

Marcus Fernando da Silva Praxedes
(Organizador)

2

Ciências da saúde:

Políticas públicas, assistência e gestão

Atena
Editora
Ano 2021

Marcus Fernando da Silva Praxedes
(Organizador)

2

Ciências da saúde:

Políticas públicas, assistência e gestão

Atena
Editora
Ano 2021

Editora chefe

Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Editora executiva

Natalia Oliveira

Assistente editorial

Flávia Roberta Barão

Bibliotecária

Janaina Ramos

Projeto gráfico

Camila Alves de Cremo

Daphynny Pamplona

Gabriel Motomu Teshima

Luiza Alves Batista

Natália Sandrini de Azevedo

Imagens da capa

iStock

Edição de arte

Luiza Alves Batista

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.

Open access publication by Atena Editora



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 Biológicas e da Saúde**

Prof. Dr. André Ribeiro da Silva – Universidade de Brasília

Profª Drª Anelise Levay Murari – Universidade Federal de Pelotas

Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás

Profª Drª Daniela Reis Joaquim de Freitas – Universidade Federal do Piauí

Profª Drª 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^o Dr^a Elizabeth Cordeiro Fernandes – Faculdade Integrada Medicina
Prof^o Dr^a Eleuza Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília
Prof^o Dr^a Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina
Prof^o 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^o Dr^a Fernanda Miguel de Andrade – Universidade Federal de Pernambuco
Prof. Dr. Fernando Mendes – Instituto Politécnico de Coimbra – Escola Superior de Saúde de Coimbra
Prof^o 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^o 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^o 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^o Dr^a Maria Tatiane Gonçalves Sá – Universidade do Estado do Pará
Prof^o Dr^a Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma
Prof^o Dr^a Natiéli Piovesan – Instituto Federacl 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^o Dr^a Regiane Luz Carvalho – Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino
Prof^o Dr^a Renata Mendes de Freitas – Universidade Federal de Juiz de Fora
Prof^o Dr^a Vanessa da Fontoura Custódio Monteiro – Universidade do Vale do Sapucaí
Prof^o Dr^a Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof^o Dr^a Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Prof^o Dr^a Welma Emidio da Silva – Universidade Federal Rural de Pernambuco



Ciências da saúde: políticas públicas, assistência e gestão 2

Diagramação: Daphynny Pamplona
Correção: Maiara Ferreira
Indexação: Amanda Kelly da Costa Veiga
Revisão: Os autores
Organizador: Marcus Fernando da Silva Praxedes

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

C569 Ciências da saúde: políticas públicas, assistência e gestão 2 / Organizador Marcus Fernando da Silva Praxedes. - Ponta Grossa - PR: Atena, 2021.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-5983-762-5

DOI: <https://doi.org/10.22533/at.ed.625211012>

1. Ciências da saúde. I. Praxedes, Marcus Fernando da Silva (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



Atena
Editora
Ano 2021

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; 6. Autorizam a edição da obra, que incluem os registros de ficha catalográfica, ISBN, DOI e demais indexadores, projeto visual e criação de capa, diagramação de miolo, assim como lançamento e divulgação da mesma conforme critérios da Atena Editora.



DECLARAÇÃO DA EDITORA

A Atena Editora declara, para os devidos fins de direito, que: 1. A presente publicação constitui apenas transferência temporária dos direitos autorais, direito sobre a publicação, inclusive não constitui responsabilidade solidária na criação dos manuscritos publicados, nos termos previstos na Lei sobre direitos autorais (Lei 9610/98), no art. 184 do Código Penal e no art. 927 do Código Civil; 2. Autoriza e incentiva os autores a assinarem contratos com repositórios institucionais, com fins exclusivos de divulgação da obra, desde que com o devido reconhecimento de autoria e edição e sem qualquer finalidade comercial; 3. Todos os e-book são *open access*, *desta forma* não os comercializa em seu site, sites parceiros, plataformas de *e-commerce*, ou qualquer outro meio virtual ou físico, portanto, está isenta de repasses de direitos autorais aos autores; 4. Todos os membros do conselho editorial são doutores e vinculados a instituições de ensino superior públicas, conforme recomendação da CAPES para obtenção do Qualis livro; 5. Não cede, comercializa ou autoriza a utilização dos nomes e e-mails dos autores, bem como nenhum outro dado dos mesmos, para qualquer finalidade que não o escopo da divulgação desta obra.



APRESENTAÇÃO

Apresentamos a coleção “Ciências da Saúde: Políticas Públicas, Assistência e Gestão”, que reúne trabalhos científicos relevantes das mais diversas áreas da Ciência da Saúde. A coleção divide-se em dois volumes, em que o objetivo central foi apresentar de forma categorizada e clara estudos desenvolvidos em diversas instituições de ensino e pesquisa nacionais e internacionais.

O primeiro volume traz estudos relacionados à assistência em saúde com abordagem do uso correto dos medicamentos, com uma discussão relevante sobre a automedicação e adesão ao tratamento, bem como da importância de uma abordagem interprofissional; uso de fitoterápicos; alimentação saudável; segurança do paciente e qualidade do cuidado; assistência em saúde no domicílio e uso de ferramentas para avaliação em saúde.

O segundo volume reúne variados estudos que abordam temáticas que continuam atuais e sensíveis às políticas públicas e para uma melhor gestão em saúde. Dentre algumas discussões, tem-se a violência contra a mulher e a necessidade do empoderamento feminino, bem como da adequada assistência às vítimas; questões psicossociais; o uso de tecnologias em saúde; abordagem de doenças negligenciadas; qualidade da água e de alimentos consumidos pela população; a importância da auditoria em saúde, do planejamento estratégico e da importância da capacitação profissional para o exercício da gestão em saúde.

Espera-se que os trabalhos científicos apresentados possam servir de base para uma melhor assistência, gestão em saúde e desenvolvimento de políticas públicas mais efetivas. Nesse sentido, a Atena Editora se destaca por possuir a estrutura capaz de oferecer uma plataforma consolidada e confiável para estes pesquisadores exporem e divulguem seus resultados.


Marcus Fernando da Silva Praxedes

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1..... 1

VIVÊNCIA DE ENFRENTAMENTO A VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER E EMPODERAMENTO FEMININO A PARTIR DE UMA RÁDIO CAMPONESA – RELATO DE EXPERIÊNCIA


Francisco Henrique Cardoso da Silva
Renara da Silva Delfino
Elisangela Alves de Oliveira Sousa
Karliana de Barros Freitas Sabóia
Suyanne Franca Melo
Cícera Alice da Silva Barros
Raksandra Mendes dos Santos
Larisse de Sousa Silva
Maria da Conceição dos Santos Oliveira Cunha

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.6252110121>

CAPÍTULO 2..... 8

VIOLÊNCIA DOMÉSTICA EM MULHERES EM IDADE REPRODUTIVA: ESTUDO DOCUMENTAL


Henrique Botelho Moreira
Ana Paula de Assis Sales
Layla Santana Corrêa da Silva
Luciana Virgininia de Paula e Silva Santana

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.6252110122>

CAPÍTULO 3..... 23

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AS MULHERES VÍTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL


Alice Lopes Travenzoli
Bárbara Santana Almeida
Bianka Alvernaz Baldaia
Danielly Santos Paula
Hérika Reggiani Melo Stulpen
Janaína Aparecida Alvarenga
Larissa Bartles dos Santos
Laura Anieli Silva Andrade
Nilza Leandro da Conceição
Poliane de Souza dos Santos
Tayná Tifany Pereira Sabino
Tatiana Mendes de Ávila Silva

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.6252110123>

CAPÍTULO 4..... 33

MATERNIDADE: COMO É EXPERIENCIADA POR MULHERES

Calúzia Santa Catarina
Chancarlyne Vivian

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.6252110124>

CAPÍTULO 5..... 49

EXAME DE PAPANICOLAU NA SAÚDE DA MULHER PELA PERSPECTIVA DE UNIVERSITÁRIAS


Érika Vanessa Bezerra Manso
Maria Kelly Gomes Neves
Thamyres Fernanda Moura Pedrosa Souza

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.6252110125>

CAPÍTULO 6..... 58

O TRABALHO PSICOSSOCIAL COMO PROMOTOR DE MUDANÇA DA PESSOA: UM ESTUDO DE CASO EM UM CRAS DE SALVADOR/BAHIA


Wanderlene Cardozo Ferreira Reis

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.6252110126>

CAPÍTULO 7..... 67

EL RITMO DE TRABAJO COMO FACTOR DE RIESGO EN LA SALUD PSICOSOCIAL DE UN COLECTIVO DE EMPLEADOS MUNICIPALES

Zully Shirley Díaz Alay
Jeffry John Pavajeau Hernández
César Eubelio Figueroa Pico
Sara Esther Barros Rivera
Silvia María Castillo Morocho

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.6252110127>

CAPÍTULO 8..... 78

TECNOLOGIAS EM SAÚDE NO ÂMBITO DO SERVIÇO SOCIAL


Sara Cintia Ferreira da Silva

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.6252110128>

CAPÍTULO 9..... 87

APLICAÇÃO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NO ACOLHIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA EM UMA UNIDADE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE EM FORTALEZA


Lídia Vieira do Espírito Santo
Luciana Passos Aragão
Marília Vieira do Espírito Santo
Marla Rochana Braga Monteiro
Lucas Lessa de Sousa
Morgana Cléria Braga Monteiro
Amanda Holanda Cardoso Maciel
Gleiry Yuri Rodrigues Cardoso
Lucas Oliveira Sibellino
José Leonardo Gomes Rocha Júnior
Ticiane Freire Bezerra
Isabel Camila Araujo Barroso

