

CIENCIAS DE LA **SALUD:**

Oferta, acceso y uso 2



Jhonas Geraldo Peixoto Flauzino

(Organizador)

Atena
Editora
Ano 2022

CIENCIAS DE LA **SALUD:**

Oferta, acceso y uso 2



Jhonas Geraldo Peixoto Flauzino

(Organizador)

Atena
Editora
Año 2022

Editora chefe

Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Editora executiva

Natalia Oliveira

Assistente editorial

Flávia Roberta Barão

Bibliotecária

Janaina Ramos

Projeto gráfico

Bruno Oliveira

Camila Alves de Cremona

Daphynny Pamplona

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-Não-Derivativos 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. Cirênio 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 Emídio da Silva – Universidade Federal Rural de Pernambuco



Ciencias de la salud: oferta, acceso y uso 2

Diagramação: Camila Alves de Cremo
Correção: Flávia Roberta Barão
Indexação: Amanda Kelly da Costa Veiga
Revisão: Os autores
Organizador: Jhonas Geraldo Peixoto Flauzino

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

C569 Ciencias de la salud: oferta, acceso y uso 2 / Organizador Jhonas Geraldo Peixoto Flauzino. – Ponta Grossa - PR: Atena, 2022.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-258-0225-1

DOI: <https://doi.org/10.22533/at.ed.251222505>

1. Ciencias de la salud. I. Flauzino, Jhonas Geraldo Peixoto (Organizador). II. Título.

CDD 613

Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166

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



DECLARAÇÃO DOS AUTORES

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

A coleção “Ciencias de la salud: Oferta, acceso y uso 1 e 2” reúne diversas obras da área da saúde, com apresentação de artigos que visam contribuir para o ensino e a pesquisa. No bojo dos objetivos acrescenta-se a transferência de conhecimento, o atendimento de demandas sociais, gerando crescimento e desenvolvimento dos setores públicos e privados.

Nessa senda, espera-se que a presente coleção possa contribuir com o crescimento e desenvolvimento dos serviços de saúde, tendo como meta a melhoria constante da saúde da população. Os capítulos retratam temas estudados, escritos no intuito de contribuir com profissionais de saúde, em seu cotidiano.

Não pretendemos esgotar a discussão relativa aos temas aqui tratados e esses temas não constituem a totalidade dos assuntos que a Saúde Coletiva recobre. Nem seria possível, a curto prazo, reunir todos os colegas que fazem e são referências no campo. Por isso, a presente coletânea não tem fim programado porque pressupõe permanente revisão e atualização. Esse é o sentido de uma coletânea de Saúde, uma vez que traduz um campo dinâmico, complexo, plural e exigente, porque vivo!

A expressão latina “Ad Verum Ducit”, quer dizer que o conhecimento é a luz que ilumina o caminho do saber que revela a verdade. Nesse sentido, a Atena Editora, se configura como uma instituição que permite a expressão da verdade, ao oferecer uma plataforma consolidada e confiável para os pesquisadores exporem seus resultados.

Cabe a vocês, privilegiados interlocutores de nosso empreendimento, a leitura, a crítica e a grandeza de transformar em conhecimento pessoal e social os subsídios que lhes oferecemos.

Que o entusiasmo acompanhe a leitura de vocês!

Jhonas Geraldo Peixoto Flauzino

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1..... 1

FATORES CAUSADORES DE RUÍDOS NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA DE UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA DE PERNAMBUCO

Fernando Ramos Gonçalves

Jorgelito Chaves Monteiro

Edina de Oliveira Lima

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.2512225051>

CAPÍTULO 2..... 9

CONHECIMENTO DOS ACADÊMICOS DA ÁREA DA SAÚDE ACERCA DA INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA

Débora Fernanda Colombara

Bruna Langelli Lopes

Thalita Luiza Madoglio

Laura Giulia Adriano Borges

Nathalia Domingues de Oliveira

Simone Buchignani Maigret

Michelle Cristine de Oliveira Minharro

Patrícia Elda Sobrinho Scudeler

Gianfábio Pimentel Franco

Marcos Aurélio Matos Lemões

Marcio Rossato Badke

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.2512225052>

CAPÍTULO 3..... 23

LOS BENEFICIOS DE LA ACTIVIDAD FÍSICA EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

Marcos Elpidio Pérez Ruiz

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.2512225053>

CAPÍTULO 4..... 35

MÉTODO CANGURU COMO FACILITADOR DO CUIDADO AO RECÉM-NASCIDO PREMATURO

Karoline Karam Guibes Kunzler

Alessandra Cristina de Paula Faria Zampier

Tatiana da Silva Melo Malaquias

Camila Couto Bernardo

Fabiana Melo da Silva

Marília Daniella Machado Araújo Cavalcante

Raphaella Rosa Horst Massuqueto

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.2512225054>

CAPÍTULO 5..... 47

ENFERMAGEM FRENTE AOS CUIDADOS PALIATIVOS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Eveline Vaz de Almeida Pinheiro

Emiliana Maria Grandó Gaiotto

Alexandre Roberto Gaiotto
Jessica Alessandra Pereira
Samoel Mariano
Anelvira de Oliveira Florentino
Elienai de Farias Gama Siqueira
Carla Alessandra Barreto

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.2512225055>

CAPÍTULO 6..... 69

O USO DE MEDIDAS NÃO FARMACOLÓGICAS PARA ALÍVIO DA DOR NEONATAL

Camila Couto Bernardo Dalchiavon
Alessandra Cristina de Paula Faria Zampier
Tatiana da Silva Melo Malaquias
Karoline Karam Guibes Kunzler
Fabiana Melo da Silva
Marília Daniella Machado Araújo Cavalcante
Raphaella Rosa Horst Massuqueto

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.2512225055>

CAPÍTULO 7..... 81

O USO DO LÚDICO PARA ORIENTAÇÃO DOS SINAIS DA DISFAGIA INFANTIL: UMA EXPERIÊNCIA COM CUIDADORES

Lisiane Silva Carvalho Sacramento
Kallyne Ferreira Souza
Laiane da Silva Oliveira
Damares Mendes Rosa

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.2512225057>

CAPÍTULO 8..... 92

PERFIL DAS PESSOAS COM DOENÇAS CARDIOMETABÓLICAS: REVISÃO INTEGRATIVA

Mágila Maria Feijão da Costa
Illeanne de Jesus Manhiça da Costa Silva
Luana Silva Vidal
Thamires Sales Macêdo
Francisco Marcelo Leandro Cavalcante
Pedro Warlley Vasconcelos Moreira
Lívia Moreira Barros

