

Luis Henrique Almeida Castro
(Organizador)



Saúde Coletiva:

Uma construção teórico-prática
permanente

Luis Henrique Almeida Castro
(Organizador)



Saúde Coletiva:

Uma construção teórico-prática
permanente

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

2022 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do texto © 2022 Os autores

Copyright da edição © 2022 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**

Profª Drª Aline Silva da Fonte Santa Rosa de Oliveira – Hospital Federal de Bonsucesso

Profª Drª Ana Beatriz Duarte Vieira – Universidade de Brasília

Profª Drª Ana Paula Peron – Universidade Tecnológica Federal do Paraná

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

Profª Drª Anelise Levay Murari – Universidade Federal de Pelotas

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



Prof. Dr. Cirêno de Almeida Barbosa – Universidade Federal de Ouro Preto
Prof^o Dr^a Daniela Reis Joaquim de Freitas – Universidade Federal do Piauí
Prof^o 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^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 Aderval Aragão – Universidade Federal de Sergipe
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Prof^o Dr^a Juliana Santana de Curcio – Universidade Federal de Goiás
Prof^o Dr^a Lívia do Carmo Silva – Universidade Federal de Goiás
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. Dr. Maurilio Antonio Varavallo – Universidade Federal do Tocantins
Prof^o Dr^a Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma
Prof^o 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^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 Sheyla Mara Silva de Oliveira – Universidade do Estado do Pará
Prof^o Dr^a Suely Lopes de Azevedo – Universidade Federal Fluminense
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



Saúde coletiva: uma construção teórico-prática permanente

Diagramação: Camila Alves de Cremo
Correção: Yaidy Paola Martinez
Indexação: Amanda Kelly da Costa Veiga
Revisão: Os autores
Organizador: Luis Henrique Almeida Castro

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

S255 Saúde coletiva: uma construção teórico-prática permanente / Organizador Luis Henrique Almeida Castro. – Ponta Grossa - PR: Atena, 2022.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-258-0022-6

DOI: <https://doi.org/10.22533/at.ed.226220104>

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

CDD 613

Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166

Atena Editora
Ponta Grossa – Paraná – Brasil
Telefone: +55 (42) 3323-5493
www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br



Atena
Editora
Ano 2022

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

Nesta obra de volume único, a Atena Editora traz ao leitor 19 artigos científicos que aqui estão organizados por sua temática no contexto da saúde pública: o e-book começa com uma reflexão acerca da obsolescência do sistema brasileiro, permeia as estratégias que agentes educacionais têm implementado para contornar os desafios práticos deste campo, contextualiza a saúde pública num panorama epidemiológico e conclui com o relato de ações, projetos e estudos que investigam os impactos da deficiência do sistema nas comunidades e grupos de minoria social no Brasil.

Agradecemos aos autores por suas contribuições técnicas e científicas para este tema e desejamos a todos uma boa leitura!

Luis Henrique Almeida Castro

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1..... 1

A OBSOLESCÊNCIA DA SAÚDE PÚBLICA

Igor Ricardo Fermino Carneiro

Ana Carolina Kurihara

Thiago Alves Hungaro

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.2262201041>

CAPÍTULO 2..... 11

A COMUNICAÇÃO COMO FERRAMENTA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE FRENTE À COVID-19 NA REGIÃO SUL DE SÃO PAULO

Felipe Gargantini Cardarelli

Débora Alcantara Mozar

Paulo Fernando Capucci

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.2262201042>

CAPÍTULO 3..... 17

A EXPERIÊNCIA DE PÓS-GRADUANDOS NO ACOMPANHAMENTO DE GRADUANDOS DO CURSO DE ENFERMAGEM DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19

Priscila Norié de Araujo

Janaína Pereira da Silva

Kisa Valladão Carvalho

Felipe Lima dos Santos

Poliana Silva de Oliveira

Maristel Silva Kasper

Karen da Silva Santos

Gabriella Carrijo Souza

Cinira Magali Fortuna

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.2262201043>

CAPÍTULO 4..... 26

EXPERIÊNCIA DE RESIDENTES EM SAÚDE SOBRE A PRÁTICA DA ATENÇÃO DOMICILIAR NO CAMPO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Ana Carolina de Souza

Vanessa Crisitna da Silva

Eduardo Gabriel Cassola

Daniele Cristina Godoy

Eliana Goldfarb Cyrino

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.2262201044>

CAPÍTULO 5..... 33

TRABALHO DE UM GRUPO DE DOCENTES E SUA SAÚDE OCUPACIONAL EM UMA INSTITUIÇÃO FEDERAL DE ENSINO

Sandra Maria de Mello Cardoso

Lucimara Sonaglio Rocha

Andressa Peripolli Rodrigues

Neiva Claudete Brondani Machado
Marieli Teresinha Krampe Machado
Margot Agathe Seiffert
Rita Fernanda Monteiro Fernandes

