIVO. **Revista da SPAGESP**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 68-83, 2019. Disponível em: <file:///C:/Users/Prof%20Vicente/Downloads/Dialnet-RepercussoesDoDiagnosticoDeCancerParaHomensEMulher-7213755.pdf>. Acesso em: 30 set. 2020.

GERHARDT, T. E.; PINHEIRO, R.; RUIZ, E. N. F.; JUNIOR, A. G. S. (Org.). **Itinerários Terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde**. Rio de Janeiro: Cepesc, 2016.

Gleriano JS, et al. Atenção Integral na percepção dos profissionais da Saúde da Família. *Revenferm UFPE online*. 2019.

INCA. **Deteção precoce**. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/controlado-cancer-do-colo-do-utero/acoes-de-controlado-deteccao-precoce>. Acesso em: 26 nov. 2020.

LIMA, B.; MARTINS, E. R. C.; RAMOS, R. C. A.; COSTA, C. M. A.; CLOS, A. C.; FERREIRA, J. I. C. **Os meios alternativos de comunicação como ferramenta para a prevenção do câncer de próstata**. *Revenferm UERJ* [Online], Rio de Janeiro, set/out 2014 ; p.656-662. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/15517>. Acesso em: 26 maio 2016.

LUZ, G. S.; SILVA, M. R. S. da; DEMONTIGNY, F. Doenças raras: itinerário diagnóstico e terapêutico das famílias de pessoas afetadas. *Acta paul. enferm.* [online]. 2015, vol.28, n.5, pp.395-400. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v28n5/1982-0194-ape-28-05-0395.pdf> Acesso em: 04 abr. 2016.

MACHADO, C. P. **ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE PACIENTES ENCAMINHADOS A UM CENTRO ESPECIALIZADO EM SAÚDE DO HOMEM: REFLEXÃO DE GÊNERO EM BIOÉTICA** [DISSERTAÇÃO DE MESTRADO]. Rio de Janeiro, RJ: ISC-UFF; 2016.

MARTINS, A. M.; MODENA, C. M.; ESTEREÓTIPOS DE GÊNERO NA ASSISTÊNCIA AO HOMEM COM CÂNCER: DESAFIOS PARA A INTEGRALIDADE. *Trab. educ. saúde* [online]. 2016, vol.14, n.2, pp.399-420. Epub. 01 abr 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v14n2/1678-1007-tes-1981-7746-sip00110.pdf>. Acesso em: 05 maio 2016.

Martins, E. R. C. et al. Vulnerabilidade de homens jovens e suas necessidades de saúde. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v 24, n 1, maio/2020. Disponível em:< https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452020000100221&tlng=pt> Acesso em: 22 set 2020.

MARTINS, E. R. C. *et al.* Saúde do homem jovem e as práticas educativas na perspectiva da promoção a saúde. **Research, Society and Development**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 9, p. 1-1, set./2020. Disponível em: <file:///C:/Users/Prof%20Vicente/Downloads/7351-Article-108150-1-10-20200822.pdf>. Acesso em: 22 set. 2020.

Nogueira IS, et al. Atuação do Enfermeiro na Atenção Primária à Saúde na Temática do Câncer: Do Real ao Ideal. *RevFundCare Online*. v. 11, n. 3, 2019.

OLIVEIRA, B. R. G; VIEIRA, C. S; COLLET; LIMA, R. A. G. **Acesso de primeiro contato na atenção primária em saúde para crianças.***Rev Rene*, Ceará, v. 2, n. 13, p.232-242, fev. 2012. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/217/pdf>>. Acesso em: 04 abr. 2016.

QUEVEDO, ALA; ROSSONI, E. Direito à saúde na perspectiva de usuários encaminhados para a atenção secundária e terciária em saúde. I Webcongresso Internacional de Direito Sanitário. Brasília. out/2017. Disponível em:< <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/180972/001073972.pdf?sequence=1>> Acesso em: 22 set. 2020.

YOSHIARA, AY. **Concepções e Evidências: Análise Lógica do Acesso no Plano de Ação 2009-2011 da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem no Brasil** [dissertação de mestrado]. Salvador, Bahia: ISC-UFBA; 2013. Disponível em:< <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/16244/1/DISS%20MP%20ALBERTO%20YOSHIARA%202013.pdf>>. Acesso em: 05 maio 2016.