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.2512225058>

CAPÍTULO 9..... 104

POTENCIAL ANTIMICROBIANO DE VENENOS OFÍDICOS CONTRA BACTÉRIAS DE IMPORTÂNCIA MÉDICA

Beatriz Ticiani Vieira Pereira
Gustavo Henrique Migliorini Guidone
Daiana Silva Lopes
Sérgio Paulo Dejato da Rocha

Cristiani Baldo

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.2512225059>

CAPÍTULO 10..... 114

PREDIÇÃO DA SEVERIDADE DA COVID-19 ATRAVÉS DE MARCADORES DE INFLAMAÇÃO E HEMATOLÓGICOS

Alice de Sá Ferreira
Alessandra Costa de Sales Muniz
Carla Déa Trindade Barbosa
Karina Donato Fook
Mônika Machado de Carvalho
Déborah Rocha de Araújo Gomes
Maria Fernanda Lima Bertolaccini
Ana Cléa Cutrim Diniz de Moraes
Marilde Abreu Diniz
Malene Lima Gomes Sodré
Andrea Texeira de Carvalho
Sally Cristina Moutinho Monteiro

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.25122250510>

CAPÍTULO 11 128

SÍNDROME DE BURNOUT COMO FACTOR DE RIESGO PARA LA SALUD EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN HIDALGO

Rosario Barrera Gálvez
Claudia Teresa Solano Pérez
José Arias Rico
Olga Rocío Flores Chávez
Gwendolyne Samperio Pelcastre
María Teresa Sosa Lozada

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.25122250511>

CAPÍTULO 12..... 139

SITUACION DE SEGURIDAD DE PERSONAS ADULTAS MAYORES INSTITUCIONALIZADAS SEGÚN FACTORES EXTRINSECOS DE CAÍDAS. BARRANQUILLA (COLOMBIA)

Olga Suárez Landazábal

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.25122250512>

CAPÍTULO 13..... 148

TRAJETÓRIA DA ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER NO BRASIL: DOS PROGRAMAS AS POLÍTICAS

Sheila Cristina de Souza Cruz
Eliane de Fátima Almeida Lima
Márcia Peixoto César
Karla Crozeta Figueiredo
Rita de Cássia Duarte Lima
Cândida Caniçali Primo

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.25122250513>

CAPÍTULO 14..... 162

UM DIÁLOGO ENTRE O GIZ E A LOUSA ELETRÔNICA: A EXPERIÊNCIA DO CURSO DE GESTÃO E ATUALIZAÇÃO EM SALA DE VACINAS NA MODALIDADE DIGITAL

David Gomes Araújo Júnior
Bruna Fontenele de Menezes
Gevanildo Paulino Aguiar
Joaciara Nogueira Sales
Antônia Larissa de Mirando Cardoso
Jordânia Marques de Oliveira Freire
Roberta Magda Martins Moreira
Angélica Paixão de Menezes

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.25122250514>

CAPÍTULO 15..... 173

VIOLÊNCIA NO TRABALHO DOS PROFISSIONAIS QUE ATUAM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Kaciane Boff Bauermann
Letícia de Lima Trindade
Rosana Amora Ascari
Maiara Daís Schoeninger

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.25122250515>

SOBRE O ORGANIZADOR..... 189

ÍNDICE REMISSIVO..... 190

TRAJETÓRIA DA ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER NO BRASIL: DOS PROGRAMAS AS POLÍTICAS

Data de aceite: 02/05/2022

Sheila Cristina de Souza Cruz

Enfermeira. Doutoranda em Saúde Coletiva do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva na UFES – PPGSC

Eliane de Fátima Almeida Lima

Enfermeira. Professora no PPGSC da Universidade Federal do Espírito Santo – UFES

Márcia Peixoto César

Enfermeira. Doutoranda em enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery- UFRJ

Karla Crozeta Figueiredo

Enfermeira. Professora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná – UFPR

Rita de Cássia Duarte Lima

Enfermeira. Professora no PPGSC da Universidade Federal do Espírito Santo – UFES

Cândida Caniçali Primo

Enfermeira. Professora no PPGSC da Universidade Federal do Espírito Santo – UFES

RESUMO: Objetivo: descrever a trajetória histórica dos principais programas e ações estratégicas para a atenção à saúde da mulher e seus indicadores. **Metodologia:** revisão narrativa, o processo de coleta do material foi realizado de forma não sistemática no período de abril de 2021 a julho de 2021. Foram pesquisadas as bases de dados: *Medline, Lilacs, repositório da Scielo e sites* oficiais do Ministério da Saúde.

O banco de dados foi sendo complementado com materiais indicados por especialistas na temática. Por fim, estes materiais foram lidos na íntegra, categorizados e analisados criticamente.

Resultados: observou-se uma descentralização dos serviços públicos iniciado pelo Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e consolidado pela Política de Atenção à Saúde da Mulher; houve ampliação das ações e serviços, aprimoramento dos indicadores de saúde e fortalecimento da atenção primária no país com políticas mais abrangentes. **Conclusão:** Apesar de todos os esforços, o desafio continua a ser a garantia do acesso das mulheres a todos os níveis de atenção à saúde e integração das ações e serviços, e ainda o planejamento local e monitoramento dos indicadores para promover a redução de agravos e óbitos evitáveis.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde da mulher, programas e políticas de saúde, história, indicadores de saúde, cuidado em saúde.

ABSTRACT: Objective: to describe the historical trajectory of the main programs and strategic actions for women's health care and their indicators. Methodology: narrative review, the material collection process was carried out in a non-systematic way from April 2021 to July 2021. The following databases were searched: Medline, Lilacs, Scielo repository and official websites of the Ministry of Health. The database was supplemented with materials indicated by specialists in the subject. Finally, these materials were read in full, categorized and critically analyzed. Results: there was a decentralization of public services initiated by the Comprehensive

Assistance Program for Women's Health and consolidated by the Policy for Attention to Women's Health; there was an expansion of actions and services, improvement of health indicators and strengthening of primary care in the country with more comprehensive policies. Conclusion: Despite all efforts, the challenge remains to guarantee women's access to all levels of health care and integration of actions and services, as well as local planning and monitoring of indicators to promote the reduction of diseases and preventable deaths.