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.6252110129>

CAPÍTULO 10..... 101

AUTOCUIDADO, ESTILO DE VIDA, QUALIDADE DE VIDA E RELIGIOSIDADE DE UNIVERSITÁRIOS


Elisabete Venturini Talizin
Natália Cristina de Oliveira Vargas e Silva
Emily Müller Reis
Larissa Giovanna da Silva
Leslie Andrews Portes

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.62521101210>

CAPÍTULO 11 121

A IMPORTÂNCIA DA INSERÇÃO DO ACADÊMICO DE ENFERMAGEM NA ORGANIZAÇÃO DE PROCURA DE ÓRGÃOS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Maria Nádia Craveiro de Oliveira
Iellen Dantas Campos Verdes Rodrigues

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.62521101211>

CAPÍTULO 12..... 125

ANÁLISE ESPAÇO-TEMPORAL DO COMPORTAMENTO DAS INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA NO ESTADO DE SANTA CATARINA


Luiz Alfredo Roque Lonzetti
Rita de Cássia Gabrielli Souza Lima
Graziela Liebel

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.62521101212>

CAPÍTULO 13..... 143

ANÁLISE DA PERSISTENTE ALTA DE CASOS DE TUBERCULOSE NO TERRITÓRIO BRASILEIRO NO PERÍODO DE 2011 A 2020

Taynara da Silveira Cardozo
Bianca Gomes Queiroz
Maria Luisa Calais Luciano
Julia Viana Gil de Castro
Bárbara Tisse da Silva
Louise Moreira Vieira
Aline de Jesus Oliveira
Daniela Maria Ferreira Rodrigues
Karina Santos de Faria
Myllena Giacomo Monteiro Dias
Thales Montela Marins
Sebastião Jorge da Cunha Gonçalves


 <https://doi.org/10.22533/at.ed.62521101213>

CAPÍTULO 14..... 154

PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DOS CASOS DE TUBERCULOSE NOTIFICADOS NO MARANHÃO

Letícia Samara Ribeiro da Silva
Andressa Arraes Silva


Luciane Sousa Pessoa Cardoso
Larissa Silva Oliveira
Patrícia Samara Ribeiro da Silva

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.62521101214>

CAPÍTULO 15..... 166

AVALIAÇÃO DO PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DO TABAGISMO EM SÃO LUÍS


Rosemary Fernandes Correa Alencar
Dinair Brauna de Carvalho Ribeiro
Maria Almira Bulcão Loureiro
Roseana Corrêa dos Santos Silva
Silvana do Socorro Santos de Oliveira
Gabriela Ramos Miranda
Jose Ronaldo Moraes Pereira
Cidália de Jesus Cruz Nunes
Sansuilana de Almeida Eloi
Ana Cassia Martins Ribeiro Cruz
Naruna Mesquita Freire
Larissa Correa Marques

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.62521101215>

CAPÍTULO 16..... 179

“SÍFILIS”: UM ESTUDO SOBRE A INCIDÊNCIA DE SÍFILIS NO MUNICÍPIO DE PONTE NOVA/MG

Iata Eleutério Moreira de Souza
RuthMaria Alves Garcia

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.62521101216>

CAPÍTULO 17..... 197

QUALIDADE DE ÁGUAS DE POÇOS ARTESIANOS DA CIDADE DE PEABIRU, PARANÁ, BRASIL: UM MUNICÍPIO SEM TRATAMENTO DE ESGOTO

Yuri Souza Vicente
Paulo Agenor Alves Bueno
Regiane da Silva Gonzalez
Nelson Consolin Filho
Lidiane de Lima Feitoza
Márcia Maria Mendes Marques
Débora Cristina de Souza
Flávia Vieira da Silva Medeiros
Ana Paula Peron


 <https://doi.org/10.22533/at.ed.62521101217>

CAPÍTULO 18..... 211

AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE ARMAZENAMENTO DAS CARNES BOVINAS EM FEIRA PÚBLICA NA CIDADE DE PARNAMIRIM, RIO GRANDE DO NORTE

Adrielly Lorena Rodrigues de Oliveira

Sandy Beatriz Silva de Araújo
Fran Erley Sousa Oliveira
Sthenia dos Santos Albano Amora
Amanda de Carvalho Moreira
Nayara Oliveira de Medeiros
Dandara Franco Ferreira da Silva
Giulianna de Carvalho Ibrahim Obeid

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.62521101218>

CAPÍTULO 19..... 217

HEALTH SCIENCES: PUBLIC POLICY, CARE AND MANAGEMENT

Patricia de Oliveira Lopes

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.62521101219>

CAPÍTULO 20..... 220

AUDITORIA COMO INSTRUMENTO PARA ASSEGURAR O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE:
REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA


Tatiana da Silva Mendes
Eliane Moura da Silva
Walda Cleoma Lopes Valente dos Santos
Giselly Julieta Barroso da Silva
Edilson Ferreira Calandrine
Victor Matheus Silva Maués
Sílvia Ferreira Nunes
Fabiana Morbach da Silva
Antônia Gomes de Olinda
Juliana Custódio Lopes

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.62521101220>

CAPÍTULO 21..... 231

DISPENSA DE LICITAÇÃO SOB O ENFOQUE DA CRISE SANITÁRIA DA COVID-19


Matheus Martins Sant' Anna

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.62521101221>

CAPÍTULO 22..... 238

ESTUDO DOS DESAFIOS E LIMITAÇÕES NA IMPLANTAÇÃO DA GESTÃO DE CUSTOS
EM ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES


Keyla de Cássia Barros Bitencourt
Márcia Mascarenhas Alemão

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.62521101222>

CAPÍTULO 23..... 260

PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO SITUACIONAL: FERRAMENTA DE EDUCAÇÃO
PERMANENTE NA ARTICULAÇÃO ENSINO-SERVIÇO


Maria Tereza Soares Rezende Lopes
Ana Claudia Baladelli Silva Cimardi
Célia Maria Gomes Labegalini

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.62521101223>

CAPÍTULO 24.....275

SIMBOLOGIAS DO SER GERENTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Camila da Silveira Santos

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.62521101224>


CAPÍTULO 25.....289

**INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS E O USO DE MEDICAMENTOS
POTENCIALMENTE INAPROPRIADOS**

Rosiléia Silva Argolo

Joseneide Santos Queiroz

Marcus Fernando da Silva Praxedes

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.62521101225>

CAPÍTULO 26.....304

**OS IMPACTOS DA UTILIZAÇÃO DA TECNOLOGIA NO DESENVOLVIMENTO DA
CRIANÇA**

Lúcio Mauro Bisinotto Júnior

Silvério Godoy Del Fiaco

Isadora Godoy Brambilla Bezzan

Ana Luiza Corrêa Ribeiro Godoy

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.62521101226>

SOBRE O ORGANIZADOR.....314

ÍNDICE REMISSIVO.....315

CAPÍTULO 12

ANÁLISE ESPAÇO-TEMPORAL DO COMPORTAMENTO DAS INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA NO ESTADO DE SANTA CATARINA

Data de aceite: 01/11/2021

Data de submissão: 26/08/2021

Luiz Alfredo Roque Lonzetti

Universidade do Vale do Itajaí
Itajaí – Santa Catarina

<http://lattes.cnpq.br/9735117833824085>

Rita de Cássia Gabrielli Souza Lima

Universidade do Vale do Itajaí
Florianópolis – Santa Catarina

<http://lattes.cnpq.br/9735117833824085>

Graziela Liebel

Universidade do Vale do Itajaí
Itajaí – Santa Catarina

<http://lattes.cnpq.br/0194075202399588>

RESUMO: Introdução: este trabalho analisa o indicador “Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica”, responsável por avaliar a resolutividade da Atenção Primária em Saúde (APS). Objetivos: analisar o comportamento de internações por Doenças Pulmonares e Infecções de Rim e Trato Urinário nas microrregiões de saúde de Santa Catarina. Metodologia: estudo descritivo pautado na análise de dados das microrregiões de saúde de Santa Catarina, baseando-se na coleta de dados sobre os índices de internação e nas taxas de cobertura da Estratégia de Saúde da Família. Resultados: há importante, porém não solitária, relação entre os índices de internações e a cobertura da ESF. São dois conceitos interdependentes, mas não exclusivos objetos de análise na

estruturação de uma Atenção Primária resolutiva. Conclusão: a análise do indicador é uma forma de institucionalizar a contínua preservação da garantia do cuidado integral da APS.

PALAVRAS-CHAVE: Internação por Condições Sensíveis à Atenção Primária, Estratégia de Saúde da Família, Sistema de Informação.

SPACE-TIME ANALYSIS OF THE PATTERN OF THE HOSPITALIZATIONS BY AMBULATORY CARE SENSITIVE CONDITIONS IN SANTA CATARINA STATE

ABSTRACT: Introduction: this paper analyses the indicator “Hospitalizations for Ambulatory Care Sensitive Conditions”, that evaluates the resoluteness of the Ambulatory Care service. Objectives: make an analysis of the pattern of hospitalizations by Pulmonary Diseases and Kidney and Urinary Tract Infections in Santa Catarina state, Brazil. Methods: descriptive study based on the the hospitalization for ambulatory care sensitive conditions index and the coverage of the Family Health Strategy (FHS). Results: there is an important relation, but not lonely, between the hospitalizations index and the FHS’s coverage, that are interdependent, but not exclusives analysis objects to reach a resolute Primary Care structure. Conclusion: The analysis of the indicator it is established as a way to institutionalize the continuous preservation of the Brazilian Public Health System’s Ambulatory Care.

KEY-WORDS: Hospitalizations for Ambulatory Care Sensitive Conditions; Family Health Strategy; Information System.

