

Bianca Nunes Pimentel
(Organizadora)



Saúde Coletiva:

Uma construção teórico-prática
permanente 3

Bianca Nunes Pimentel
(Organizadora)



Saúde Coletiva:

Uma construção teórico-prática
permanente 3

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-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. 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



Saúde coletiva: uma construção teórico-prática permanente 3

Diagramação: Camila Alves de Cremo
Correção: Maiara Ferreira
Indexação: Amanda Kelly da Costa Veiga
Revisão: Os autores
Organizadora: Bianca Nunes Pimentel

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

S255 Saúde coletiva: uma construção teórico-prática permanente 3 / Organizadora Bianca Nunes Pimentel. – Ponta Grossa - PR: Atena, 2022.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-258-0367-8

DOI: <https://doi.org/10.22533/at.ed.678222106>

1. Saúde pública. 2. Saúde coletiva. I. Pimentel, Bianca Nunes (Organizadora). II. Título.

CDD 362.1

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 saúde dos brasileiros é reconhecida como um direito social básico desde a Constituição de 1988. No entanto, a Saúde Coletiva surge muito antes, quando aqueles que assumiram um compromisso de melhorar a saúde e a qualidade de vida da sociedade travaram uma luta contra a desigualdade social, a instabilidade política, as crises econômicas e os privilégios históricos. Refere-se, portanto, a uma construção social, a partir das necessidades e expectativas da própria população.

A teoria em Saúde Coletiva parte da investigação das necessidades e das experiências cotidianas que evoluem de acordo com as transformações sociais e culturais, gerando novos diálogos, em um processo de retroalimentação, por isso uma construção permanente. Dessa forma, esta obra não tem a pretensão de esgotar o tema proposto, pelo contrário, é uma composição para fomentar novos debates, resultado de recortes atuais e projeções sobre a saúde coletiva, a partir do olhar de profissionais de variadas formações com práticas e experiências plurais.

O livro “Saúde Coletiva: uma construção teórico-prática permanente 2” é composto por dois volumes. No volume 2, os capítulos exploram a Educação em Saúde, Metodologias de Ensino e de Pesquisa, atualizações em Epidemiologia e Políticas Sociais, Infância e Adolescência, Educação Sexual e Reprodução Humana Assistida. O volume 3, por sua vez, traz reflexões sobre Saúde Bucal, Judicialização da Saúde, Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, Sexualidade, Saúde da Mulher, Saúde e Religiosidade, Desigualdades Sociais e Práticas Integrativas e Complementares.

Por tratar-se de uma obra coletiva, agradeço aos autores e às autoras, bem como suas equipes de pesquisa, que compartilharam seus estudos para contribuir com a atualização da literatura científica em prol de melhorias na saúde dos brasileiros, bem como à Atena Editora por disponibilizar sua equipe e plataforma para o enriquecimento da divulgação científica no país.

Boa leitura!

Bianca Nunes Pimentel


SUMÁRIO

CAPÍTULO 1..... 1

ACOLHIMENTO EM SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO TERCIÁRIA

Davi Oliveira Bizerril

Carlos Levi Menezes Cavalcante

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.6782221061>

CAPÍTULO 2..... 14


TENDÊNCIA À JUDICIALIZAÇÃO NO FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS NO SUS: DADOS DO TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Isabel de Fátima Alvim Braga

Laila Zelkovicz Ertler

Eliana Napoleão Cozendey-Silva

William Weissmann

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.6782221062>

CAPÍTULO 3..... 25

ATIVIDADE EDUCATIVA INTERPROFISSIONAL SOBRE A TEMÁTICA PREVENÇÃO DE QUEDAS COM O PÚBLICO IDOSO

Beatrice de Maria Andrade Silva

Maria Eduarda Jucá da Paz Barbosa

Rafaela Tavares Pessoa

Caroline Moreira Arruda

Laura Pinheiro Navarro

Samuel da Silva de Almeida

Vicente Nobuyoshi Ribeiro Yamamoto

Bárbara Melo de Oliveira

Aline Aragão de Castro Carvalho

João Emanuel Dias Tavares

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.6782221063>

CAPÍTULO 4..... 35

ATIVIDADES REALIZADAS EM UM CENTRO-DIA PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE DOS IDOSOS: UMA PESQUISA-AÇÃO