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.2262201045>

CAPÍTULO 6..... 44

EPIDEMIOLOGIA E POLÍTICAS PÚBLICAS: DIRETRIZES PARA ELABORAÇÃO DE SERVIÇOS ESSENCIAIS EM SAÚDE

Lilian Barbosa Vieira
Adriano Leite Leônidas

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.2262201046>

CAPÍTULO 7..... 61

ANÁLISE ESPACIAL DO ENVELHECIMENTO POPULACIONAL EM MUNICÍPIOS DO ESTADO DE MATO GROSSO, 2010-2020

Silvano Macedo Galvão
Noemi Dreyer Galvão
Daniel Valentins de Lima
Mário Ribeiro Alves
Marina Atanaka

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.2262201047>

CAPÍTULO 8..... 78

RELATO DE EXPERIÊNCIA DE GESTÃO PARA INTEGRAÇÃO DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA E ATENÇÃO PRIMÁRIA, NAS AÇÕES CONTRA O COVID19

Claudia Walleska Ronaib Silva
Juliana Paula Santos Guarato Leme
Vanessa Leonora Gomes
Raquel Xavier de Souza Saito
Soraia Nogueira Felix

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.2262201048>

CAPÍTULO 9..... 82

TREINAMENTO DE EQUIPES MULTIDISCIPLINARES DURANTE A PANDEMIA COVID 19 COM USO DA SIMULAÇÃO CLÍNICA

Eduardo Guerra Barbosa Sandoval
Kelly Jacqueline Barbosa
Renata Camila Barros Rodrigues
Regina Helena Pires

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.2262201049>

CAPÍTULO 10..... 88

A INSERÇÃO DE TERAPIAS COMPLEMENTARES EM UM CENTRO DE REABILITAÇÃO EM SAÚDE: HUMANIZAÇÃO NO CUIDADO

Fernanda Lopes Bento Xavier
Felipe Costa Battistuzzo

Edna Silva de Araújo de Moraes
Renata Ribeiro Cé
Kethyllin Souza Costa

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.22622010410>

CAPÍTULO 11..... 99

IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA LÍNGUA LIVRE PARA INTERVENÇÃO MULTIDISCIPLINAR EM ANQUILOGLOSSIA DE RECÉM-NASCIDOS NO MUNICÍPIO DE LINHARES-ES, BRASIL

Itamar Francisco Teixeira
Marcela Vieira Calmon
Josirley de Bortoli
Rosiene Conti Feitoza
Manuela de Souza Reis Finamore
Carlos Alberto Fiorot

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.22622010411>

CAPÍTULO 12..... 121

PRIMEIRA USINA DE OXIGÊNIO DA REGIÃO METROPOLITANA DE SÃO PAULO

Paola Darbello da Silva
Miriam Pontes Marreiro
Daniela Caroline do Nascimento Vieira
Tháís de Almeida Miana

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.22622010412>

CAPÍTULO 13..... 124

A PERCEPÇÃO DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS SOBRE A ESPIRITUALIDADE E SUA COLABORAÇÃO NA QUALIDADE DE VIDA

Marília Beatriz Silva Almeida
Luciane Maria Linhares Da Conceição
Liana Dantas da Costa e Silva Barbosa
Maria Enoia Dantas da Costa e Silva

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.22622010413>

CAPÍTULO 14..... 135

A REPERCUSSÃO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NA MÍDIA BRASILEIRA

Gabriella Silva Nascimento
Patrycia Kelly Pereira
Veluma Lara Andrade Santos Magalhães
Nayara dos Santos Rodrigues
Walquiria Lene dos Santos

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.22622010414>

CAPÍTULO 15..... 148

INVISIBILIDADE DA VIOLÊNCIA LGBTFÓBICA NOS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE DO BRASIL: MODELO TEÓRICO DE COMPREENSÃO

Fernando Virgílio Albuquerque de Oliveira

Liandro da Cruz Lindner
Raimunda Hermelinda Maia Macena

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.22622010415>

CAPÍTULO 16..... 156

O IMPACTO DOS PROGRAMAS GOVERNAMENTAIS NA REDUÇÃO DA MORTALIDADE FETAL EM HOSPITAIS DE SALVADOR

Giulia Lira Alves
Leticia Barletta Reis Pitanga
Lucas Silva Varjao
Luciana Maria de Araujo Moura
Marcel dos Santos Gonçalves
Mariana Cruz da Silveira
Monique Dantas Correia
Brasil, M. Q. A.

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.22622010416>

CAPÍTULO 17..... 163

PERCEÇÃO DE USUÁRIOS E PROFISSIONAIS ACERCA DAS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS E A REALIZAÇÃO DO TESTE RÁPIDO

João Felipe Tinto Silva
Larayne Gallo Farias Oliveira
Marks Passos Santos
Billy Petterson Moreira Taborda
Emanuel Osvaldo de Sousa
Liliane Maria da Silva
Cristian Dornelles
Joycianne Ramos Vasconcelos de Aguiar
Robson Feliciano da Silva
Sabryna de Sousa Morais
Geycilane Siqueira da Silva
Francisco Israel Magalhães Feijão
Gustavo Henrique dos Santos Soares

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.22622010417>

CAPÍTULO 18..... 172

PREVENÇÃO AO CÂNCER DE BOCA NO MUNICÍPIO DE LINHARES-ES, BRASIL: O RELATO DE UM PROGRAMA DE APOIO EM SAÚDE BUCAL

Itamar Francisco Teixeira
Marcela Vieira Calmon
Josirley de Bortoli
Rosiene Conti Feitoza