1 | INTRODUÇÃO

Teoriza-se que a Atenção Primária representa a porta de entrada em meio ao sistema de saúde brasileiro, o SUS (Sistema Único de Saúde), e, portanto, em tese, deve apresentar resolutividade sobre uma intensa parcela dos problemas de saúde da população brasileira, respondendo de forma eficiente a cerca de 75% a 80% das necessidades dos brasileiros no quesito saúde¹⁰. Assim, diz-se que a APS (Atenção Primária em Saúde) é indubitavelmente responsável – e protagonista – nos processos de prevenção, tratamento, cura e reabilitação de seus usuários em quase todas as enfermidades que, porventura, possam vir a afetá-los¹¹.

A Atenção Primária representa, na realidade, uma lógica de comando de sistemas nacionais de saúde⁷, que visa a equidade e a resolutividade do cuidado em saúde, sendo uma filosofia protagonizada nas Assembleias Mundiais de Saúde da Organização Mundial de Saúde⁴, no período 1948-1975, e formalizada na Conferência de Alma-Ata, em 1978. Levando isso em consideração, ela surge tendo como base o estabelecimento de uma célula de controle não hospitalar, de sistemas universais, mas sim o desenvolvimento de cuidados primários por meio das Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo tais UBS's espaços sociais lócus de produção de ações de baixa densidade e alta complexidade em saúde⁸. Em âmbito nacional, a APS foi conquistada por meio de incansáveis lutas sanitárias nacionais, para coordenar o cuidado do Sistema Único de Saúde.

De tal maneira, quando se pensa em condições sensíveis à Atenção Primária, trata-se justamente de condições que, em teoria, apresentariam responsividade adequada dentro da APS, extinguindo posteriores necessidades de internações e cuidado em níveis de complexidade distintos no Sistema Único de Saúde, como o nível hospitalar, por exemplo. Assim, infere-se que, ao avaliar o indicador intitulado “Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária” (ICSAP), tem-se a avaliação, na realidade, do poder, da qualidade, da resolutividade e da possibilidade de acesso ao cuidado integral da Atenção Primária^{9,3,2} de determinada região e, conseqüentemente, tem-se a avaliação da real capacidade de atuação do sistema público de saúde do país distribuído pelos estados e municípios da União. Assim, “as condições sensíveis à atenção primária (CSAP) são agravos à saúde para os quais uma boa ação da APS pode reduzir o risco de internação”¹ e, portanto, indica-se que uma resolutividade adequada junto à APS é inversamente proporcional às taxas de ICSAP e, nisso, justifica-se sua importância ao ser analisada junto ao sistema público de saúde no Brasil.

Este artigo tem como objetivo analisar o comportamento da relação do indicador “Internação por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP)” referente, especificamente, a “Doenças Pulmonares” e “Infecção do Rim e Trato Urinário” nas microrregiões de saúde do estado de Santa Catarina, no período de 2013 a 2018.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo que analisa as causas mais prevalentes nas internações por condições sensíveis à Atenção Primária, tendo como unidade de análise as microrregiões de saúde do estado de Santa Catarina entre os anos de 2013 e 2018. A coleta de dados foi baseada no sistema de informação hospitalar, buscando o indicador “Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária”, elegendo, para o estudo, duas das doenças mais prevalentes no estado: “doenças pulmonares” e “infecção no rim e trato urinário”, avaliando, depois, a frequência relativa por microrregião de saúde em Santa Catarina.

Na análise das doenças mais prevalentes, utilizamos como base os dois extremos temporais (os anos de 2013 e de 2019). No ano de 2013, a doença mais prevalente encontrada foi a Insuficiência Cardíaca, com 10.926 casos computados em todas as microrregiões de saúde, depois doenças pulmonares, com 10.397 casos e, por fim, infecções no rim e trato urinário, com 8.430 casos. No ano de 2019, obteve-se infecção no rim e trato urinário com 12.189 casos, doenças pulmonares com 9.745 casos e doenças cerebrovasculares, com 9.590 casos. A partir de tais dados, decidimos utilizar as doenças pulmonares e infecção no rim e trato urinário como doenças-base para o desenvolvimento desta análise dentro do intervalo 2013-2018. Os dados referentes às internações hospitalares foram obtidos a partir do sistema de informação hospitalar do SUS (Sistema Único de Saúde), ou seja, SIH-SUS, tendo como instrumento básico a internação hospitalar, isto é, AIH e, para a obtenção da classificação das doenças “sensíveis à Atenção Primária”, utilizou-se como base a classificação das doenças da Portaria de número 221 do Ministério da Saúde, de 17 de abril de 2008, composta por 19 grupos constituídos por subitens específicos^{6,10}.

Depois de obtidos os dados referentes às taxas de internação de todas as 19 doenças em todas as microrregiões de saúde o estado de Santa Catarina nos anos de 2013 a 2018, analisamos quais dessas se encontravam no topo da prevalência, concluindo que “Doenças Pulmonares” e “Infecções do Rim e Trato Urinário” se mostravam duas das mais prevalentes tanto nos anos de 2013, quanto de 2019. A partir daí, portanto, realizamos o cálculo da frequência de tais internações pela população de cada microrregião (taxa de internação / população da microrregião), gerando uma razão que permitiu avaliar o comportamento das internações no intervalo analisado, interpretando a oscilação da taxa. Tais razões foram representadas de forma gráfica, facilitando a visualização de tal tendência de comportamento das internações. Para tanto, foram elaborados gráficos tanto das doenças pulmonares, quanto da infecção de rim e trato urinário, para cada microrregião de saúde, contendo o índice de internação encontrado (taxa de internações / população da microrregião) e o ano correspondente. Os dados relativos à população estimada para cada microrregião de saúde do estado de Santa Catarina foram obtidos a partir do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, ou seja, IBGE e suas projeções populacionais.

Além de tal análise baseada na razão entre os índices de internação e a população de cada microrregião de saúde, comparou-se o resultado alcançado, em percentual, a partir de tal razão, com a taxa de cobertura desenvolvida pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) para cada microrregião de saúde especificamente para o mês de junho de 2020, quando os dados para a realização de tal artigo foram obtidos. Para o cálculo de tal cobertura, utilizou-se a seguinte fórmula: número de equipes de ESF em junho de 2020 X 3.000 habitantes / população da microrregião de saúde. Essencial é tal análise no que tange à averiguação da interconexão entre a atuação da ESF qualitativamente e quantitativamente e as internações por condições sensíveis ao palco de trabalho da ESF, ou seja, a APS. A cobertura da ESF também foi exposta graficamente (gráfico 3).

3 | RESULTADOS

Os gráficos abaixo expõem o comportamento de tais internações para cada uma das 16 microrregiões de saúde. Os dezesseis primeiros gráficos (1-16) correspondem às internações por quadros pulmonares, dispostos em pares. Também em pares, seguem outros dezesseis gráficos (17-32) referentes às internações por condições urinárias e renais.

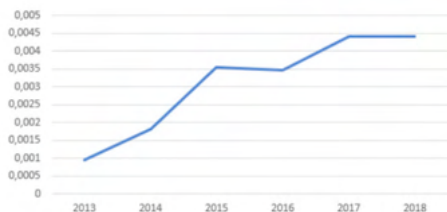


Gráfico 1 - Índice de Internação por doenças pulmonares: Extremo Oeste.

Fonte: Os autores.

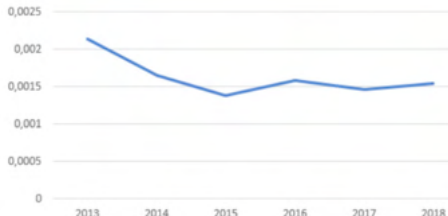


Gráfico 2 - Índice de Internação por doenças pulmonares: Oeste.

Fonte: Os autores.

O gráfico 1, relativo à microrregião Extremo Oeste, indica que houve um processo oscilatório com tendência quase integral de crescimento nas taxas de internações, com queda no ano de 2016, mas retorno de ascendência a partir de 2017, tendo em 2018 o maior dos índices de internação.

No que tange à microrregião de saúde Oeste, exposta no gráfico 2, há também uma tendência ascendente até o ano de 2016 e, a partir de tal ano, inicia-se um ritmo descendente nas taxas de internações, porém praticamente constante, sem uma queda importante nos índices. Contudo, diferentemente da microrregião Extremo Oeste, não houve incremento dos índices.

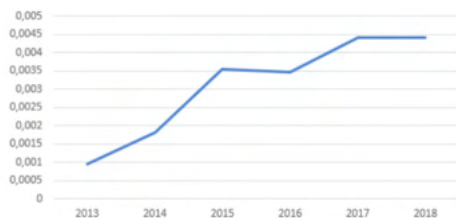


Gráfico 3 - Índice de Internação por doenças pulmonares: Xanxerê.

Fonte: Os autores.

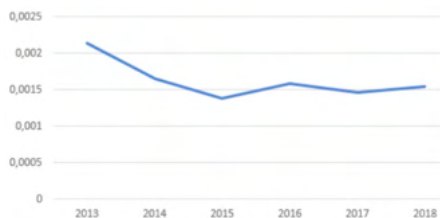


Gráfico 4 - Índice de Internação por doenças pulmonares: Alto Vale do Itajaí.

Fonte: Os autores.

Sobre a microrregião Xanxerê, identificada no gráfico 3, há uma apresentação extremamente oscilatória, porém sempre ascendente, com alguns períodos de constância. Comparando os anos de 2013 e 2018, há um intenso crescimento nos índices de internações, tendo, nesse intervalo, um crescimento exponencial entre o período de 2014 e 2015, seguido por uma constância até o ano de 2016, com novo incremento e, no ano de 2018, uma regularidade linear sem novos incrementos. O que marca é, sem dúvida, o crescimento intenso absoluto do intervalo 2013-2018.