Célia Maria Gomes Labegalini

Roseli Brites da Costa Rizzi

Monica Fernandes Freiburger

Iara Sescon Nogueira

Heloá Costa Borim Christinelli

Kely Paviani Stevanato

Maria Luiza Costa Borim


Maria Antonia Ramos Costa

Luiza Carla Mercúrio Labegalini

Dandara Novakowski Spigolon

Ana Carolina Simões Pereira

Giovanna Brichi Pesce


 <https://doi.org/10.22533/at.ed.6782221064>

CAPÍTULO 5..... 51

CONTRIBUIÇÕES DO TRABALHO INTERDISCIPLINAR NA FORMAÇÃO E APOIO AO CUIDADOR DE PESSOA IDOSA

Marcia Liliane Barboza Kurz

Ana Paula Roethig do Nascimento

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.6782221065>

CAPÍTULO 6..... 62

VIVÊNCIA DA SEXUALIDADE NA TERCEIRA IDADE


Edivania de Almeida Costa

Amanda dos Santos Souza

Alisséia Guimarães Lemes

Patrícia Fernandes Massmann

Elias Marcelino da Rocha

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.6782221066>

CAPÍTULO 7..... 75

VIOLÊNCIA PSICOLÓGICA CONTRA A MULHER: ANÁLISE DAS NOTIFICAÇÕES NO ESPÍRITO SANTO

Franciéle Marabotti Costa Leite

Márcia Regina de Oliveira Pedroso

Karina Fardin Fiorotti

Ranielle de Paula Silva

Sthéfanie da Penha Silva

Dherik Fraga Santos

Getulio Sérgio Souza Pinto

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.6782221067>

CAPÍTULO 8..... 89

A IMPORTÂNCIA DO EXAME PAPANICOLAU E AS POLÍTICAS DE TRATAMENTO DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Pâmela Cristina Rodrigues Cavati

Genilce Daum da Silva

Maria Gabriela do Carmo Sobrosa

Shirley Marizete Sandrine de Oliveira

Maria Vanderléia Saluci Ramos

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.6782221068>

CAPÍTULO 9..... 101

RELATO DE CASO DE TUMOR DE BAINHA DE NERVO PERIFÉRICO NA MAMA


Maria Fernanda de Lima Veloso

Maria Beatriz Nunes de Figueiredo Medeiros

Maria Vitória Souza de Oliveira

Maria Augusta Monteiro Perazzo

Larissa Barros Camerino
Darley de Lima Ferreira Filho

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.6782221069>

CAPÍTULO 10..... 108

PANORAMA DAS POLÍTICAS PÚBLICAS NO PROCESSO DE HUMANIZAÇÃO DO CUIDADO À MULHER NO BRASIL

Nayara Sousa de Mesquita
Pamela Nery do Lago
Ronaldo Antônio de Abreu Junior
Juliana da Silva Mata
Natália Borges Pedralho
Fabiano Pereira Lima
Hirlla Karla de Amorim
Karla Patrícia Figueirôa Silva
Maria Virgínia Pires Miranda
Fabiana Ribeiro da Silva Braga
Laise Cristina Pantoja Feitosa
Martapolyana Torres Menezes da Silva

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.67822210610>

CAPÍTULO 11..... 116

PRÁTICAS DE ESPIRITUALIDADE NO CONTEXTO DA SAÚDE DA MULHER: UMA REFLEXÃO

Karla Pires Moura Barbosa
Camila Emanoela de Lima Farias
Carolline Cavalcanti Santana de Melo Tavares
José Romero Diniz
Maria do Socorro de Oliveira Costa
Ryanne Carolynne Marques Gomes Mendes
Ednaldo Cavalcante de Araújo
Eliane Maria Ribeiro de Vasconcelos

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.67822210611>

CAPÍTULO 12..... 125

SAÚDE E RELIGIOSIDADE: SABERES E PRÁTICAS DE DIRIGENTES RELIGIOSOS SOBRE SAÚDE

Davi Oliveira Bizerril
Dulce Maria de Lucena Aguiar
Maria Vieira de Lima Saintrain
Maria Eneide Leitão de Almeida
Karinna Diogenes
Lucas Matos Marinho

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.67822210612>

CAPÍTULO 13.....	137
COVID -19 – UM OBSERVATÓRIO PRIVILEGIADO DAS DESIGUALDADES SOCIAIS Teresa Denis  https://doi.org/10.22533/at.ed.67822210613	
CAPÍTULO 14.....	148
“CUIDAR”: PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NO AMBIENTE UNIVERSITÁRIO Regina Aparecida de Moraes Virgínia Raimunda Ferreira  https://doi.org/10.22533/at.ed.67822210614	
CAPÍTULO 15.....	159
ASSISTÊNCIA EM SAÚDE ÀS COMUNIDADES INTERIORANAS ATRAVÉS DO PROJETO CHAMAS DA SAÚDE Orleilso Ximenes Muniz Helyanthus Frank da Silva Borges Alexandre Gama de Freitas Alan Barreiros de Andrade Cilomi Souto Arraz Jakson França Guimarães Noemi Henriques Freitas Luene Rebeca Fernandes da Cunha Jones Costa Fonseca Antônio Ferreira de Oliveira Júnior Warllison Gomes de Souza Ciro Felix Oneti  https://doi.org/10.22533/at.ed.67822210615	
SOBRE A ORGANIZADORA.....	165
ÍNDICE REMISSIVO.....	166