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.22622010418>

CAPÍTULO 19..... 185

VIOLÊNCIA FINANCEIRA CONTRA MULHERES: UMA CARACTERIZAÇÃO DOS CASOS

NOTIFICADOS NO ESPÍRITO SANTO

Franciéle Marabotti Costa Leite

Gracielle Pampolim

Elisa Aparecida Gomes de Souza

Luiza Eduarda Portes Ribeiro

Ajhully Alves Ribeiro

Márcia Regina de Oliveira Pedroso

Esmeraldo Costa Leite

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.22622010419>

SOBRE O ORGANIZADOR..... 194

ÍNDICE REMISSIVO..... 195

CAPÍTULO 1

A OBSOLESCÊNCIA DA SAÚDE PÚBLICA

Data de aceite: 01/03/2022

Data de submissão: 09/02/2022

Igor Ricardo Fermino Carneiro

Centro Universitário Municipal de Franca – Uni-
FACEF
Franca-SP
<http://lattes.cnpq.br/6694836656491900>

Ana Carolina Kurihara

Centro Universitário Municipal de Franca – Uni-
FACEF
Franca-SP
<https://orcid.org/0000-0003-4448-752X>

Thiago Alves Hungaro

Centro Universitário Municipal de Franca – Uni-
FACEF
Franca-SP
<https://orcid.org/0000-0002-0273-3545>

RESUMO: Objetivo: Demonstrar o acontecimento lento e gradativo do desmonte do Sistema Único de Saúde e identificar a obsolescência do sistema público de saúde brasileiro diante do seu contexto histórico. **Revisão Bibliográfica:** Há 30 anos de implantado no Brasil, hoje questiona-se se o SUS está de fato consolidado, pois constata-se uma dificuldade de infraestrutura pública e comprometimento do acesso universal, seja pela falta de planejamento, insuficiência de montagens de redes na regionalização ou mudanças de modelos da atenção à saúde. Assim, desde a formação, percebe-se que o Estado vem desmontando o SUS, quer

por falta de recursos investidos no setor da saúde, por descasos governamentais ou pela ausência de luta da sociedade civil pelos seus direitos universais, o que resulta em uma era de desmonte do SUS. **Considerações finais:** Conclui-se que o SUS atualmente é visto como um produto mercantil, dado como moeda de troca pelos governantes tornando-se obsoleto. Assim, com subfinanciamento mascarado iniciou-se a fragilização e fragmentação do SUS desde sua criação.

PALAVRAS-CHAVE: Sistema de Saúde Pública, Saúde Pública, Política de Saúde e Política Pública.

THE OBSOLESCENCE OF PUBLIC HEALTH

ABSTRACT: To demonstrate the slow and gradual occurrence of the dismantling of the SUS and to identify the obsolescence of the Brazilian public health system in its historical context.

Review: It has been implemented in Brazil for 30 years and is questioned whether the SUS is consolidated, since there is a difficulty in public infrastructure and universal access, either due to lack of planning, insufficient network facilities in regionalization or changes in care models. Thus, since its formation, the State has been dismantling the SUS, either due to lack of resources invested in the health sector, due to negligence of the government or due to the absence of the civil society struggle for its universal rights, resulting in an to dismantle the SUS. **Considerations:** It concludes that SUS is currently seen as a commercial product, given as a bargaining chip by the government, becoming obsolete. Thus,

with masked under-financing, the weakening and fragmentation of the SUS began since its creation.

KEYWORDS: Unified Health System, Public health, Health Policy and Public Policy.

1 | INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde está implantado no Brasil há 30 anos, no entanto, a maior questão é se existe consolidação do mesmo, pois, atualmente é possível constatar dificuldade de infraestrutura pública e comprometimento do acesso universal, seja pela falta de planejamento ou insuficiência de montagens de redes na regionalização, ou ainda de mudanças de modelos da atenção à saúde (PAIM JS, et al., 2018).

Antes da criação do sistema de saúde pública brasileiro, não havia o conceito de promoção de saúde, apenas de prevenção, administrada pelo Ministério da Saúde (MS) como uma medida universal, sem nenhuma diferença sobre o modo de distribuição dos beneficiários. O conhecimento desta medida era escasso para a maior parte da população, talvez por falta de auxílio em divulgação da mesma, o que implicava em medo e desconforto para sociedade, principalmente para população menos favorecida (AGUIAR, 2015).

O Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), originado da fusão entre os institutos de aposentadorias e pensão, que posteriormente se mantiveram como INPS, permitiam à população ter maior acesso à saúde, devido aos benefícios que os trabalhadores de carteira assinada possuíam e seus dependentes, o que ainda não garantia saúde universal. As políticas públicas e sociais implantadas no Brasil podem ter se baseado em um modelo construtivista e assistencial para toda a população, sem exceções, garantindo as principais diretrizes do SUS: equidade, universalidade e integralidade (AGUIAR, 2015).