O gráfico 4, identificando a microrregião do Alto Vale do Itajaí é o primeiro que nos traz uma importante tendência de queda absoluta no intervalo 2013-2015. Contudo, após a importante queda vista no intervalo 2013-2015, a representação gráfica nos indica valores ainda baixos se comparados ao início do período, porém em oscilação com tendência de constância e relativa ascensão. Contudo, comparando-se os índices absolutos do período total, há uma importante queda nas taxas totais de internação.

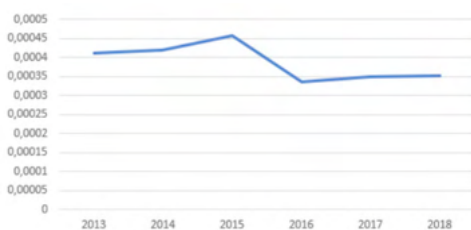


Gráfico 5 - Índice de Internação por doenças pulmonares: Foz do Rio Itajaí.

Fonte: Os autores.

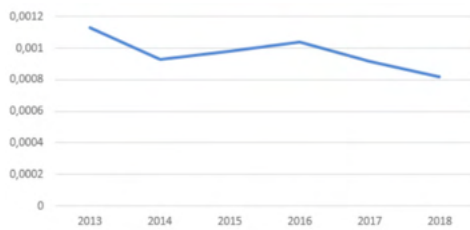


Gráfico 6 - Índice de Internação por doenças pulmonares: Médio Vale do Itajaí.

Fonte: Os autores.

A partir do gráfico 5, identificando a microrregião da Foz do Rio Itajaí, conseguimos identificar novamente uma representação gráfica de queda nos valores de internações, mantendo-se com um pico importante no ano de 2015, mas uma queda considerável a partir de 2016, mantendo, entre 2016 e 2018, relativa constância nos índices, de forma

importante abaixo dos valores encontrados em 2013.

O gráfico 6, tratando do Médio Vale do Itajaí, traz novamente índices com tendência de queda ao fim do período avaliado, entre 2016 e 2018. Entre 2013 e 2016, houve um processo oscilatório de queda inicial, seguida de nova ascensão e, a partir de 2016, uma importante queda sem tendência de nova ascensão, alcançando os menores índices de internação no ano de 2018.

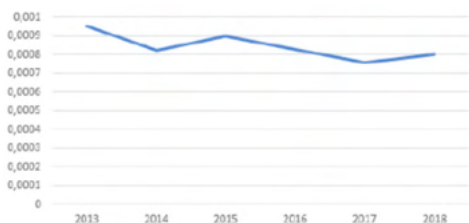


Gráfico 7 - Índice de Internação por doenças pulmonares: Grande Florianópolis.

Fonte: Os autores.

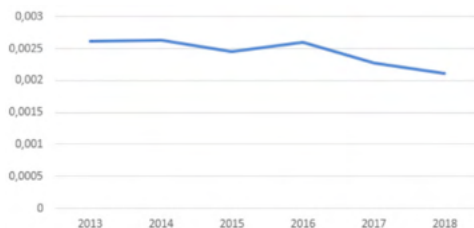


Gráfico 8 - Índice de Internação por doenças pulmonares: Meio Oeste.

Fonte: Os autores.

O gráfico 7, tratando da Grande Florianópolis, traz uma tendência alternante entre ascensão e diminuição dos índices de internação, apresentando um pico importante nos anos de 2013, outro no ano de 2015 e um novo comportamento de potencial crescimento para a partir de 2018.

No Meio Oeste, representando pelo gráfico 8, tem-se, desde 2013 até 2016, uma relativa constância, com leves oscilações, nas taxas de internações e, a partir de 2016, uma importância tendência de queda nestes índices, alcançando o menor valor do período analisado no ano de 2018.

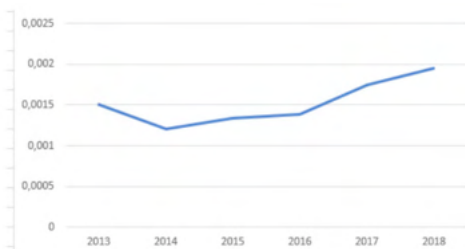


Gráfico 9 - Índice de Internação por doenças pulmonares: Alto Vale do Rio do Peixe.

Fonte: Os autores.

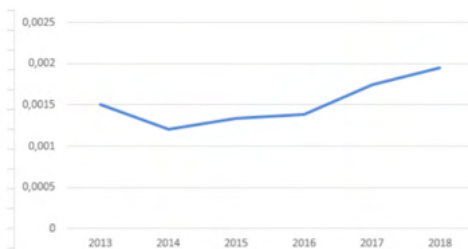


Gráfico 10 - Índice de Internação por doenças pulmonares: Alto Uruguaí Catarinense.

Fonte: Os autores.

O gráfico 9, demonstrando o comportamento no Alto Vale do Rio do Peixe, indica

que o comportamento absoluto da microrregião no período analisado foi de ascensão, ainda que com uma pequena queda no ano de 2014. A partir de 2015, os índices aumentam consideravelmente, alcançando, em 2018, a maior das taxas de internação.

O gráfico 10, contendo informações do Alto Uruguai Catarinense, mostra um comportamento absoluto com tendência de queda especialmente no fim do período analisado, ainda que com uma importante ascensão nos índices de internação no período de 2013 a 2015. 2018 alcançou o menor dos índices, confirmando a tendência descendente do comportamento.

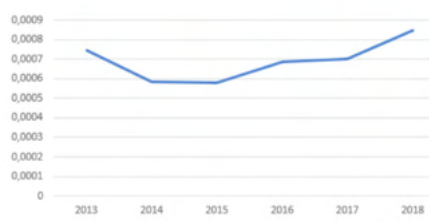


Gráfico 11 - Índice de Internação por doenças pulmonares: Alto Vale do Rio do Peixe.

Fonte: Os autores.

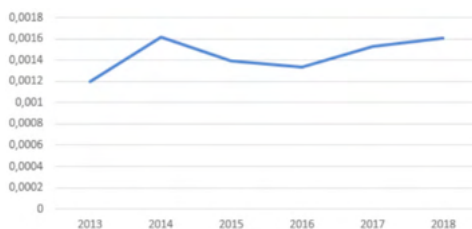


Gráfico 12- Índice de Internação por doenças pulmonares: Planalto Norte.

Fonte: Os autores.

No gráfico 11, podemos ver um comportamento absoluto de aumento nos índices de internação da microrregião Nordeste, alcançando uma constância diminuída em relação aos demais valores no intervalo de 2014-2015, porém a partir de 2016, apresentando apenas comportamento ascendente com um pequeno intervalo de constância entre 2016 e 2017, voltando, a partir daí, a crescer, alcançando o maior dos índices no ano de 2018.

O gráfico 12, tratando do Planalto Norte, indicou um pico de internações importante no ano de 2014 após um 2013 com índices mais baixos. A partir de 2014, apresentou um caráter descendente, porém, a partir do intervalo 2016-2017, a tendência de elevação se mostrou novamente presente, alcançando 2018 o mesmo pico identificado em 2014.

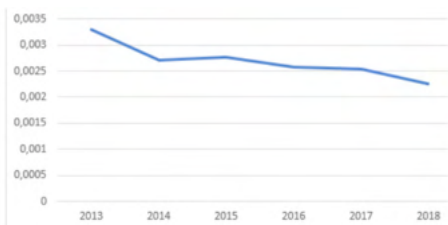


Gráfico 13 - Índice de Internação por doenças pulmonares: Serra Catarinense.

Fonte: Os autores.

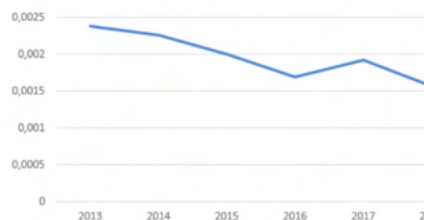


Gráfico 14- Índice de Internação por doenças pulmonares: Extremo Sul Catarinense.

Fonte: Os autores.

O gráfico 13, mostrando o comportamento da Serra Catarinense, trouxe dados de um comportamento absoluto descendente, com o maior dos índices de internação no primeiro ano analisado e, a partir daí, após uma queda importante entre 2013 e 2014, mostrando uma ligeira tendência de queda entre 2014 e 2018, apresentando a menor das taxas de internação no ano de 2018.

O gráfico 14, do Extremo Sul Catarinense, identificou um comportamento descendente importante de 2013 a 2016. Contudo, houve um pico importante (não capaz de superar 2013) em 2017 e uma nova tendência de queda em 2018, quando foi encontrado o menor valor para o índice de internações na população.

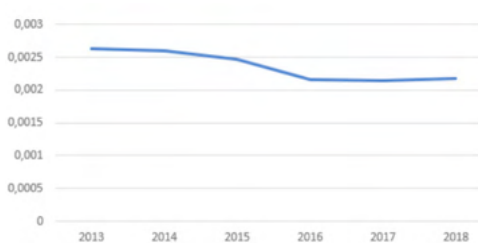


Gráfico 15 - Índice de Internação por doenças pulmonares: Carbonífera.

Fonte: Os autores.

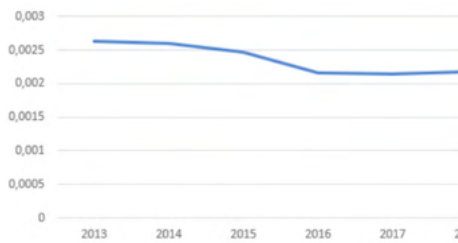


Gráfico 16- Índice de Internação por doenças pulmonares: Laguna.

Fonte: Os autores.

O gráfico 15, da microrregião Carbonífera, trouxe um comportamento muito uniforme durante todo o período, com uma constância importante entre os anos de 2013 e 2015, uma ligeira queda em 2016, mantendo a partir deste ano um processo uniforme até 2018.