COVID -19 – UM OBSERVATÓRIO PRIVILEGIADO DAS DESIGUALDADES SOCIAIS

Data de aceite: 01/06/2022

Teresa Denis

Doutora em Sociologia, Investigadora no H&TRC – Centro de Investigação em Saúde e Tecnologia, Instituto Politécnico de Lisboa - ESTeSL
Lisboa, Portugal

RESUMO: Com este texto pretendemos perceber e analisar reflexiva e criticamente de que forma é que neste tempo da pandemia (covid-19) as desigualdades sociais foram geridas pelos serviços e vivenciadas pelas pessoas. Deste modo, apesar de recorrermos a alguns dados quantitativos caracterizadores do nível de desigualdades sociais, este é um trabalho vincadamente de natureza qualitativa e exploratória, construído com base em dados recolhidos em bibliografia, relatos e artigos sobre o tema e sua contextualização na vivência efetiva do quotidiano das pessoas.

AGUDIZAR DAS DESIGUALDADES SOCIAIS EM TEMPOS DE PANDEMIA: VERDADE OU CONSEQUÊNCIA?

Portugal é um país da União Europeia de desenvolvimento intermédio ou até mesmo um país pobre do sul da Europa. Caracterizado por baixos rendimentos per capita, baixas qualificações, onde o analfabetismo é residual mas o analfabetismo funcional é bastante elevado, pois falta a capacidade para se saber

utilizar o conhecimento escolar, como é exemplo a iliteracia. As pessoas sabem ler e escrever mas têm dificuldade para interpretar o que lêem o que acarreta consequências ao nível da compreensão da informação a qualquer nível mas com grande enfoque no que concerne com o nível de promoção da saúde.

O sector de atividade acompanha o dos países desenvolvidos onde predomina o sector dos serviços, mas com predominância para os sectores tradicionais da administração pública, nomeadamente para sector da educação e da saúde; seguido pelo turismo; hotelaria; restauração; serviços pessoais; serviços doméstico; reparações; biscates; comércio ambulante – atividades, sobretudo as últimas, conduzem ao peso da denominada economia informal ou subterrânea - onde predomina a fuga ao fisco - com toda a problemática associada.

A nível territorial verificam-se grandes assimetrias regionais, temos um interior desertificado e com baixa densidade populacional e uma litoralização da economia, a população concentra-se no litoral e em áreas metropolitanas em núcleos familiares reduzidos, com tipologias habitacionais de apartamentos. O estilo de vida gira à volta do modo de vida - separação entre o local de trabalho e o local de residência, quase sempre na periferia das grandes cidades. A casa apresenta-se mais como um dormitório e menos como um lar. Tudo isto incrementa desigualdades sociais com

ênfase para as desigualdades de género. O género feminino é maioritário e também o que mais sofre com as atividades mais precárias e mais mal pagas, às quais ainda se junta o trabalho doméstico, o cuidado com os filhos e a família. Temos muitas famílias monoparentais de mães com filhos a cargo e tudo isto acarreta grande sobrecarga de trabalho para as mulheres.

A pandemia veio agudizar e potenciar as vulnerabilidades acumuladas em razão do género. De facto, a quarentena revelou-se particularmente penosa para as mulheres e, em alguns casos, até perigosa, pois as mulheres predominam em profissões como a enfermagem ou a assistência social que, como sabemos, estiveram na linha da frente na prestação de cuidados a doentes e idosos dentro e fora das instituições. Estas mulheres não se puderam resguardar em quarentena para garantir a quarentena dos outros.

Efetivamente as mulheres quer antes, quer durante a pandemia sofreram e sofrem das desigualdades e da discriminação a que são sujeitas todos os dias.

Segundo o relatório da Organização Internacional do Trabalho publicado em 2018 as mulheres realizam 76,2% do trabalho não remunerado, numa percentagem três vezes maior do que a dos homens. É comum e até banal as mulheres assalariadas receberem salários mínimos ou mais baixos do que os dos homens para o mesmo tipo de trabalho e ainda cuidarem das suas famílias.