KEYWORDS: Women's health, health programs and policies, history, health indicators, health care.

INTRODUÇÃO

As mulheres constituem a maioria da população brasileira, ou seja, 51,8% do total de 214.335.223 milhões de habitantes estimados. Tradicionalmente as mulheres são protagonistas como usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS), sejam para cuidarem de si mesmas, bem como acompanhar os filhos ou as pessoas que estejam sob seus cuidados. As mulheres são um importante segmento social para as políticas de saúde pública, por sua importância numérica e pelas lutas históricas de busca pela redução das desigualdades de gênero (IBGE, 2022; SOARES, 2017; COSTA, 2009).

Ao longo dos últimos anos o país teve avanços importantes para melhorar a saúde das mulheres, a expectativa de vida feminina dobrou desde 1950. Com início do processo de redemocratização do país, os movimentos feministas já buscavam igualdade nas leis e políticas públicas que inserissem as relações de gênero, os debates sobre as desigualdades nas relações de trabalho (COSTA, 2009). No entanto, a expectativa de vida saudável não aumentou no mesmo ritmo, em especial nos grupos populacionais de nível socioeconômico inferior (OPAS, 2018).

Com a descentralização dos serviços públicos voltados ao cuidado à mulher, surge o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que abrange as ações de contracepção com assistência, segurança, autonomia da mulher e direitos reprodutivos com a incorporação da mulher como sujeito ativo no cuidado da sua saúde (BRASIL, 2007).

De acordo com Lansky et al (2002); Costa (1999), a atenção à saúde da mulher, na história das políticas de saúde no Brasil, ficou reduzida em grande medida aos parâmetros da atenção materno-infantil. Os estudos sobre a mortalidade perinatal e infantil em geral evidenciaram que a abordagem tradicional não é adequada nem à proteção da saúde da infância, nem para reduzir a mortalidade materna, pois a maioria dos óbitos são considerados evitáveis e poderia ser prevenido com a melhoria da assistência pré-natal, ao parto e ao recém-nascido.

Na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), o Ministério da Saúde (MS) incorporou o enfoque de gênero, a integralidade e a promoção da saúde como princípios norteadores e busca consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar, na

atenção ao abortamento inseguro e no combate à violência doméstica e sexual (BRASIL, 2011).

A fim de conhecer a trajetória dos programas e políticas da saúde da mulher, este estudo apresenta-se com objetivo de descrever a trajetória histórica dos principais programas e ações estratégicas para a atenção à saúde da mulher e seus indicadores.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão narrativa acerca da evolução das políticas de saúde da mulher no Brasil, apresentando seus aspectos históricos referentes aos programas e políticas voltadas ao cuidado à mulher, apontando os principais indicadores de saúde.

A busca foi realizada nas bases de dados LILACS, MEDLINE, por meio da Biblioteca Virtual em Saúde e, repositório da *Scielo* e sites oficiais. O processo de coleta do material foi realizado de forma não sistemática no período de abril de 2021 a julho de 2021. O banco de dados foi sendo complementado com materiais indicados por especialistas na temática. Os descritores adotados foram “saúde da mulher”, “programas e políticas de saúde”, “história da saúde da mulher”, “cuidado em saúde”, “indicadores de saúde”. Os artigos localizados foram selecionados por meio do resumo, aqueles cujo conteúdo apresentava o contexto histórico, características da implantação dos programas e políticas.

Por fim, estes materiais foram lidos na íntegra, categorizados e analisados criticamente. A amostragem final resultou na organização da linha do tempo dos acontecimentos, demonstrando os cenários de lutas, avanços e desafios para a organização das ações de saúde da mulher no SUS, bem como os indicadores referentes a política de saúde da mulher.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A evolução histórica das Políticas de Atenção à Saúde da Mulher

Pode-se dizer que as políticas públicas relacionadas à saúde da mulher, até a implantação do Programa de Atenção Integral de Saúde da Mulher (PAISM) em 1984, se materializavam em programas de cunho de proteção materno-infantil. Isto ocorreu porque neste período a identidade social da mulher era construída como predominantemente da mulher “mãe”. Neste sentido a saúde da mulher estava voltada a reprodução e ao binômio-mãe e filho (SAFFIOT, 1988; PEDROSA, 2005).

Nos anos 20 e 30 a mulher era exaltada como uma figura pura e submissa, neste sentido o olhar para sua saúde estava voltado para a procriação com foco no cuidado biológico e reprodutivo, mãe, doméstica e responsável pelo cuidado com os filhos. Mas, na metade da década de 30 observou-se um processo gradativo de algumas conquistas sociais, econômicas e jurídicas, e por isso, se iniciou discussões sobre a situação da mulher

e de sua saúde na época (BUSTORFF, 2010).

Na década de 40 foi instituído o primeiro órgão governamental que se voltou exclusivamente para saúde materna infantil, o Departamento Nacional da Criança (DNCR). As diretrizes deste órgão para a saúde materno infantil estavam voltadas as ações para proteção a maternidade, infância e adolescência. A proteção à maternidade estava focada na procriação. O órgão foi bem ativo nos estados, chegando em 1966, apenas com dois estados que não tinham serviços públicos de proteção a mãe e a criança (CANESQUI, 1967).

Em meio à atuação do DNCR, surge o MS em 1953, que passa a coordenar a assistência materna infantil a nível nacional. As ações voltadas para a saúde da mulher continuaram na perspectiva materna infantil (BRASIL, 2012). Na década de 50 o Brasil sofreu forte expansão dos “Estados de Bem Estar Social” (*WelfareState*) sob influência da Europa, que se direcionavam as políticas com o propósito de fazer das mulheres às “melhores mães”, e a maternidade tinha um papel importante para a sociedade à época (UFMA, 2014).

Na década de 60 com forte pressão americana, o Brasil adota uma política na saúde da mulher baseada no controle da natalidade. Pois, a pressão internacional visava controlar o crescimento populacional principalmente nos países pobres, vistos com grande perigo e ameaça pelo aumento populacional. Enquanto em países da Europa, como a França o consumo das pílulas anticoncepcionais aconteceu apenas em 1967, já no Brasil a pílula e o dispositivo intrauterino foram comercializados sem nenhuma restrição no início da década de 60 (SILVA, 2019).