O gráfico 16, da microrregião de Laguna, apresentou, também, um comportamento uniforme de queda entre o período de 2013 a 2016. Contudo, a partir de 2016, quando se apresentou o menor índice de internação, houve um incremento nos índices e uma tendência de ascensão até 2018, ainda que não tão preponderante.

Agora, seguindo, abaixo, com os gráficos tratando sobre as condições urinárias e renais para as mesmas microrregiões de saúde:

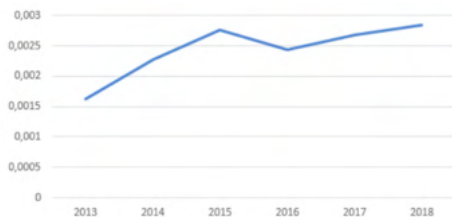


Gráfico 17 - Índice de Internação por infecção de rim e trato urinário: Extremo Oeste.

Fonte: Os autores.

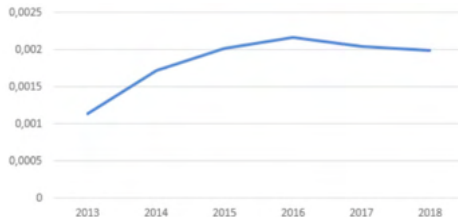


Gráfico 18- Índice de Internação por infecção de rim e trato urinário: Oeste.

Fonte: Os autores.

O gráfico 17, tratando sobre a microrregião do Extremo Oeste, indica um comportamento ascendente nas taxas de internação, ainda que tenha tido um decréscimo no ano de 2016. O menor dos índices foi encontrado em 2013 e, a partir de tal ano, elevou-se substancialmente, atingindo seu máximo no ano de 2018.

O gráfico 18, indicando o comportamento da microrregião Oeste, mostra um comportamento ascendente importante de 2013 a 2016, com estabilização a partir de 2016 e uma leve tendência de queda, porém ainda com valores elevados se comparados ao menos deles, em 2013.

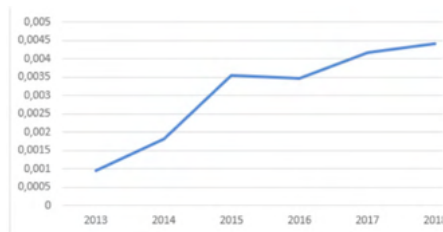


Gráfico 19 - Índice de Internação por infecção de rim e trato urinário: Foz do Rio Itajaí.

Fonte: Os autores.

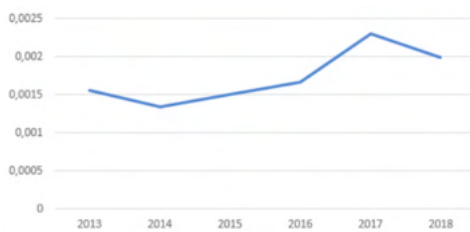


Gráfico 20- Índice de Internação por infecção de rim e trato urinário: Médio Vale do Itajaí.

Fonte: Os autores.

A microrregião de Xanxerê, exposta no gráfico 19, apresentou uma elevação substancial durante todo o período analisado, com um pequeno traço de constância no intervalo 2015-2016, porém novamente estabelecendo elevação das internações a partir. Comparando os anos de 2013 e 2018, observa-se dois extremos distintos com um importante incremento nos índices de internações por infecções urinárias.

A microrregião do Alto Vale do Itajaí, exposta no gráfico 20, denota um comportamento oscilatório com pequena elevação absoluta no intervalo de 2013 a 2016, seguida por um pico de internações no ano de 2017 e uma importante tendência de queda no ano de 2018.

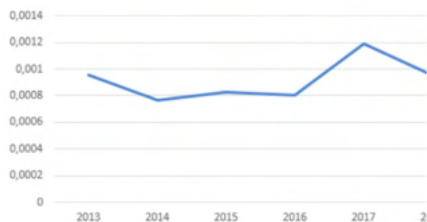


Gráfico 21 - Índice de Internação por infecção de rim e trato urinário: Foz do Rio Itajaí.

Fonte: Os autores.

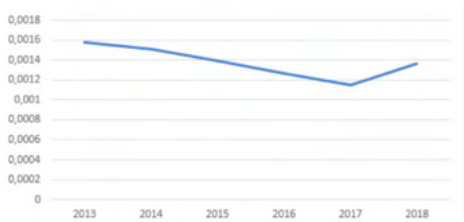


Gráfico 22- Índice de Internação por infecção de rim e trato urinário: Médio Vale do Itajaí.

Fonte: Os autores.

No gráfico 21, tem-se a representação da microrregião da Foz do Rio Itajaí, em que o comportamento apresentou uma queda dos índices depois de 2013, mantendo uma importância constância até o 2016, seguido de uma ascensão considerável em 2017, quando atingiu a maior das taxas de internação e, entre 2017 e 2018, seguiu-se com nova tendência de queda das internações.

A microrregião do Médio Vale do Itajaí, exposta no gráfico 22, denota comportamento importante de queda nas internações desde 2013 até 2017. Entretanto, a partir de 2017, seguindo para 2018, houve nova ascensão das internações com tendência de elevação dos índices.

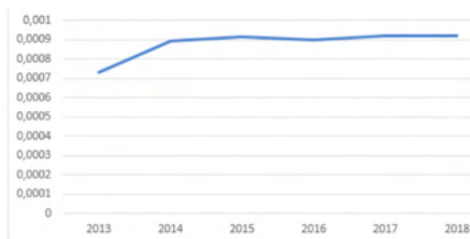


Gráfico 23 - Índice de Internação por infecção de rim e trato urinário: Grande Florianópolis.

Fonte: Os autores.

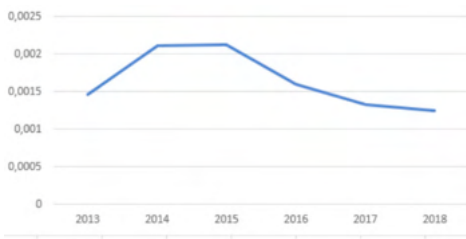


Gráfico 24- Índice de Internação por infecção de rim e trato urinário: Meio Oeste.

Fonte: Os autores.

Na microrregião da Grande Florianópolis, com o comportamento apresentado no gráfico 23, denota-se elevação dos índices de internação entre 2013 e 2014 e, a partir daí, no intervalo entre 2014 e 2018, manteve-se relativa constância nas internações, sem tendência de ascensão ou decréscimo das taxas.

Na microrregião do Meio Oeste, exposta no gráfico 24, após uma ascensão importante entre 2013 e 2014 e uma constância entre os anos de 2014 e 2015, houve importante decréscimo progressivo nas internações entre os anos de 2015 e 2018, apresentando o menor dos índices no último ano do intervalo analisado.

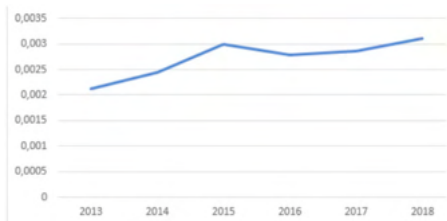


Gráfico 25 - Índice de Internação por infecção de rim e trato urinário: Alto Vale do Rio do Peixe.

Fonte: Os autores.

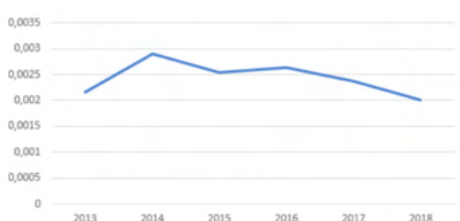


Gráfico 26- Índice de Internação por infecção de rim e trato urinário: Alto Uruguai Catarinense.

Fonte: Os autores.

No Alto Vale do Rio do Peixe, representando no gráfico 25, o comportamento oscilatório denota aumento absoluto dos índices de internação entre todo o intervalo, ainda que tenha apresentada uma pequena queda entre 2015 e 2016, seguida rapidamente de nova ascensão que se manteve até 2018, quando a maior das taxas de internação foi encontrada.

Na microrregião do Alto Uruguai Catarinense, representada no gráfico 26, ainda que tenha se apresentado uma importante elevação nas internações entre o período de 2013 e 2014, a partir deste ano, houve decréscimo dos índices absolutos, com uma leve oscilação positiva entre 2015 e 2016, mas com diminuição absoluta das internações, alcançando a menor taxa do período no ano de 2018.

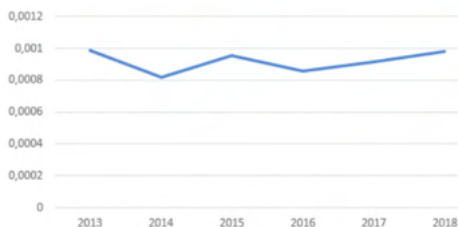


Gráfico 27 - Índice de Internação por infecção de rim e trato urinário: Nordeste.

Fonte: Os autores.

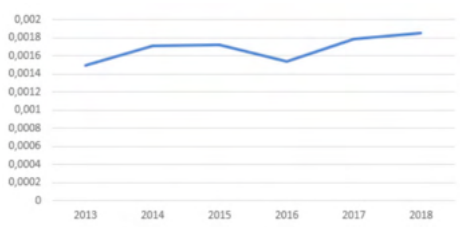


Gráfico 28- Índice de Internação por infecção de rim e trato urinário: Planalto Norte.

Fonte: Os autores.

A microrregião Nordeste, exposta no gráfico 27, apresentou comportamento oscilatório importante nas internações, alterando entre quedas e ascensões no período analisado, porém, ao fim, analisando o intervalo 2016-2018, identifica-se uma tendência de ascensão nos índices, alcançando, em 2018, praticamente o mesmo valor encontrado em 2013, que foi o maior deles.