ÍNDICE REMISSIVO

A

Acesso aos serviços de saúde 148, 164

Acidente 83, 86, 87, 88, 89, 91, 92, 141, 142

Acolhimento 32, 78, 81, 93, 120, 125, 159, 181

Administração de medicamentos 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 56

Algoritmos 68, 69, 71, 73, 74, 78, 79

Assistência de enfermagem 17, 19, 45, 50, 61, 63, 78, 114, 117, 125, 127, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 137, 138, 139, 143, 145, 146

Auditoria 20, 21, 22, 23, 24, 26, 27, 28, 176, 186

Autoextermínio 93, 94, 95, 100

Autonomia pessoal 2

C

Cateteres venosos centrais 51, 61, 62, 63, 67

Cirurgia robótica 20, 21, 22, 23, 24, 26, 27

Classificação de risco 71, 81

Comportamento suicida 93, 94, 95, 96, 101

Controle de infecções 30, 31, 32, 33, 35, 36, 58

Cuidado humanizado 114, 115, 117, 118, 123, 127

Cuidados de enfermagem 2, 16, 33, 36, 42, 47, 54, 66, 133, 138, 139, 140, 143

Cuidados do paciente 39, 48

Cuidados e saúde 149

Cuidados paliativos 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 150, 166, 167, 168, 169, 170, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 181, 183, 184

Cultura 2, 5, 9, 10, 11, 13, 14, 15, 182

D

Derivação ventricular externa 138, 139, 140, 142, 144, 147

Diagnóstico de enfermagem 19, 132

Doente terminal 104, 105, 111

E

Enfermagem 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 26, 27, 28, 30, 31, 32, 33, 35, 36, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 71, 72, 73, 74, 78, 81, 82, 92, 93, 95, 99, 100,

101, 103, 104, 105, 112, 114, 117, 119, 120, 125, 127, 128, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 142, 143, 145, 146, 147, 148, 162, 176, 177, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 185, 186

Enfermagem baseada em evidências 50

Enfermagem oncológica 177, 179

Enfermeiro 4, 7, 13, 15, 17, 19, 21, 23, 24, 25, 27, 30, 36, 40, 44, 46, 77, 80, 114, 115, 116, 117, 118, 120, 124, 125, 127, 130, 131, 133, 137, 146, 147, 148, 155, 165, 169, 176, 178, 179, 181, 184

Equipamento de proteção 83

Erros de medicação 39, 42, 43, 44, 45, 48, 49

F

Fatores de risco 3, 31, 54, 59, 83, 89, 146

Ferimentos e lesões 177, 179

H

Higiene das mãos 29, 30, 33, 37, 57, 140

Hospitalização 1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 145, 172

I

Indicadores de qualidade em assistência à saúde 132

Infecção hospitalar 35, 37, 38, 50, 51, 116, 147

Infecções relacionadas a cateter 61, 63

Informática em enfermagem 132

Informática médica 68, 69, 73

M

Medicina 13, 68, 82, 90, 100, 104, 108, 111, 112, 137, 146, 147, 150, 175, 186

O

odontologia 166, 169, 170, 171, 173, 174, 175

Odontologia 166

P

Política pública 148, 161

Pressão intracraniana 138, 139, 140, 141, 142, 143, 145, 146, 147

Processo de enfermagem 131, 132, 133, 136, 137

S

Segurança do paciente 17, 30, 32, 33, 36, 37, 39, 40, 41, 42, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 54, 58

Sistemas de apoio a decisões clínicas 68

Sistemas de apoio a decisões em saúde 68

T

Triagem 68, 73, 74, 77, 78, 120, 158

U

Unidade de terapia intensiva 30, 32, 37, 38, 50, 53, 54, 55, 56, 59, 60, 61, 66, 67, 104, 114, 116, 117, 118, 122, 123, 124, 128, 129, 136, 137, 146, 175

V

Visita pré-operatória 17, 18, 19

GERENCIAMENTO DE SERVIÇOS DE SAÚDE E ENFERMAGEM

4

www.atenaeditora.com.br 

contato@atenaeditora.com.br 

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

www.facebook.com/atenaeditora.com.br 

GERENCIAMENTO DE SERVIÇOS DE SAÚDE E ENFERMAGEM

4

www.atenaeditora.com.br 

contato@atenaeditora.com.br 

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

www.facebook.com/atenaeditora.com.br 