Na década de 70 as ações de saúde para as mulheres eram ações restritivas e reprodutivas focadas no controle da natalidade, fato amplamente criticado pelos movimentos de esquerda e dos conservadores. Nesta década após recomendação da Organização Mundial da Saúde surge o Programa Nacional de Saúde Materno Infantil (PNSMI) com vistas a reduzir a morbimortalidade materna e perinatal, com base no processo reprodutivo feminino, com ações estratégicas voltadas ao pré-natal, parto e puerpério, bem como ao cuidado as crianças menores de 5 anos (COSTA, 2009; BRASIL, 2016; SOARES, 2017).

Este programa como os anteriores, foi implementado na perspectiva verticalizada, com metas estipuladas pelo governo federal, longe das necessidades dos estados e municípios, apresentando-se normativos e prescritivos, produzindo como desfechos à fragmentação da assistência à mulher. Neste período, no que tange a saúde da mulher, o PNSMI favoreceu as especializações médicas, a tecnificação, a concentração de médicos em grandes centros, ficando o interior desassistido, ampliando a prática hospitalar. Além disso, estimulou as práticas médicas curativas em detrimento das preventivas no cuidado à mulher (BRASIL, 2016; MARQUES, 1978).

Foi a partir da iniciativa do PNSMI que o governo federal começou a ofertar ações e serviços na área da reprodução, com ênfase na prevenção da gravidez de alto risco. Foi criticado pelo movimento feminista brasileiro por considerar a saúde da mulher somente em

seu papel maternal deixando de lado as especificidades femininas (COELHO; LUCENA; SILVA, 2000).

Neste contexto em 1977, foi criado o Programa de Prevenção da Gravidez de Alto Risco (PPGAR), que ofertava contracepção às mulheres com gestação de risco. Esta iniciativa do MS foi entendida como estratégia destinada ao controle da natalidade, face aos critérios de risco determinados, estando relacionados ao controle de nascimentos entre populações pobres e negras (COSTA, 1999).

Segundo Costa (1999), o MS realizou a mobilização de vários professores das universidades brasileiras para formular diretrizes do programa, ou seja, especialistas que atuavam na temática da saúde da mulher e envolvidos nas discussões sobre a saúde reprodutiva. As reações sociais contrárias à perspectiva do programa levaram ao seu arquivamento, e resultou em problemas políticos entre esse grupo de médicos e o MS.

Somente no final da década de 70, por meio dos movimentos feministas e contestações na saúde, tendo como pano de fundo as discussões da reforma sanitária, iniciou-se mudanças no campo da saúde da mulher. Alguns pontos passaram a ser defendidos, como a regulação da fecundidade como direito de cidadania, contrário aos interesses controlistas, e a saúde da mulher abrangendo aspectos além do biológico-reprodutivo, mas sim de forma integral (COELHO, LUCENA e SILVA, 2000).

Pode-se dizer que as políticas brasileiras desdobradas em programas referentes à saúde da mulher elaborados nas décadas de 20 a 70, demonstravam uma visão restrita sobre a mulher, e se baseavam na questão biológica-reprodutiva (BRASIL, 2007).

Vale ressaltar que, a década de 70 foi importante no campo da saúde da mulher, pois, por meio das discussões da Reforma sanitária e a regulamentação do SUS houve o fortalecimento dos cuidados primários, pois a Reforma sanitária deu bases políticas e técnicas para a elaboração do PAISM (COSTA, 1999).

Nas próximas décadas de 80 e 90, mudanças significativas aconteceram no campo da saúde da mulher no Brasil, como o lançamento do documento “Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases de ação programática”, este documento serviu de base para o PAISM. Neste programa foram incorporadas as lutas do ideário feminista no sentido de uma ruptura ao modelo materno-infantil para uma proposta de atenção integral à saúde da mulher (BRASIL, 1984; 2008; OSIS, 1998).

Face às lutas contestatórias, reforma sanitária e movimento feminista viabilizou-se por meio deste programa o surgimento da integralidade a saúde da mulher (CANESQUI, 1984; OSIS, 1998).

Em 21 de junho de 1983, o MS propõe a criação do PAISM. Para isso, foi constituída uma comissão multidisciplinar com a responsabilidade de elaboração do programa e suas bases doutrinárias, bem como as normas técnicas que seriam adotadas, na Assistência Integral à Saúde da Mulher redirecionando a política de saúde do PAISM para além da visão biologicista e reprodutora (OSIS, 1998; BRASIL 1984; SOBRINHO, 1993).

Neste novo programa incluiu-se as ações educativas, preventivas, além de diagnóstico, tratamento e recuperação, ampliou a assistência à mulher no que tangia a clínica ginecológica, pré-natal, parto e puerpério, além da assistência ao climatério, planejamento familiar, doenças sexualmente transmitidas, câncer de colo de útero e mama (BRASIL, 1984).

Com a promulgação da Constituição de 1988 e do SUS, a saúde tornou-se, um direito de todos e passou a ser um dever do Estado, devendo ser conduzida na perspectiva da universalidade, integralidade, equidade, por meio de serviços descentralizados, hierarquizados e regionalizados e com a participação comunitária (BRASIL, 1988; AGUIAR, 2011).

Neste contexto, o PAISM foi beneficiado com a Constituição Federal e implantação do SUS. Apesar disto, apresentou dificuldades quanto sua implantação no país. O Programa não aconteceu como havia sido programado, e as várias atividades que deveriam ser realizadas na saúde da mulher, se mantiveram focadas em demandas relacionadas à contracepção, atenção à gravidez e ao parto, enquanto a prevenção e controle do câncer ginecológico e mamário ficaram em segundo plano (SEPÚLVEDA, 2000; BRASIL, 2008).

Inicialmente o programa visava assistir somente mulheres na faixa etária dos 15 aos 49 anos, mas com a pressão dos movimentos feministas, o MS sentiu-se pressionado e aderiu às propostas, abrangendo outras faixas etárias (BRASIL, 2012; CRUZ, 2015).

O PAISM deu bases teóricas à Lei Federal nº 9.263 de 12 de janeiro de 1996, que foi instituída para garantir o direito ao planejamento familiar a todo o cidadão, oferta de métodos e técnicas de concepção e contracepção cientificamente aceitas e garantidas a liberdade de opção, além da permissão voluntária a laqueadura sob determinadas condições (BRASIL, 1996).