No Planalto Norte, exposto no gráfico 28, identifica-se uma tendência absoluta de acréscimo nos índices de internação, especialmente ao fim do período analisando,

alcançando, no ano de 2018, o maior dos valores. Observa-se um período de constância entre 2014 e 2015 e uma relativa queda entre 2015 e 2016, porém, a partir do ano de 2016, o houve uma ascensão importante nas internações até o fim do período analisado.

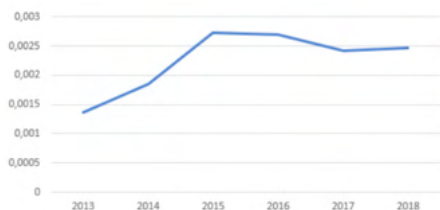


Gráfico 29 - Índice de Internação por infecção de rim e trato urinário: Serra Catarinense.

Fonte: Os autores.

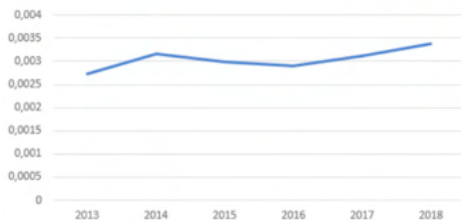


Gráfico 30- Índice de Internação por infecção de rim e trato urinário: Extremo Sul Catarinense.

Fonte: Os autores.

A Serra Catarinense, exposta no gráfico 29, apresentou importante e considerável ascensão nas taxas de internação entre os anos de 2013 e 2015, alcançando o maior dos valores em 2015. Contudo, a partir de 2015, intercalado com uma constância entre o período 2015-2016 e 2017-2018, houve uma tendência de queda se comparada ao intervalo 2013-2015, contudo, no ano de 2018, ainda que praticamente constante, há maior tendência de ascensão do que manutenção da queda dos índices de internação.

O Extremo Sul Catarinense, exposto no gráfico 30, apresentou uma tendência absoluta de ascensão nos índices de internação. Ainda que no período de 2014 a 2016 tenha ocorrido uma relativa queda nas taxas, a tendência absoluta foi de aumento nos valores, especialmente seguindo o ano de 2016 até ser alcançado, em 2018, o maior dos índices.

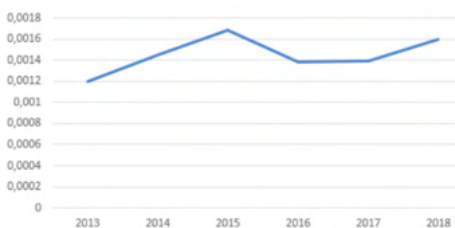


Gráfico 31 - Índice de Internação por infecção de rim e trato urinário: Carbonífera.

Fonte: Os autores.

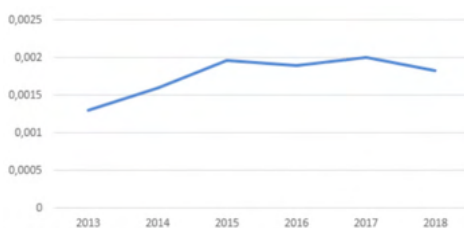


Gráfico 32- Índice de Internação por infecção de rim e trato urinário: Laguna.

Fonte: Os autores.

A microrregião Carbonífera, analisada no gráfico 31, apresentou um comportamento bem característico. Um processo importante de ascensão nas internações entre o período

de 2013 a 2015, seguida de uma queda entre 2015 e 2016, período de relativa constância de 2016 a 2017 e nova tendência de incremento nos valores em 2018, sendo o ano de 2015 o que apresentou a maior taxa de internações.

A microrregião de Laguna, analisada no gráfico 32, apresentou um comportamento total oscilatório, alternando com importante incremento nas internações entre os anos de 2013 e 2015, e um período de relativa constância entre 2015 e 2017, seguindo com uma tendência de queda no ano de 2018, ainda que o menor dos índices de internações tenha sido identificado ainda em 2013.

Estas análises realizadas acima foram baseadas no comportamento de cada microrregião de saúde, entre 2013 e 2018, para os dois quadros estudados neste trabalho, isto é, Doenças Pulmonares e Infecção de Rim e Trato Urinário. Contudo, para consubstanciar os achados representados nas tabelas e nos gráficos, decidimos por realizar uma análise da cobertura da Estratégia de Saúde da Família em tais microrregiões e, assim, buscar compreender os motivos dos comportamentos expostos acima e, quiçá, uma potencial correlação entre a cobertura da ESF e as internações desenvolvidas para os quadros que, teoricamente, seriam resolutivos a partir da própria ESF em meio à Atenção Primária.

Para tanto, elaborou-se um gráfico (gráfico 33) trazendo os achados no que tange à cobertura da Estratégia de Saúde da Família, para cada ano analisado, isto é, de 2013 a 2018.

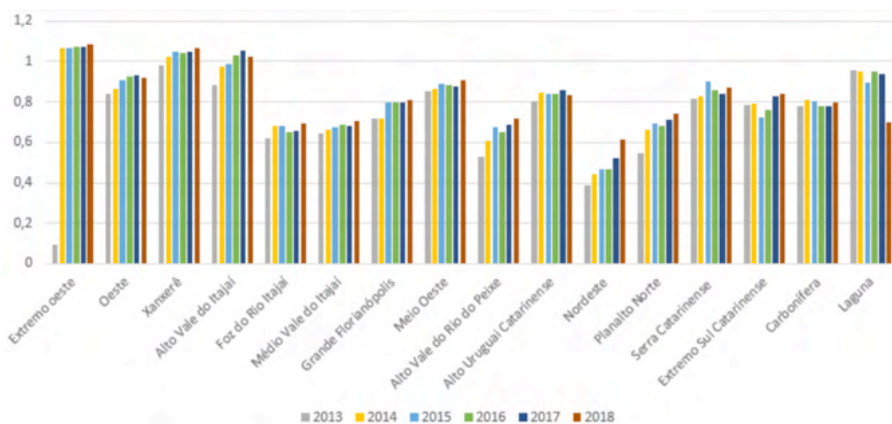


Gráfico 33 - Cobertura da ESF entre as microregiões de saúde de SC entre 2013 e 2018.

DISCUSSÃO

Primeiramente tratando dos gráficos que trazem os índices de internações, a primeira indicação a ser feita é sobre a heterogeneidade estabelecida em tais índices a depender da microrregião de saúde. Quando em algumas o processo foi oscilatório ascendente, em

outras foi descendente e ainda em outras não pudemos classificar nem como ascendente, nem como descendente, mas totalmente anárquico ou até mesmo relativamente constante. A segunda conclusão importante a ser desenvolvida é uma tentativa de correlação entre os índices de internações com a taxa de cobertura da Estratégia de Saúde da Família em cada microrregião no intervalo analisado, como segue abaixo:

Em se tratando da microrregião Extremo Oeste, houve um incremento da cobertura da ESF entre 2013 e 2014 e, após, uma tendência de constância. Em se tratando das internações, percebeu-se que houve, para ambas doenças, uma tendência global de crescimento, talvez devido a um déficit no crescimento da cobertura da ESF durante todo o período analisado. Sobre a microrregião Oeste, a taxa de cobertura da ESF se mostrou ascendente, porém de maneira discreta. Já em se tratando das taxas de internações para ambas condições, houve um crescimento inicial importante e uma estagnação final, mostrando uma potencial relação entre o déficit de aumento significativo na cobertura da ESF e o crescimento das internações durante o período analisado.

Sobre a microrregião de Xanxerê, sobre a cobertura da ESF, houve um processo ascendente, ainda que não tão significativo, porém presente. Sobre as taxas de internações em ambas doenças, o intervalo mostrou um significativo crescimento dos índices, indicando duas potenciais possibilidades que, possivelmente, atuam em conjunto: o crescimento mínimo na cobertura da ESF não foi suficiente para suportar a necessidade de atendimento em baixa complexidade das doenças e, além disso, indica que não somente o crescimento nos índices de cobertura são suficientes para a geração de uma Atenção Primária resolutiva, mas também outros inúmeros fatores, como exemplos: a capacidade de pessoal, infraestrutura material e social, distribuição geográfica das Unidades Básicas, dentre outros mais. Sobre microrregião do Alto Vale do Itajaí, houve um crescimento relativo na taxa de cobertura da ESF, porém, no fim do período, um decréscimo. Ao mesmo tempo, as internações pulmonares apresentam um importante decréscimo e no fim uma tendência de estagnação e as internações renais apresentaram um crescimento global importante. Pensando na resultante ascendente nos índices de cobertura da ESF em tal microrregião, uma explicação para os achados citados acima é que não somente uma cobertura bem estabelecida é suficiente para manter a resolutividade da Atenção Primária, visto que as doenças pulmonares apresentarem relativo decréscimo nas internações, fato este que, de forma geral, não ocorreu com os acometimentos renais na maior parte do período analisado, indicando que a resolutividade da Atenção Primária tem na cobertura da ESF um papel central, mas que, solitariamente, pode não ser completamente suficiente.