Paulo Freire evidencia em seus estudos que o sistema é baseado em ação-reflexão-ação (JUNIOR, EIDT, 2011; TEIXEIRA, et al., 2017). Dessa forma, conclui-se que a criação do SUS tenha sido a primeira ação ideológica, não de forma coletiva, mas sim para que nos próximos 30 anos fosse pensado um conjunto de direitos à toda população, de forma reflexiva, para que depois dessa idealização, pudesse ser feito a última ação, o desmonte do Sistema mais bem fundamentado do mundo, tornando o SUS, então, mais uma vítima do mercado capitalista devastador (PAIM JS, et al., 2018). Assim, Freire tinha a perspectiva correta, entretanto, os aplicadores de sua ideia é que a distorceram dentro do contexto da saúde pública.

Na perspectiva histórica, houve um tempo em que tudo era construído para se manter, evitando que se quebrasse, ou que objetos, propostas e mercadorias fossem construídos e mantendo-se utilizáveis o máximo de tempo possível. Entretanto, com o processo de globalização e até mesmo do próprio capitalismo que avançava, os grandes empresários começaram a visar a obsolescência, ela se tornaria programada, para que o

lucro fosse superior à qualidade do produto. Essa foi a nova proposta mercantil dentro do avanço da globalização e que se mantém em ascensão até os dias atuais, garantindo que o capitalismo fique cada vez mais enraizado na vida da população (JUNIOR, EIDT, 2011).

Dessa forma, entre a década de 80 e 90, o Brasil passava pelo fim da ditadura militar e início de uma era um pouco mais libertadora. O surgimento de um Sistema de Atenção à Saúde para toda a população, pós período de represália da mesma, seria um grande avanço para o país (PAIM JS, et al., 2018).

A grande questão é: já não existia o início de uma proposta mercantil e que em exatos 30 anos posteriores seria desconstruída, incluindo o SUS no mercado capitalista?

O presente artigo tem por objetivo, utilizando uma revisão bibliográfica, demonstrar o acontecimento lento e gradativo do desmonte do SUS e identificar a possível obsolescência do sistema público de saúde a partir da demonstração do desmonte do SUS no contexto histórico.

2 | REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

O SUS está implantado, porém não consolidado. Existem dentro do conceito de evolução do Sistema, alguns eixos que o sustentam e outros que o fragilizam, mas ao serem colocados em análise criteriosa, percebe-se que os valores positivos se sobressaem aos negativos, garantindo a existência do SUS por 30 anos (PAIM JS, et al., 2018).

Os valores como igualdade, democracia e emancipação estão presentes na Constituição, sustentada pela Reforma Sanitária Brasileira que é o principal pilar positivo do SUS (MENICUCCI, 2014). Entretanto, existem outros sustentadores positivos, dentre eles: rede de institucionalização acadêmica, sistemas de vigilância em saúde, Estratégia de Saúde da Família (ESF) e a capacidade de informação a partir das notificações existentes (AGUIAR, 2015). Porém, o sistema só não é perfeito porque existem alguns fatores contrários aos direitos dos usuários, sendo o individualismo, governos ideologicamente diferentes, resistência de alguns profissionais de saúde, oposição da mídia, interesses econômicos e financeiros ligados à benefícios empresariais, donos de alguns planos privados de saúde e algumas indústrias farmacêuticas (PAIM, 2018).

E são esses pontos negativos que abalam a estrutura e a administração do SUS, garantindo que o subfinanciamento crônico, que afirma a estrutura dos gastos públicos movidos pelo Produto Interno Bruto (PIB), seja evidenciado como um boicote passivo, mascarado pela política atual e se tornando cada vez mais presente no contexto social. No entanto, atualmente tem ganhado força a construção do boicote ativo, sustentado pelo privilégio do setor privado com subsídios, desoneração e sub-regulação, distanciando cada vez mais do SUS constitucional e democrático desenvolvido no contexto da Reforma Sanitária Brasileira (PAIM, 2018).

Através da Reforma Sanitária em 1988, foram dados os primeiros passos do

nascimento do SUS, entretanto, um ano após essa conquista importante para o país, em 1989, os investimentos na saúde foram cada vez menores, sendo possível observar agravamento no governo Collor, quando a saúde se tornou mais esquecida, e passou a focar atenção da saúde nos chamados atendimentos aos “descamisados” (AGUIAR, 2015; CONASEMS, 2016).

O termo “descamisados” fazia referência à população que residia na periferia das cidades, com precárias condições de vida, em primeira análise parecia uma boa atitude do presidente em questão, apesar de descumprir dois dos mais importantes princípios do SUS, a equidade e universalidade. Esse governo estabeleceu uma extensiva rede de serviços, em sua política, com custos mais baixos a essa população, porém, ainda não podendo atingir as necessidades dessas pessoas (AGUIAR, 2015).

Como se não fosse bastante toda a depredação que o SUS estava recebendo, em 1993 a crise foi agravada, através da proposta Emenda Constitucional (EC) PEC 169, que propunha 30% mínimo fornecido pelo Orçamento da Seguridade Social e 10% da receita de impostos a União, Estados e municípios, para financiamento da saúde. Entretanto, esse repasse de verbas, não estava acontecendo fielmente, levando o governo a decretar Estado de Calamidade Pública (SÓTER, et al., 2016).