Ainda na década de 90 e passando para a década de 2000, foram instituídas pelo MS as Normas Operacionais Básicas (NOB) e Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS), onde por meio delas foram municipalizados os serviços e ações de saúde, além das transferências de recursos financeiros percapita do nível federal para os municípios. Foi por meio da NOAS as ações básicas mínimas de atenção à saúde da mulher foram implementadas, se consolidando com a NOB 96, que instituiu o município como executor das ações de saúde. Além disso, estabeleceu o pacto dos indicadores da APS agregando indicadores de processo e resultado (BRASIL, 1996; 2006; 2011; COELHO, 2000).

Nesta década, ocorria uma ampla expansão da atenção básica e composição das equipes de saúde da família no país, instituindo o Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF), cujo objetivo principal era estimular a conversão do modelo de atenção básica e expandir a cobertura populacional da saúde da família nas grandes cidades brasileiras. Com isso, a intenção de instituir o monitoramento e avaliação dos indicadores fez parte da agenda de modernização da capacidade de gestão e do cuidado nos serviços de saúde (SOUSA, 2018).

A partir deste período, exigiram-se melhorias na formulação de políticas públicas na atenção, vigilância e nas bases de informações para sustentação à tomada de decisão clínica e de gestão.

Vasconcelos et al (2017), registrou a importância de avançar na atenção à saúde da mulher por meio da intersectorialidade e interdisciplinaridade, com organização do processo de trabalho conjunto para atender as demandas dos diferentes grupos de mulheres somando esforços para reconhecer as vulnerabilidades sociais e atividades que reduzissem as desigualdades sociais e de gênero a fim de promover a saúde das mulheres, sendo está uma aposta para romper desafios históricos.

Nesta trajetória histórica o SUS tem passado por constantes transformações, com o esforço permanente de gestores, técnicos e usuários, a fim de buscar serviços mais efetivos. Vale ressaltar que, as ações voltadas à saúde da mulher acompanharam os debates do processo de organização da política nacional de atenção básica, bem como a política de saúde da mulher (SOARES, 2017).

O SUS completou 31 anos de existência e busca atender mais de 190 milhões de pessoas sendo que 80% desta população depende desse sistema. Pode-se destacar os indicadores de mortalidade de mulheres e gestantes como sendo um permanente desafio para o sistema de saúde no Brasil, sendo imperativo as mudanças estratégicas desse cenário. Os estudos do MS (2020); e Nobre e Souza (2021), no período de 1996 a 2018, registraram 39 mil mortes maternas no Brasil. Entre os anos de 2017 e 2018, a razão de mortalidade materna reduziu 8,4%, ao passar de 64,5 para 59,1. Apesar da significativa redução, a mortalidade materna permanece alta e é considerada uma violação dos direitos humanos, por ser evitável em 92,0% dos casos.

Embora, o MS tenha implantado a Rede Cegonha, o Plano de Redução da Mortalidade Materna e na Infância por Causas Evitáveis e a Estratégia Zero Morte Materna por Hemorragia, as taxas de mortalidade maternas ainda são elevadas, logo deve-se repensar a efetividade das políticas voltadas à saúde da mulher, mesmo com os avanços históricos até aqui delineados (NOBRE; SOUZA, 2021; BRASIL, 2020; MAMEDE; PRUDÊNCIO, 2015).

Ao analisar nas últimas décadas a qualidade da atenção à saúde da mulher no ciclo da gestação, do parto e do puerpério, segundo os dados do MS (2019), verificou-se que 26,4% das mulheres não tiveram acesso ou o acesso foi inadequado ao pré-natal; 55,7% dos nascimentos foram por cesariana; a taxa de prematuridade ainda é superior a 10% dos nascimentos; foram registrados em torno de 49 mil casos de sífilis materna, com 25.377 casos de sífilis congênita, dos quais 37,8% foram diagnosticados tardiamente – no momento do parto ou após o parto. As estratégias para melhoria desses indicadores requerem mudanças assistenciais e organizacionais dos serviços de atenção à saúde, convocando esforços contínuos dos profissionais e gestores envolvidos.

No contexto de reformulação das políticas abrangentes evidenciou-se a necessidade

de avaliar os impactos das ações e monitorar os indicadores de saúde. Assim, a identificação do impacto das ações e programas por meio do monitoramento dos indicadores de saúde é crucial, sendo necessário que as equipes e gestores acompanhem as ações por meio dos indicadores relacionados à saúde da mulher (MAMEDE; PRUDÊNCIO, 2015).

Indicadores de saúde para o contexto da atenção à saúde da mulher

Com a Política Nacional da Atenção Básica atualizada em 2017, os sistemas de informação e novas ferramentas tecnológicas para a Atenção Primária à Saúde (APS) foram asseguradas, gerando a necessidade de gestores e equipes da APS conhecer e monitorar os indicadores atrelados a essa população específica. Frente a todos os avanços e dificuldades no campo do cuidado à saúde da mulher, sabe-se que a atenção integral às reais necessidades ainda é um desafio para a consolidação das políticas públicas editadas no país (BRASIL, 2018; COELHO, 2003).

A APS é o local preferencial de acesso da atenção à saúde da mulher, tanto no seu acolhimento e das famílias, como na resolução de suas necessidades nas diversas fases do ciclo de vida. Logo, conhecer os hábitos de vida, acolher e verificar suas condições de saúde, desenvolver atividades educativas, individuais ou coletivas articulando com os demais pontos de atenção do SUS é crucial (UFMA, 2017).

Vale ressaltar que, para um melhor monitoramento dos indicadores, das ações e dos cuidados à saúde da mulher, as equipes de saúde da APS devem reconhecer e compreender as reais necessidades para atenção integral, estimulando o empoderamento destas mulheres, além de ofertarem serviços com objetivos específicos e estratégicos para atender as diretrizes do PNAISM e do planejamento das ações de saúde pública (GUSSO, LOPES, 2012; BRASIL, 2011).

Para isso, o planejamento local e o monitoramento dos indicadores de saúde podem embasar a tomada de decisão de gestores e equipes, possibilitando melhorar a saúde deste grupo populacional e reduzir as desigualdades injustas e evitáveis (OPAS, 2018).

Assim, usar ferramentas tecnológicas que facilite a reorganização do processo de trabalho das equipes, diagnóstico territorial, promovendo o uso das informações geradas e a aplicabilidade dos indicadores de saúde é essencial para o fortalecimento da APS e das ações estratégicas da saúde da mulher.