Na microrregião da Foz do Rio Itajaí, percebeu-se que a taxa de cobertura da ESF se mostrou abaixo dos índices das demais microrregiões citadas acima com uma importante estagnação nos índices. Contudo, analisando os índices de internação, percebeu-se que a falta de incremento na cobertura da ESF durante os anos não manteve relação com as internações, pois estas não mostraram um comportamento ascendente global durante o

período analisado. Houve picos de internações em alguns anos para ambas as doenças, mas o comportamento geral foi de decréscimo e constância nos índices, mostrando, mais uma vez, que a Estratégia de Saúde da Família depende muito além de uma estratégia meramente quantitativa, ou seja, não depende apenas de números elevados no tocante à cobertura populacional, mas sim de uma logística organizada pautada em ditames econômicos, estruturais e sociais que, de forma interdependente, mostrem-se efetivamente presentes. A microrregião do Médio Vale do Itajaí apresentou discreto crescimento nos índices de cobertura da ESF, praticamente num movimento de estagnação, elevando os índices durante todos os anos do período, mas de maneira discreta. Em se tratando dos índices de internação, percebeu-se que não houve um movimento intenso de crescimento, ainda que, nos acometimentos pulmonares, o fim do período analisado mostre uma tendência de elevação. Entende-se que a manutenção da cobertura da ESF, sem decréscimo, é essencial para tal comportamento que se mostrou, de forma geral, tendendo, ainda que de forma não linear, a um relativo controle. Em associação, a preocupação não somente com uma cobertura elevada, mas também com uma ESF bem desenvolvida em demais fatores é, ao fim, essencial.

A microrregião da Grande Florianópolis mostrou, em se tratando da taxa de cobertura da ESF, um crescimento relativo, ainda que não exponencial, porém importante e longe de ser discreto. No que tange às internações, houve uma diferença entre as duas doenças, em que o comportamento global para as internações por doenças pulmonares foi alternante, apresentando picos de crescimento e, inclusive, uma potencial tendência de crescimento ao fim do intervalo analisado, mas, em contrapartida, um comportamento de constância em se tratando de infecções do rim e trato urinários, mostrando, mais uma vez, que a cobertura minimamente suficiente da ESF se faz importante para evitar aumento nas internações por condições sensíveis à Atenção Primária, mas que somente a cobertura, contudo, acaba por não ser suficiente para tal controle quando vista de forma individual, tanto que para enfermidades distintas, em uma mesma microrregião e, portanto, em se tratando de uma mesma cobertura, os índices de internações foram diferentes entre si. Em se tratando da microrregião do Meio Oeste, a cobertura da ESF mostrou um discreto crescimento que, a nível global, pode ser interpretado como um processo de constância nas taxas. No que tange às internações por ambas doenças, ainda que de forma anárquica no início do período analisado, o comportamento, especialmente da metade para o final do intervalo, mostrou-se em tendência de decréscimo. Tal fator mostra que uma cobertura de ESF sólida, ainda que não em crescimento –, sem perdas durante o intervalo, é essencial para a manutenção e, além disso, que não necessariamente o incremento da cobertura pode ser a solução para melhorar os indicadores de forma solitária, mas sim uma fusão de tal incremento (ou, no mínimo, a manutenção dos valores já existentes) com preocupações também relevantes à geração de uma Atenção Primária resolutive, como a continuidade do cuidado, vínculo entre usuário e equipe, preocupação com o cuidado e não meramente

com a assistência, longitudinalidade do cuidado, dentre outros mais.

Sobre a microrregião do Alto Vale do Rio do Peixe, houve um importante crescimento na cobertura da ESF indicando preocupação do poder público na consolidação da ESF. Nas internações para ambas as doenças, contudo, houve importante aumento dos índices. Tal fato corrobora à necessidade de uma cobertura quantitativamente desenvolvida, mas sem desprezar a infraestrutura qualitativa, pautada em conceitos que regulamentam o SUS, como a integralidade, universalidade e longitudinalidade, profissionais qualificados, engajados e vinculados a comunidade. Em se tratando do Alto Uruguai Catarinense, a cobertura da ESF se mostrou com crescimento discreto. Nas internações para ambas as doenças, houve um comportamento descendente nos índices, mostrando que o zelo pela manutenção da cobertura da ESF.

Sobre a microrregião Nordeste, houve importante crescimento na cobertura da ESF. No que tange às internações para ambas as doenças, percebeu-se um comportamento global de crescimento nos índices, especialmente pulmonar. Percebe-se, novamente, que a ESF não pode ser vista pelo gestor de saúde como solitária pauta a ser desenvolvida, sendo de essencial importância o zelo por uma qualificação do serviço que detenha valores intrínsecos sociais, econômicos e humanos, como a necessidade de continuidade de cuidado, busca pela prevenção, promoção e proteção da saúde, territorialização e ambientação geográfica, qualificação profissional, dentre outros. Na microrregião de saúde do Planalto Norte, percebe-se, na cobertura da ESF, uma tendência de aumento. Nas internações para ambas as doenças, um certo controle dos índices, culminando ao fim numa tendência de elevação, trazendo à tona novamente a necessidade de mesclar a procura por um serviço quantitativamente e qualitativamente bem desenvolvido.

Sobre a microrregião de saúde da Serra Catarinense, houve uma relativa constância nos índices de cobertura da ESF, mesclando ascensão e decréscimo. Sobre as internações, os acometimentos pulmonares apresentaram descendência já os renais apresentaram, após um significativo crescimento, um comportamento de constância. Tem-se a heterogeneidade do processo de cuidado da população na APS, quando os índices de certas doenças aumentam nas internações, já de outras doenças ocorre diminuição, tendo relação intrínseca com a cobertura populacional da Estratégia de Saúde da Família e seus contextos. Na microrregião de saúde do Extremo Sul Catarinense, percebeu-se uma tendência anárquica na cobertura da ESF. Já sobre os índices de internações, os acometimentos pulmonares apresentaram uma tendência de decréscimo, já os acometimentos renais apresentam uma tendência alternante, podendo este último ser resultado da inconstância da cobertura da ESF.

Sobre a microrregião Carbonífera, a cobertura da ESF se mostrou relativamente constante. Nas internações, os acometimentos pulmonares mesclaram um comportamento descendente com certa constância durante todo o período, já os renais se mostram menos uniformes, mesclando períodos de ascendência e descendência. A manutenção

da cobertura neste caso não foi suficiente para períodos de aumento nas internações por doenças renais, sendo essencial a compreensão de que a busca por uma cobertura adequada é indispensável, mas não de forma solitária, devendo prezar por um serviço qualitativamente bem estruturado em todos os âmbitos. A microrregião de saúde de Laguna apresentou valores alterantes no que tange à cobertura da ESF. Sobre as internações, viu-se uma certa elevação uniforme dos índices para acometimentos renais e uma tendência global de diminuição para os acometimentos pulmonares, ainda que neste o final do intervalo analisado indique uma predisposição para o aumento. A falta de uniformidade na cobertura da ESF na microrregião é um fator diferencial para as alternâncias encontradas nas internações.

4 | CONCLUSÃO

Assim, ao fim, percebeu-se pela análise quantitativa dos achados durante o intervalo, que há uma importante relação entre as taxas de internações por condições sensíveis à Atenção Básica e o nível de cobertura da Estratégia de Saúde da Família nas microrregiões, e que alterações nesta influenciam de forma importante os níveis de internações⁵. Contudo, urge o entendimento de que não somente de princípios quantitativos se forma uma Atenção Primária de qualidade e que, portanto, a cobertura da ESF bem estrutura deve ser um ideal a ser colocado em prática, mas não de forma solitária, sendo essencial o zelo por uma APS bem estrutura em outros conceitos que abranjam as questões sociais, humanas, econômicas e geográficas, sejam tais conceitos princípios primos da saúde pública brasileira, como a longitudinalidade, integralidade, continuidade do cuidado, influência dos determinantes sociais na saúde, protagonismo do paciente em seu cuidado, dentre outros, como também o zelo por estruturas qualificadas no que tange aos trabalhadores primários que, na realidade, personificam a roda que permite a movimentação do grande sistema público de saúde brasileiro.

REFERÊNCIAS

1. ALFRADIQUE, Maria Elmira; BONOLO, Palmira de Fátima; DOURADO, Inês; LIMA-COSTA, Maria Fernanda; MACINKO, James; MENDONÇA, Claunara Schilling; OLIVEIRA, Veneza Berenice; SAMPAIO, Luís Fernando Rolim; SIMONI, Carmen de; TURCI, Maria Aparecida. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (projeto icsap - brasil). **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 25, n. 6, p. 1337-1349, jun. 2009. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x2009000600016>.
2. FERNANDES, Viviane Braga Lima; CALDEIRA, Antônio Prates; FARIA, Anderson Antônio de; RODRIGUES NETO, João Felício. Internações sensíveis na atenção primária como indicador de avaliação da Estratégia Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**, [S.L.], v. 43, n. 6, p. 928-936, dez. 2009. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-89102009005000080>.