Diante da situação em que a Saúde Pública era encontrada, foram apresentadas algumas propostas de emendas parecidas com a PEC 169 na tentativa de salvar o SUS, mas não houve um sucesso evidente (SÓTER, et al., 2016).

Em 2000 foi promulgada a EC-29 que estabeleceu a divisão do investimento em saúde pública entre as três esferas do governo (PAIM, 2018; CONASEMS, 2016). E assim, estabeleceu-se que o Estado investiria no mínimo 12%, municípios, 15% e a União o montante aplicado pela correção do PIB do ano anterior (AGUIAR, 2015).

Em 2015, foi estabelecida na EC nº 86/2015 a regra de vinculação dos recursos federais para a saúde, fazendo com que o piso deixasse de ser calculado pela variação do PIB, para ser obtido através da receita líquida (RCL) da União. Trata-se de uma ideia que tendia a ser benéfica, no entanto, o Brasil passava por uma grave crise e isso resultou em um dos passos principais e importantes para o desmonte do SUS (SÓTER, et al., 2016).

Em 2011, no governo de Dilma Rousseff, houve um reforço da saúde pública, com implantação de novos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), organizando gestões com mais valorização do setor médico. Apesar do problema do subfinanciamento, encontrado há 12 anos persistir, houveram medidas para priorizar a saúde, como surgimento dos Planos de Ações para Enfretamento de Doença Crônica Não transmissível (DCNT) com objetivo de ações por mais de 10 anos e melhoras nos setores da Atenção Básica (AB), como hipertensão, diabetes, acidente vascular encefálico, doenças cardiovasculares e outras (BRASIL, 2013).

Além disso, outros dois programas ganharam destaques nesse governo, seja na proposta de reparar danos ou apoio popular. Primeiramente, o Programa de Valorização

do Profissional da Atenção Básica (PROVAB), que tinha como intuito valorizar as áreas mais precárias do país, através da valorização da equipe multiprofissional das ESF, sendo possível a evolução de assistência nas regiões mais necessitadas (BRASIL, 2013). Em segundo, colocou-se em prática a Política Nacional de Alimentação e Nutrição do SUS, garantindo o acesso da população a uma alimentação digna (BRASIL, 2013; REIS CR, et al., 2018).

Embora a ampliação tenha acontecido, o subfinanciamento era persistente, mesmo que de maneira mais branda (BRASIL, 2020). Ainda no seu primeiro mandato, a então presidente mostrou-se ativa nas mudanças na saúde, entretanto, em sua reeleição, o governo passou a ser direcionado a setores mais econômicos, na tentativa de resolver as questões levantadas no Movimento Passe Livre (MPL) de 2013, resultando na falta de credibilidade do governo na saúde popular (BRASIL, 2020).

Em 31 de agosto de 2016, um novo governante assumiu a presidência do Brasil após o impeachment da sua antecessora. Na noite do dia 26/10/2016, foi aprovada a Proposta de Emenda Constitucional (PEC) 241. No início, os malefícios que essa emenda traria em tantos setores e ao povo brasileiro, não foram percebidos. A saúde foi um dos grandes afetados por esse congelamento de gastos durante 20 anos (CONASEMS, 2016).

A despesa da União com a Associação dos Servidores da Previdência Social (ASPS) será a mesma no período de 20 anos (2016-2036), junto a isso, há o aumento do desemprego, queda da renda e abandono das redes suplementares de saúde, fazendo com que as pessoas recorram ainda mais ao SUS, por isso, os investimentos deveriam ser maiores nesse momento e não diminuídos ou congelados (CONASEMS, 2016; SÓTER, et al., 2016).

Alguns projetos ao longo da história foram fortalecendo a saúde pública brasileira, como o surgimento do Programa Mais Médicos, criado através da medida provisória nº 621, publicada em 8 de julho de 2013 e regulamentada em outubro do mesmo ano pela Lei nº 12.871, após um amplo debate público junto à sociedade, assim como no Congresso Nacional. O acordo com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e o governo de Cuba permitiu a inserção de médicos generalistas e médicos de família e comunidade, visando ampliar a cobertura em diversas áreas do país, que apresentavam grave falta de profissionais médicos, como regiões de difícil acesso, ribeirinhas e indígenas (BRASIL, 2013).

Assim, com a mudança de governo em 2019, com viés de direita e liberal, houve a necessidade de uma nova implementação para que fosse complementado o serviço assistencial de saúde a população menos favorecida, sendo que o acordo com Cuba foi desfeito. Dessa forma, foi criada a Lei 13.958/2019, que inseria o novo programa Médicos pelo Brasil, que substituiria o então Mais Médicos, criado e mantido por governos anteriores. A grande diferença entre esses dois programas, é que para o mais recente objetiva a necessidade de um processo seletivo estruturado, com caráter eliminatório e

classificatório, pleiteando médicos residentes na especialidade de Medicina de Família e Comunidade, uma vez que para o programa Mais Médicos esse requisito não se fazia necessário, não sendo uma obrigatoriedade (BRASIL, 2013; BRASIL 2019).