Os indicadores de saúde devem servir como norte para gestores e equipes nos serviços de saúde, a fim de favorecer a vigilância das condições de saúde, acompanhamento das informações prioritárias, tomada de decisão e reflexão da situação sanitária para avaliação e planejamento de saúde direcionando os processos de trabalho (RIPSA, 2008). Desta forma, acompanhar os indicadores facilita o conhecimento de características da população e sua evolução ao longo do tempo identificando grupos com maiores necessidades de saúde (UFMA, 2017; RIPSA, 2008).

Em 1998, foi instituída a Portaria Ministerial nº. 3.925 do Pacto de Indicadores da

Atenção Básica que vigorou até 2006. Foram priorizadas as áreas estratégicas e seus indicadores: saúde da criança, saúde da mulher, controle da hipertensão e da diabetes, controle da tuberculose, eliminação da hanseníase, saúde bucal e indicadores de ações gerais (BRASIL, 2006).

Em 2002, para facilitar essas pactuações, o MS disponibilizou um aplicativo – Sistema de Pactuação (SISPACTO) numa plataforma eletrônica para acompanhamento dos indicadores, objetivos, diretrizes e metas pactuadas da saúde da mulher e APS. As pactuações passaram a ser realizadas por este sistema, substituindo as que eram realizadas de forma tripartite, sendo publicadas em tempo real pela internet (DANTAS, 2013).

Em 2006, foi instituída a Portaria/GM nº 399 do Pacto pela Saúde, que foi um instrumento formal de negociação entre gestores municipal, estadual e federal, com indicadores e metas acordados previamente, a partir de três componentes: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS, vigorando no país pelo período de 2006 a 2012, com os indicadores de redução da mortalidade infantil e materna, redução da mortalidade por câncer de colo de útero e da mama (MULLER, 2019; BRASIL, 2016; DANIEL, 2013; BRASIL, 2006).

A partir de 2011, instituiu-se o Decreto nº 7.508 com Diretriz para a Promoção da atenção integral à saúde da mulher e da criança e implementação da Rede Cegonha, com ênfase na população mais vulnerável sendo pactuado entre os entes federativos do SUS. (BRASIL, 2011).

Os indicadores de saúde da mulher pactuados ao longo do tempo foram: razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos; proporção de parto normal, proporção de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal, número de testes de sífilis por gestante, número de óbitos maternos, proporção de óbitos maternos investigados, proporção de óbitos de mulheres em idade fértil investigados, proporção de óbitos maternos em mulheres indígenas investigados, proporção de óbitos de mulheres indígenas em idade fértil investigados, número de casos novos de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade (BRASIL, 2016).

Em 2019, por meio do Programa Previne Brasil, os indicadores de saúde da mulher pactuados foram: proporção de gestantes cadastradas pela equipe de atenção básica; média de atendimentos de pré-natal por gestante cadastrada, proporção de gestantes que iniciaram o pré-natal no 1º trimestre, proporção de gestantes com pré-natal no mês, proporção de gestantes com vacina em dia, razão entre exames citopatológicos do colo do útero, proporção de gestantes acompanhadas por meio de visitas domiciliares (VILLELA, 2020). Além destes, também foram avaliados os indicadores: razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos, proporção de parto normal no SUS e na saúde suplementar, proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias de 10 a 19 anos; e número de óbitos maternos (BRASIL, 2019; 2016).

De acordo com Villela (2020) para que ocorra efetividade na aplicabilidade dos

indicadores de saúde, faz-se necessário ampliar o conhecimento dos sistemas de informação, fontes e formas de registro por gestores e equipes. Além disto, devem elaborar e conhecer os indicadores a serem trabalhados no território. Nesta direção, a implantação de políticas estratégicas e inovadoras na APS poderá facilitar o gerenciamento desses indicadores de forma oportuna para planejamento local.

Assim, ao se pensar em um rol de indicadores relacionados à saúde da mulher, e na APS deve-se pensar em indicadores que ultrapassem as questões reprodutivas e materno-infantil como historicamente vinham sendo reforçadas, e sim, que sejam capazes de mensurar as novas realidades instituídas na saúde da mulher e na qualidade da atenção que deve ser ofertada.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao término do presente estudo, foi possível verificar que a política de atenção à saúde deve ser priorizada, haja vista que a condição assistencial no SUS garante programas específicos para tal, assim como a Rede Cegonha, o Programa Saúde da Mulher, entre outros.

O cuidado à saúde da mulher pressupõe planejamento, monitoramento e avaliação dos indicadores de saúde voltados à prática clínica na APS e na gestão, de modo a viabilizar acesso, integralidade e equidade às mulheres que necessitam do sistema de saúde.

Assim, medidas e ações que propiciem desenvolvimento de acesso às informações de forma oportuna, exata e segura para equipes e gestores são práticas que precisam ser estimuladas junto aos serviços, apresentando-se como uma dimensão fundamental para inovar e dinamizar processos de trabalho na atenção à saúde.

Os gestores, as equipes e os usuários da APS precisam continuar buscando soluções para os desafios do cotidiano, visando à ampliação do acesso e o fortalecimento das ações de saúde da mulher na APS.

De maneira geral o estudo apontou a evolução histórica no cuidado em saúde da mulher, refletindo um amadurecimento no processo de trabalho dos serviços e dos sistemas municipais de saúde e sua adaptação às políticas e normas. Apesar de todos os esforços, o desafio continua a ser a garantia do acesso das mulheres a todos os níveis de atenção à saúde e integração das ações e serviços, e ainda o planejamento local e monitoramento dos indicadores para promover a redução de agravos e óbitos evitáveis.

FINANCIAMENTO

Pesquisa financiada pela Fundação de Amparo a Pesquisa do Espírito Santo. EDITAL FAPES/CNPq/Decit-SCTIE-MS/SESA N° 25/2018 – PPSUS

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Z. N. **SUS: Sistema Único de Saúde – antecedentes, percurso, perspectivas e desafios. São Paulo. 1ª ed.** Martinari, 2011.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde/ Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico** 20, v. 51, 2020,

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.222, de 10 de dezembro de 2019.** Dispõe sobre os indicadores do pagamento por desempenho, no âmbito do Programa Previne Brasil. Diário Oficial da União 2019; 11 dez.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.222, de 10 de dezembro de 2019.** Dispõe sobre os indicadores do pagamento por desempenho, no âmbito do Programa Previne Brasil. Diário Oficial da União 2019; 11 dez.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. **Nota Técnica para Organização da Rede de Atenção à Saúde com foco na Atenção Primária À Saúde e na Atenção Ambulatorial Especializada – Saúde da Mulher Na Gestaçã, Parto E Puerpério.** São Paulo, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Redução da mortalidade materna.** 2018. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/43325-ministerioda-saude-investe-na-reducao-da-mortalidade-materna>. Acesso em: 22 de mai. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portal da Secretaria de Atenção Primária a Saúde.** Disponível em: Acesso em: 22 dez. 2020.