3. HOMAR, J. Caminal; MATUTANO, C. Casanova. La evaluación de la atención primaria y las hospitalizaciones por ambulatory care sensitive conditions. Marco conceptual. **Atención Primaria**, [S.L.], v. 31, n. 1, p. 61-65, 2003. Elsevier BV. [http://dx.doi.org/10.1016/s0212-6567\(03\)70662-3](http://dx.doi.org/10.1016/s0212-6567(03)70662-3).
4. LIMA, Rita de Cassia Gabrielli Souza. Formação ético-política em Ciências da Saúde e produção de quadros para o Sistema Único de Saúde na conjuntura brasileira. **Rev. Redbioética/unesco**, [s. l], v. 2, p. 93-105, out. 2019. Disponível em: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000373832>. Acesso em: 17 fev. 2020.
5. MACINKO, James; OLIVEIRA, Veneza B. de; TURCI, Maria A.; GUANAIS, Frederico C.; BONOLO, Palmira F.; LIMA-COSTA, Maria F.. The Influence of Primary Care and Hospital Supply on Ambulatory Care–Sensitive Hospitalizations Among Adults in Brazil, 1999–2007. **American Journal Of Public Health**, [S.L.], v. 101, n. 10, p. 1963-1970, out. 2011. American Public Health Association. <http://dx.doi.org/10.2105/ajph.2010.198887>.
6. Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 221, DE 17 DE ABRIL DE 2008**. Brasil, 2008. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2008/prt0221_17_04_2008.html. Acesso em: 17 julho 2020.
7. MORELI, Lucinéia; FILGUEIRAS, Claudia; SCHAEFFER, Maria de Fátima Castilhos; MORRONE, Carla; ANJOS, Irisraquel Maria dos; SAMPAIO, Luis Fernando Rolim; ALBIERI, Flavius Augusto Olivetti; GOULART, Flavio. **Estados Unidos: estudo da lista de Internações por condições sensíveis à atenção básica. In: III Seminário Internacional Atenção Primária Saúde da Família: expansão com qualidade & valorização de resultados: relatório das atividades**. Recife: Ministério da Saúde, 2008. 208 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/III_seminario_atencao_primaria_familia_recife.pdf. Acesso em: 17 jul. 2020.
8. Rede Interagencial de Informação para a Saúde. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações**. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008. 349 p. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/2ed/indicadores.pdf>. Acesso em: 17 jul. 2020.
9. REHEM, Tania Cristina Morais Santa Barbara; EGRY, Emiko Yoshikawa. Internações por condições sensíveis à atenção primária no estado de São Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 16, n. 12, p. 4755-4766, dez. 2011. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232011001300024>.
10. SANTOS, Bruna Vanzella dos; LIMA, Diego da Silva; FONTES, Cor Jesus Fernandes. Internações por condições sensíveis à atenção primária no estado de Rondônia: estudo descritivo do período 2012-2016. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 28, n. 1, e2017497, 2019. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222019000100300&lng=en&nrm=iso. access on 17 Feb. 2021. Epub Jan 24, 2019. <https://doi.org/10.5123/s1679-49742019000100001>.
11. STARFIELD, Barbara. **Primary Care: balancing health needs, services and technology**. New York, N. Y. USA: Oxford University Press, 1998. 726 p. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>. Acesso em: 17 jul. 2020.

ÍNDICE REMISSIVO

A

Ações educativas 7, 104, 167, 168, 171, 172, 176

Acolhimento 17, 23, 28, 30, 78, 81, 82, 83, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 270

Assistência 5, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 41, 42, 48, 58, 59, 60, 65, 80, 86, 89, 93, 94, 95, 108, 121, 122, 123, 124, 140, 164, 193, 223, 225, 228, 229, 230, 239, 253, 262, 269, 298, 314

Atenção primária à saúde 10, 17, 88, 89, 90, 94, 95, 96, 98, 265, 266, 271, 275, 276, 277, 286, 287

Autocuidado 101, 102, 103, 104, 105, 107, 108, 109, 111, 113, 115, 116, 118, 120

Avaliação 17, 27, 30, 48, 63, 94, 99, 100, 108, 115, 116, 121, 122, 123, 126, 141, 152, 164, 166, 167, 171, 173, 184, 196, 210, 211, 221, 222, 223, 226, 227, 228, 230, 244, 250, 265, 269, 272, 291, 292, 302

B

Brasil 6, 7, 8, 9, 10, 11, 18, 20, 21, 22, 25, 26, 27, 28, 31, 37, 40, 48, 50, 56, 58, 59, 65, 85, 89, 90, 94, 95, 96, 103, 104, 107, 108, 112, 115, 116, 119, 124, 126, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 149, 150, 151, 152, 153, 155, 156, 160, 161, 162, 164, 165, 168, 169, 170, 172, 173, 174, 177, 178, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 185, 186, 188, 191, 192, 193, 194, 195, 196, 197, 198, 199, 200, 201, 209, 221, 222, 223, 226, 229, 230, 233, 235, 239, 255, 257, 258, 259, 262, 265, 273, 276, 278, 280, 286, 287, 289, 292, 293, 295, 300, 304

C

Câncer de colo do útero 49, 50, 51, 53, 54, 55, 56

Capacitação profissional 8, 151, 297

Classificação de Risco 87, 88, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 271, 272

Comunicação 2, 5, 6, 7, 29, 35, 45, 83, 145, 168, 310

Condiciones de trabajo 68, 69

Contexto rural 2, 3, 7

Cuidado 2, 5, 6, 7, 17, 25, 28, 30, 32, 42, 44, 45, 48, 78, 79, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 89, 96, 104, 108, 110, 115, 122, 123, 124, 125, 126, 139, 140, 141, 154, 164, 171, 222, 253, 263, 275, 276, 279, 281, 282, 286, 290, 296, 297, 298, 299

Cuidados de enfermagem 8, 28, 30

D

Desigualdades 17, 144, 156, 294

Diagnóstico 19, 30, 62, 144, 145, 146, 149, 150, 151, 152, 159, 160, 167, 172, 179, 180,

181, 184, 185, 188, 191, 193, 195, 196, 218, 250, 251, 252, 266

E

Educação em saúde 2, 4, 6, 7, 17, 19, 65, 169, 171, 173, 266, 271, 272

Empoderamento feminino 1, 2, 3, 5

Enfermagem 8, 19, 20, 23, 24, 25, 26, 28, 30, 31, 32, 48, 57, 86, 90, 92, 99, 100, 103, 104, 108, 109, 111, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 123, 124, 169, 171, 172, 177, 178, 195, 218, 229, 230, 252, 268, 274, 275, 279, 287, 298, 299, 300, 302, 314

Epidemiologia 26, 82, 144, 154, 164, 165

Estilo de vida 101, 102, 104, 105, 106, 107, 110, 111, 113, 114, 116, 117, 118, 119, 295, 304

Exame de papanicolau 49, 57

F

Família 3, 19, 25, 34, 36, 37, 43, 46, 48, 56, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 86, 87, 89, 90, 92, 95, 96, 101, 102, 107, 116, 122, 125, 128, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 145, 151, 167, 172, 173, 176, 177, 265, 273, 274, 277, 281, 287, 288, 290, 308

G

Gestação 10, 33, 34, 36, 38, 43, 46, 47, 183, 191, 223

H

HPV 49, 50, 54, 55, 56

I

Incidência 41, 49, 50, 145, 146, 147, 148, 156, 160, 161, 173, 174, 175, 179, 181, 182, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 195, 214, 215

M

Maternidade 33, 34, 35, 36, 37, 39, 40, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 53, 244

Morte encefálica 121, 123, 124

Mulher 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 43, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 59, 60, 62, 80, 290

P

Perfil de saúde 154

Protagonismo 2, 4, 5, 8, 12, 58, 59, 62, 63, 141, 262

Puerpério 33, 34, 36, 38, 41, 42, 43, 46, 47, 48

Q

Qualidade de vida 42, 60, 79, 83, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 111, 113, 116, 118, 169, 193, 223, 295, 297, 309

R

Resiliência 58, 62

Riesgos laborales 68, 69, 76

S

Salud laboral 68, 69, 71, 76

Saúde 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 35, 38, 41, 42, 43, 45, 48, 49, 50, 51, 52, 55, 56, 57, 60, 63, 65, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 94, 95, 96, 97, 98, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 121, 122, 124, 125, 126, 127, 128, 132, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 144, 145, 146, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 159, 160, 162, 163, 164, 165, 166, 167, 168, 169, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 182, 184, 185, 186, 187, 188, 190, 191, 193, 194, 195, 196, 199, 201, 202, 206, 209, 210, 211, 212, 216, 217, 220, 221, 222, 223, 225, 226, 227, 228, 229, 230, 231, 233, 234, 235, 236, 238, 239, 240, 241, 242, 244, 246, 251, 252, 257, 258, 259, 260, 261, 262, 263, 264, 265, 266, 267, 268, 269, 270, 271, 272, 273, 274, 275, 276, 277, 278, 279, 281, 282, 283, 285, 286, 287, 288, 289, 290, 291, 292, 294, 296, 298, 299, 300, 302, 303, 304, 305, 308, 309, 311, 312, 314

Saúde da mulher 5, 7, 8, 11, 22, 26, 49, 50

Serviço social 7, 30, 78, 79, 80, 81, 83, 84, 85, 86, 121, 123

Sífilis 179, 180, 181, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 194, 195, 196

Sistema de informação 125, 127, 146, 154, 156, 182

T

Tabagismo 102, 106, 119, 145, 150, 159, 166, 167, 168, 169, 171, 172, 174, 175, 176, 177, 178

Tecnologias 60, 65, 78, 79, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 199, 304, 305, 306, 307, 310, 313

Tratamento 7, 29, 31, 32, 51, 65, 100, 118, 126, 144, 145, 146, 148, 150, 151, 152, 153, 154, 156, 159, 161, 162, 163, 164, 167, 171, 172, 175, 176, 177, 178, 179, 181, 183, 185, 188, 191, 193, 194, 196, 197, 199, 208, 209, 210, 218, 233, 236, 245, 251, 259, 278, 294, 295, 296, 297

Tuberculose 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 164, 165

U

Unidade básica de saúde 17, 96, 166, 167, 173, 176, 177, 262, 271

Universitários 101, 102, 103, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 188, 196

Urgência 9, 88, 223, 232, 233, 240

V

Vigilancia del ambiente de trabajo 68




Violência contra a mulher 1, 2, 3, 7, 9, 10, 14, 18, 21, 22, 24, 25, 26, 28, 29, 31, 32, 38

Violência contra mulher 7, 24, 25, 26

Violência doméstica 3, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 25, 27, 28, 31, 60

Violência por parceiro íntimo 8

Violência sexual 10, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32

 www.arenaeditora.com.br
 contato@arenaeditora.com.br
 [@arenaeditora](https://www.instagram.com/arenaeditora)
 www.facebook.com/arenaeditora.com.br

2

Ciências da saúde:

Políticas públicas, assistência e gestão


Atena
Editora
Ano 2021

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

2

Ciências da saúde:

Políticas públicas, assistência e gestão


Atena
Editora
Ano 2021