O objetivo do novo programa, portanto, segue o mesmo propósito, que é a prestação de serviços à população de forma universal, porém, atualmente visa atender prioritariamente a população com menor acesso a saúde ou com perfil de maior vulnerabilidade, em especial centro-oeste, norte e nordeste do país e não mais o preenchimento de vagas destinadas a municípios de todos os perfis (BRASIL, 2013; BRASIL 2019). Para o governo federal, o novo programa seria um estímulo maior para ampliar a formação de Médicos de Família e Comunidade, no entanto, não permitiu a manutenção de médicos cubanos que já pertenciam ao antigo programa. Além disso, a lei garante ao poder Executivo a possibilidade de instituir um serviço social autônomo, sendo a Agência para o Desenvolvimento de Atenção Primária à Saúde (Adaps), que seria a responsável pela então seleção dos novos médicos atuantes, por meio do processo seletivo estruturado, além desse sistema promover desenvolvimento de tecnologias assistenciais, de gestão e ensino e pesquisa na área médica (BRASIL, 2019). Dessa forma, entre disputas ideológicas e mudanças favoráveis, mantiveram-se projetos direcionados a saúde pública.

Recentemente, o Brasil passa por um período histórico traçado mundialmente, a Pandemia do Coronavírus (COVID 19). Mesmo com as diversas precariedades encontradas no SUS, esse sistema é o grande responsável por evitar que a pandemia tenha atingido proporções ainda maiores em âmbito nacional. Comprovadamente, temos cerca de 45 mil equipes de saúde da família atuando em 40 mil UBS, bem como 4.700 hospitais públicos e conveniados, todos atuando de maneira síncrona e adequada para que as sequelas dos danos governamentais não se tornem maiores do que a efetividade do sistema. Diante disso, é importante ressaltar que, mesmo com todas as vulnerabilidades e distorções que serão objetos de críticas, o SUS constitui-se, nesse momento difícil e dramático, o mais efetivo protetor da saúde, com responsabilidades de minimizar a maior crise sanitária em mais de um século (FALAVIGNA, 2020; BRASIL, 2019).

Um dos problemas crônicos da fundamentação do SUS se deve ao subfinanciamento, que é usado como o principal discurso mascarado para o mal funcionamento do Sistema, e a essa justificativa dá-se o nome de “boicote passivo”. Entretanto, hoje há conhecimento sobre o reconhecimento do Estado em privilegiar o setor privado com subsídios, com apoio da Caixa Econômica Federal e do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social, e esta ação é reconhecida como “boicote ativo” (PAIM, 2018).

Esse tem sido um dos principais elementos chave para o desmonte do SUS, por promover um descarte do Sistema que não atende mais as expectativas de um governo pautado pelo capitalismo, muitas vezes, selvagem. Porém, essa ameaça ainda se encontra mascarada, pois acaba sendo escondida pelas filas de espera intermináveis, por falta de acesso aos medicamentos e falta de profissionais, fazendo com que esse problema da

privatização da saúde pública seja cada vez mais articulado, entretanto de forma camuflada a ponto de ninguém perceber o desmonte acontecer, e, dessa forma, torna-se menos investigada e problematizada (PAIM, 2018). Prova disso, se deve ao crescente número de contratos com convênios médicos particulares, entre a população com maior condição financeira (SÓTER, et al., 2016).

As clínicas populares de atenção à saúde surgiram a partir da década de 1990, sendo instauradas nas principais cidades do Brasil, tais como: São Paulo, Rio de Janeiro, Salvador, Belo Horizonte, Fortaleza, Curitiba, Manaus, Recife, Porto Alegre e Belém. Essas cidades tiveram maior investimento nesses setores por se tratarem de polos comerciais e econômicos, mas ao mesmo tempo com maior índice de população necessitada de assistência à saúde, ou seja, áreas carentes e periféricas (BRASIL, 2020; ALMEIDA, et al., 2018).

As clínicas populares surgiram com o intuito de uma maior universalização do sistema de saúde, porém de uma maneira mais barata de acesso à atendimentos básicos de saúde e realização de exames simples para que mais pessoas pudessem ser beneficiadas, agilizando muitas vezes o diagnóstico; porém os casos mais complexos acabam tendo que recorrer ao SUS ou serviços particulares (IBGE, 2019; ALMEIDA, et al., 2018). Esse sistema funcionaria apenas como uma porta de entrada, inviabilizando o processo de longitudinalidade e vínculo que o sistema público brasileiro oferece, em especial da atenção básica, além de não ter conexão direta com o SUS, o que dificultaria o seguimento de alta e média complexidade desses pacientes de forma efetiva (IBGE, 2019; BRASIL, 2009; SOUZA ML, et al., 2013). Entretanto, mesmo com tais apontamentos, a procura torna-se cada vez maior devido a idealização de um atendimento particular de maior qualidade que o SUS (SOUZA ML, 2013; RAMIRES, 2007).

Outra consequência bastante importante do desmonte do SUS ocorreu no início do mês de julho de 2019, quando foram rompidos contratos com sete laboratórios públicos nacionais pelo Ministério da Saúde, dentre eles: Biomanguinhos, Butantã, Bahiafarma, Farmanguinhos e Furp. Esse feito resulta em suspensão da produção de 18 tipos de medicamentos e uma vacina que eram distribuídos gratuitamente pelo SUS, afetando mais de 30 milhões de dependentes desses remédios (BRASIL, 2020).