BRASIL. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Monitoramento e Acompanhamento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) e do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres 2013-2015,** 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção ao pré-natal de baixo risco. Secretaria de Atenção à Saúde.** Departamento de Atenção Básica. Brasília. Editora do Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Gestões e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança: 70 anos de história / Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 80 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual de Atenção à Mulher no Climatério/Menopausa.** Brasília/DF: Ed. Ministério da Saúde, 2008.192 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes.** Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pactos pela Vida e de Gestão.** Série pactos pela Saúde, v.1, 2006.

BRASIL. Lei n. 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Regula o parágrafo 7º do art. 226 da constituição federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências.

BRASIL. Constituição Federal, 1988. Presidência da República. Casa Civil. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 05/05/2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática**. Ministério da Saúde. - Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1984. 27 p.

BUSTORF, L. A. C. V. O conceito de gênero nas políticas públicas que orientam atenção à saúde da mulher. Revisão integrativa da literatura. João Pessoa. 165 f. 2010. **Dissertação (Mestrado)**. Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2010.

DANIEL, V. M. Os sistemas de informação em saúde e seu apoio à gestão e ao planejamento do SUS: uma análise de estados brasileiros. **Dissertação de mestrado**. Porto Alegre (RS): Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2013.

DANTAS, U. I. B.; SANTOS, S. R.; BRITO, S. S.; VIRGOLINO, J.L.B. Percepções dos gestores sobre o aplicativo – Pacto pela Saúde. **Revista de Enfermagem**. Recife. v. 7, p. 438-444, 2013.

CANESQUI, A. M. A saúde da mulher em debate. **Revista Saúde em Debate**, v. 16, n.15. p.16:29-36,1984.

COELHO, E. A. C.; LUCENA, M.F.G.; SILVA, A.T.M. O planejamento familiar no Brasil contexto das políticas de saúde: determinantes históricos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 34, n. 1, p. 37-44, mar. 2000.

COELHO, M. R. S. Atenção básica à saúde da mulher: subsídios para a elaboração do manual do gestor municipal. **Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)** – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2003.

COSTA, A. M. Participação social na conquista das políticas de saúde para mulheres no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2009, vol.14, n.4, p. 1073-1083.

COSTA, A. M. **Desenvolvimento e implementação do PAISM no Brasil**. In: GIFFIN, Karen e COSTA, Sarah H. **Questões de Saúde Reprodutiva**. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz. 1999.

CRUZ, E. A. As estratégias de mobilização do movimento feminista para a aprovação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, de 2004. 2015. 80f. **Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Direitos Humanos e Cidadania)** - Universidade de Brasília, Brasília, 2015.

GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. (Org.) **Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática**. Porto Alegre: Artmed, 2012.

IBGE, **População Vitória estimada**. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/es/vitoria/panorama>. Acesso em 7 de jun. 2020.

LANSKY, S; FRANÇA, E; LEAL, M. do C. Mortalidade perinatal e evitabilidade: revisão da literatura. **Revista Saúde Pública**. v (6). Dezembro de 2002. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102002000700017>. Acesso em: 10/10/2021.

MAMEDE, F. V.; PRUDÊNCIO, P. S. Contribuições de programas e políticas públicas para a melhora da saúde materna. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 36, n. spe, p. 262–266, 2015.

MARQUES, M. B. **A atenção materno-infantil como prioridade política.** In: GUIMARÃES, R. **Saúde e medicina no Brasil: contribuição para um debate.** Rio de Janeiro, GRAAL, 1978. p. 121-46.

MULLER, N. S. O sistema de pactuação de indicadores (SISPACTO) e seu apoio a gestão em saúde: uma análise do município Linha Nova. Porto Alegre/RS, 2019. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/201892?locale-attribute=es>. Acesso em: 23/03/2021.

NOBRE, A. de O. G.; SOUZA, E. S. Mortalidade materna na macrorregião de saúde oeste da Bahia entre o período de 1998 a 2019. Práticas e cuidado: **Revista de Saúde Coletiva.** Salvador, v.2. n. e10396. p.1-14, 2021.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Indicadores de saúde. Elementos conceituais e práticos.** Washington, D.C.: OPAS; 2018. Disponível em: <https://iris.paho.org>. Acesso em: 13/09/2021.

OSIS, M. J. M. D. PAISM: um marco na abordagem da saúde. **Cadernos de Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, 1998.

PEDROSA, M. Atenção Integral à Saúde da Mulher: desafios para implementação na prática assistencial. **Revista bras. med. fam. comunidade.** v.1 (3). pg. 72-80, nov. 2005. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-880709>. acesso em: 08 de jan. 2020.

RIPSA. Rede Interagencial de Informações para a Saúde. **Indicadores Básicos para a Saúde no Brasil.** 2ª ed. Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.

SAFFIOTI, H. I. B. **Feminismos e seus frutos no Brasil.** In: SADER, Emir. **Movimentos Sociais na Transição Democrática.** SP: Ed. Cortez, pp.105-157, 1988.

SEPÚLVEDA, M. A. C. **Breve Histórico dos Programas Nacionais de Saúde Materno-Infantil,** 2000 Disponível: <http://www.hospvirt.org.br/enfermagem/port/campinas.htm>. Acesso: 17 mai de 2021.

SILVA, V. F. **Serviço Social, família e saúde: Uma visão do fazer profissional do assistente social na Política Nacional do Planejamento Familiar.** 2019. 60 f. Monografia. Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Rio Grande do Norte, 2019.

SOARES, Filipe Augusto de Freitas et al. Óbito materno, causalidade e estratégias de vigilância: uma revisão integrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde,** sup. 9, p. S890-S897, nov. 2017.

SOBRINHO, D. F. **Estado e População: uma História do Planejamento Familiar no Brasil.** Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos/FNUAP, 1993.

SOUSA, A. N. Monitoramento e avaliação na atenção básica no Brasil: a experiência recente e desafios para a sua consolidação. **Saúde Debate.** v.42 (1), p. 289-301, setembro, 2018. DOI. 10.1590/0103-11042018S119. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/Zwp65kZ9j4gzMQFBHZgLnwf/?lang=pt> Acesso em: 15/06/2021.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO/ UNASUS. **Saúde da mulher.** (Org). GARCIA, P. T. São Luís, 2014. 33f. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/1704/1/Unidade1.pdf> Acesso 25 de maio de 2021.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO/UNA-SUS. **Saúde da mulher.** (Org). OLIVEIRA, A.E; BRITO; L. M. São Luís: EDUFMA, Cadernos de Saúde da Família, n. 10, 2017, 129 p.

VASCONCELOS, M. de F. F.; FELIX, J. GATTO, G. M da S. Saúde da mulher: o que poderia ser diferente? **Revista Psicologia Política**. v.17. n. 39. São Paulo. 2017. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2017000200011. Acesso em: 12/11/2021.

VILLELA, E. F de M. **Indicadores de saúde como ferramenta estratégica na APS**. Saúde & Gestão. Universidade de São Paulo. Boletim. ano III. n.1. jan. 2020. ISSN: 2674-8878. Disponível em: <https://rms.fmrp.usp.br/wp-content/uploads/sites/575/apsgestao/boletim/Boletim-Saude-e-Gestao-Indicadores-Previne-Brasil.pdf>. Acesso em: 12/05/2020.

ÍNDICE REMISSIVO

A

Accidentes por caídas 139

Actividad física 23, 24, 27, 28, 29, 30, 31, 33, 34

Adulto mayor 23, 28, 34

Alimentação 58, 59, 62, 81, 82, 83, 84, 88, 89, 90

Anciano 139, 140

Antibacterianos 104, 107

Atención primaria à saúde 96, 97, 155, 158, 173, 174, 175, 186

C

Caídas 32, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 147

Colesterol 23, 25, 101

Coronavírus 115, 116, 123, 124, 125, 127

Covid-19 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 164, 170, 171

Cuidado em saúde 148, 150, 157

Cuidado paliativo 48, 55, 63, 64, 65

Cuidadores 47, 48, 50, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 65, 66, 67, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 96, 143

Cuidados críticos 1

D

Doenças cardiometabólicas 92, 93, 94, 97, 100, 101, 102

Doenças infecciosas 104

Dor 12, 38, 42, 45, 48, 50, 54, 55, 56, 60, 62, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 82

E

Educação 10, 13, 42, 77, 84, 90, 162, 163, 164, 165, 166, 169, 170, 171, 172, 183

Educação digital 162, 163, 164, 165, 170, 171

Emoções 48, 57, 58, 61, 66, 82

Enfermagem 3, 4, 6, 9, 14, 15, 16, 17, 20, 22, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 50, 51, 52, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 77, 78, 79, 80, 90, 91, 102, 118, 148, 159, 160, 162, 163, 164, 165, 167, 168, 170, 173, 174, 181, 184, 187

Enfermeira 148

Enfermeiros 4, 13, 18, 45, 47, 48, 51, 54, 55, 56, 57, 58, 60, 61, 64, 65, 67, 68, 78, 79, 80, 180, 181, 185

Epidemiología 13, 92, 93, 102, 126

Estrés 25, 58, 65, 128, 129, 130, 131, 138

F

Factores extrínsecos 139, 141, 143, 144

Família 5, 6, 35, 37, 39, 40, 41, 43, 48, 49, 50, 54, 56, 57, 58, 59, 60, 62, 63, 64, 65, 66, 106, 116, 153, 159, 160, 173, 174, 177, 178, 187

Fatores de risco 10, 38, 43, 92, 93, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102

H

HDL 23, 24, 25, 78

I

Indicadores de saúde 148, 150, 155, 156, 157, 160, 161

Insuficiência renal crónica 9, 10, 11, 15, 16, 18, 19, 20, 22

L

LDL 23, 24, 25, 31

Lipoproteínas 23, 25

Ludicidade 81, 84

M

Medidores de ruído 1

Método canguru 35, 36, 38, 42, 43, 44, 45, 76, 78

N

Neonatal 35, 36, 38, 39, 41, 43, 44, 45, 69, 70, 71, 72, 73, 75, 77, 78, 79, 80

P

Pacientes 1, 2, 3, 4, 6, 7, 11, 13, 14, 20, 22, 27, 29, 31, 32, 43, 47, 48, 50, 51, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 63, 65, 67, 75, 77, 81, 85, 88, 94, 97, 102, 104, 105, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 133, 142, 143, 166

Pediatria 17, 48, 63, 79, 80, 81, 91

Pessoal de saúde 173

População 10, 13, 15, 19, 20, 39, 42, 49, 92, 93, 94, 96, 98, 99, 102, 149, 154, 155, 156, 159, 160, 163, 164, 166, 169

Prematuro 35, 38, 43, 45, 74, 77

Prevenção 10, 19, 20, 22, 49, 70, 71, 77, 80, 83, 89, 100, 102, 151, 152, 153, 183, 184

Prognóstico 37, 48, 115, 117, 122, 124, 125

Proteínas 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 116

R

Recém-nascido 35, 36, 37, 38, 39, 40, 42, 43, 44, 45, 69, 70, 71, 72, 74, 75, 77, 78, 79, 80, 149, 163

Ruído 1, 2, 3, 7, 8

S

Saúde da família 153, 160, 173, 174, 177, 178, 187

Saúde da mulher 17, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 159, 160, 161

Saúde do trabalhador 1, 68

Síndrome de Burnout 128, 130, 134, 135, 136, 137, 138

T

TIC 162, 163, 165, 166, 169, 170

Transtornos de deglutição 81

U

Unidade de terapia intensiva 1, 2, 7, 35, 38, 44, 45, 56, 66, 69, 71, 72, 79, 80, 123

V

Vacinas 106, 162, 163, 164, 165, 167

Venenos de serpentes 104, 105, 106, 107, 108, 110

Violência 150, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 185, 186, 187

CIENCIAS DE LA **SALUD:**

Oferta, acceso y uso 2



www.atenaeditora.com.br 

contato@atenaeditora.com.br 

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

www.facebook.com/atenaeditora.com.br 


Atena
Editora
Ano 2022

CIENCIAS DE LA **SALUD:**

Oferta, acceso y uso 2



www.atenaeditora.com.br 

contato@atenaeditora.com.br 

@atenaeditora 

www.facebook.com/atenaeditora.com.br 


Ano 2022