Dentre as conquistas do SUS, a ESF teve seu destaque perante a sua importância em ações com as comunidades carentes, principalmente no assistencialismo básico aos usuários cadastrados. Com o subfinanciamento, o corte de medicamentos, bem como a iniciativa de uma saúde cada vez mais privatizada, a AB vai perdendo cada vez mais força. Assim a ESF busca atender às necessidades e promover a qualidade de vida da população brasileira, sendo a porta de entrada da Atenção Básica, porém essa via de acesso parece estar com os dias contados, segundo a política do governo atual, associado à somatória trazida pelos governos anteriores (AGUIAR, 2015).

A fragmentação do SUS visa atender a população economicamente mais integrada

dentro do sistema ou até mesmo independente por meio de seus convênios privados. Por fim, os novos governantes do país acreditam que o suplemento à saúde (convênios) deve se tornar a condição primordial para o acesso a saúde da população, porém, isso novamente quebra os princípios básicos do SUS, universalidade e integralidade, sendo que cerca de 60% da população depende de alguma forma do sistema e cerca de 30% são dependentes exclusivos desse serviço público (AGUIAR, 2015).

3 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante dos diversos momentos históricos que ocorreram desde a criação do SUS, esse sistema vem sendo tratado como um produto mercantil, dado como moeda de troca pelos governantes. O SUS, como todas as mercadorias que enfrentaram o processo de globalização, tornou-se programado para durar pouco, obsoleto, dessa forma iniciou-se a fragilização e fragmentação. Isso ocorre devido as condutas de governantes, que violam os direitos contidos na Constituição, uma vez que a saúde é um direito de todos e um dever de o Estado fornecê-la. Assim, a responsabilização não é apenas de um governo, mas de todos que mantiveram o subfinanciamento mascarado, o sucateamento das estruturas de saúde, a falta de continuidade das boas políticas públicas quando da troca de poderes/gestão, dentre diversos outros fatores. Para que o SUS não desmorone e torne-se apenas um registro histórico, de uma política pública extremamente eficiente na teoria e de difícil aplicabilidade prática, o governo precisa adequar o financiamento, traçar fluxos de reavaliação continuados, corrigir e adaptar quando necessário, valorizar os profissionais e cuidar para que os princípios originais sejam seguidos, priorizando a saúde como bem coletivo.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Zenaide Neto. SUS Sistema Único de Saúde - antecedentes, percursos, perspectivas e desafios. 2ª ed. São Paulo: Martinari; 2015; 272p.

ALMEIDA, Raquel; BARBOSA, José Geraldo; MATTOSO, Cecília. Inovação em clínicas populares de saúde: um estudo de múltiplos casos na região do extremo sul da Bahia. Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde 2018; 15(1):64-81.

BRASIL. Biblioteca Virtual em Saúde. Galeria de Ministros da Saúde. Ministério da Saúde. 2020. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/galeria-dos-ministros/>. Acessado em 20 de julho de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde divulga diretrizes para tratamento medicamentoso de pacientes. Ministério da saúde: Agência Saúde. 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/arquivos/orientacoes-manuseio-medicamentoso-covid19-pdf>. Acessado em 25 de maio de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. 2013. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm. Acessado 30 de dezembro de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. 2019. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/L13958.htm. Acessado em 30 de dezembro de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios. 3ª ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde. 2009. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_az_garantindo_saude_municipios_3ed_p1.pdf. Acessado em 25 de julho de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Painel de casos de doença pelo coronavírus 2019 (COVID-19) no Brasil pelo Ministério da Saúde. Brasília: DATASUS. 2020. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>. Acessado em 15 de agosto de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_alimentacao_nutricao.pdf. Acessado em 20 agosto de 2020.

BRASIL. Normativos e orientações para as contas de 2019. Brasília: Tribunal de Contas da União. 2019. Disponível em: <https://portal.tcu.gov.br/contas/contas-e-relatorios-de-gestao/normativos-e-orientacoes-para-as-contas-de-2019.htm>. Acessado em 25 de julho de 2020.

BRASIL. Programa Mais Médicos – Dois anos: Mais saúde para os Brasileiros. Ministério da saúde: Agência saúde. 2015. Disponível em: http://maismedicos.gov.br/images/PDF/Livro_2_Anos_Mais_Medicos_Ministerio_da_Saude_2015.pdf. Acessado em 20 de julho de 2020.

BRASIL. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais. Ministério da Saúde. 2020. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relacao_medicamentos_rename_2020.pdf. Acessado em 18 de dezembro de 2021.

CONASEMS. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Proposta Emenda Constitucional 241 - O desmanche do SUS. 2016. Disponível em: https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2016/10/images_PEC_241_NOTA_CC_21jun16.pdf. Acessado em 25 de julho de 2020.

FALAVIGNA, Maicon; et al. Diretrizes para o tratamento farmacológico da COVID-19. Consenso da Associação de Medicina Intensiva Brasileira, da Sociedade Brasileira de Infectologia e da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. Revista Brasileira de Terapia Intensiva 2020; 32(2):166-196.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde 2019 – Ciclos da Vida. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101846.pdf>. Acessado em 17 de dezembro de 2020.

JUNIOR, Edinaldo; EIDT, Paulino. O consumo de massa: a obsolescência programada na sociedade contemporânea. Revista Grifos. 2011; 30:13-25.

MENICUCCI, Telma Maria. História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual. História, Ciências e Saúde 2014; 21(1):77-92.

PAIM, Jairnilson. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. Ciência e Saúde Coletiva 2018; 23:1723-1728.

RAMIRES, Júlio Cesar. Cidades médias e serviços de saúde: algumas reflexões sobre os fixos e os fluxos. In: Sposito MEB. Cidades médias: espaço em transição. 1ª ed. São Paulo: Expressão Popular. 2007. p. 173-186.

SÓTER, Ana Paula; REIS, Ademar; FURTADO, Lumena; PEREIRA, Silvana. Tudo a temer: financiamento, relação público e privado e o futuro do SUS. Saúde Debate 2016; 40(especial): 122-135.

TEIXEIRA, Elizabeth; FERREIRA, Darlisom; MEDEIROS, Horácio et al. A boniteza de ensinar e aprender na saúde. Revista de Enfermagem UFSM 2017; 7(2): 347-349.

ÍNDICE REMISSIVO

A

Análise espacial 61, 62

Anquiloglossia 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 114, 116, 118, 119, 120

Atenção primária à saúde 6, 18, 26, 27, 28, 31, 32, 74, 111, 116, 164, 166, 167

C

Câncer de boca 172, 173, 175, 177, 178, 179, 180, 181

Comunicação 11, 12, 13, 15, 21, 22, 23, 29, 53, 91, 92, 93, 94, 126, 131, 135, 138, 145, 146, 148, 152

Coronavírus 6, 9, 19, 27, 82, 83, 86, 122

COVID-19 9, 11, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 22, 23, 24, 27, 32, 78, 79, 80, 82, 83, 84, 86, 87, 109, 121, 122, 123, 172, 173, 179

D

Demografia 62

E

Enfermagem 10, 17, 18, 20, 21, 23, 24, 25, 26, 29, 32, 33, 42, 77, 78, 84, 87, 112, 113, 124, 125, 127, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 146, 162, 163, 167, 170, 179, 185, 193

Ensino 6, 18, 19, 20, 23, 24, 25, 33, 36, 37, 39, 40, 42, 83, 90, 95, 96, 126, 145, 193, 194

Envelhecimento 61, 62, 63, 64, 65, 66, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 77, 89, 124, 125, 131, 133, 190

Equipe multidisciplinar 89, 96, 97, 103, 113, 115, 177

Espiritualidade 124, 125, 127, 129, 130, 132, 133, 134

Estresse 20, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 95

H

Humanização 13, 88, 97, 136, 143, 144, 145, 151, 158

I

Infecções sexualmente transmissíveis 163, 164, 165, 166

Instituição de longa permanência 124, 126

M

Mídia 3, 104, 135, 137, 139, 140, 142, 143, 177

Minorias sexuais 148, 149

Mortalidade fetal 156, 157, 158, 162

O

Obsolescência 1, 2, 3, 9

P

Pandemia 6, 12, 13, 14, 15, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 27, 29, 78, 79, 80, 82, 83, 84, 85, 86, 90, 109, 114, 121, 122, 145, 172, 179

Política de saúde 1, 48, 57

Políticas públicas 2, 8, 44, 46, 47, 48, 49, 50, 52, 53, 54, 56, 62, 63, 72, 73, 74, 75, 76, 141, 143, 148, 149, 150, 154, 155, 158, 178, 193

Pós-graduação 17, 19, 20, 21, 25, 33, 36, 61, 135, 148, 185, 194

Q

Qualidade de vida 7, 35, 41, 42, 43, 51, 73, 74, 89, 92, 93, 96, 103, 104, 111, 124, 125, 127, 128, 129, 130, 133, 179, 180, 189, 193

R

Residência médica 29

S

Saúde bucal 111, 112, 118, 119, 172, 173, 177, 178, 179, 180, 181, 182, 183

Saúde física 125, 128, 132, 136

Saúde ocupacional 33, 35

Saúde pública 1, 2, 4, 5, 6, 7, 11, 17, 32, 42, 44, 45, 47, 49, 50, 51, 52, 53, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 74, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 84, 119, 122, 124, 133, 137, 141, 145, 148, 155, 158, 164, 165, 169, 171, 172, 174, 178, 182, 183, 186, 192

Simulação clínica 82, 83, 84, 85, 86, 87

Sistemas de informação em saúde 50, 59, 148, 149, 151, 153

U

Usina de oxigênio 121, 122, 123

V

Vigilância em saúde 3, 20, 52, 76, 78, 79, 81, 148, 150, 158, 179, 192

Vigilância epidemiológica 44, 78, 79, 80, 81

Violência 135, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 193

Violência financeira 185, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 193

Violência obstétrica 135, 136, 137, 138, 139, 140, 142, 143, 144, 145, 146, 147



Saúde Coletiva:

Uma construção teórico-prática
permanente



Saúde Coletiva:

Uma construção teórico-prática
permanente