As taxas de desemprego são bastante elevadas, temos sectores de atividade obsoletos, por não se terem modernizado perderem a competitividade num mundo globalizado. Com a pandemia tudo isto se vai agudizando.

É sabido que não vai haver trabalho para todos. Será necessário pensar outras formas de solidariedade como por exemplo a redistribuição do tempo de trabalho o que, na opinião de Teresa Denis (2006) em “Trabalho um Dever Direito” poderia passar pela redução dos horários de trabalho num compromisso tripartido entre trabalhadores, empregadores e Estado.

Somos uma sociedade demograficamente envelhecida dado a progressiva diminuição do peso das gerações mais jovens a favor do aumento e do peso das gerações mais velhas. Este envelhecimento populacional deve-se sobretudo ao facto da longevidade aumentar muito por via dos cuidados de saúde e por outro lado devido à baixa do índice de natalidade.

Com a pandemia, com tantos idosos a morrer por covid-19, vamos ver como ficamos em termos populacionais? Por outro lado, a pandemia também nos tem demonstrado bem a qualidade da relação que mantemos com os nossos idosos, institucionalizados em lares. De facto, como constata Boaventura Sousa Santos,

«as condições de vida prevaletentes no norte global levaram a que boa parte dos idosos fosse depositada em lares, casas de repouso, asilos. Segundo as posses próprias ou da família, esses alojamentos podem ir de cofres de luxo para jóias até depósitos de lixo humano» (SANTOS, 2020).

Efetivamente a modernidade tem conduzido cada vez mais os idosos a viverem em alojamentos residenciais como espaços que garantiam a sua segurança e em princípio, o confinamento imposto pela pandemia não deveria afetar, grandemente, a sua vida - uma vez que o seu estilo de vida já era o de uma permanente clausura. A verdade é que pelo contrário esta suposta zona de segurança transformou-se numa zona de alto risco para a saúde destes idosos.

Tudo isto deve fazer-nos pensar sobre a representação social que temos da velhice, do ser velho e do papel social do idoso.

Impõe-se refletir um pouco sobre esta institucionalização da velhice, bem como sobre o teor dos termos que modernamente são utilizados, como por exemplo: “envelhecer bem”, “envelhecimento ativo”; que são expressões que a nosso ver remetem para a questão das políticas ativas que propõem estimular a proatividade destes cidadãos, no sentido de se ajudarem a si próprios, de se manterem ativos e autónomos de acordo com o modelo de estilo de vida saudável.

Sabemos que para essa promoção de uma vida saudável e cuidada no seu dia-a-dia são precisos recursos. Pelo que devemos salientar e observar que os hábitos saudáveis, ou os bons hábitos de saúde, funcionam como uma espécie de reprimenda das desigualdades sociais no geral, e em particular das da saúde, as quais se repercutem diretamente na vulnerabilidade deste grupo etário.

Efetivamente, a ideologia do “*envelhecimento ativo*” em sociedades como a portuguesa marcada por défices de instrução, literacia, rendimento, saúde, só pode ser experienciada como uma encenação face às reais condições de vida dos idosos e às suas legítimas identidades.

Assistimos todos os dias à desvalorização social da condição de idoso, o que tem vindo a reforçar o isolamento e a “doença da solidão” - ao incrementar um estado de solidão que representa, para a pessoa idosa, a situação de poder estar ou encontrar-se entre muita gente, mas sentir-se e ser para eles socialmente insignificante, invisível ou até mesmo descartável. Neste sentido, Norberto Elias chamava a atenção para «a coisa mais difícil na atual forma de envelhecer e de morrer é o gradual arrefecimento das relações» (ELIAS, 1994). Ricardo Antunes (2011) constata no seu trabalho que existe uma óbvia «conexão entre a maneira como uma pessoa vive e a maneira como morre». Estes factos tornaram-se demasiado evidentes nestes tempos da covid-19. Com a situação pandémica muitos dos idosos acabaram por morrer nos lares e nas casas de saúde onde residiam sem sequer serem transportados para o hospital. Morreram sozinhos, sem a companhia dos seus entes queridos e dependentes da generosidade e capacidade de gestão de risco dos seus cuidadores para terem um último momento de proximidade com outro ser humano.

Desta forma, é importante e impõe-se ter e dar atenção à conexão social entre a forma de viver e a forma de envelhecer e morrer. Impõe-se perceber qual é o curso de vida social dos portugueses com 60 anos ou mais em três dimensões elementares como:

delinear um projeto de vida para a nova fase e de ocupação dos tempos livres; avaliar, compensar e gerar “um capital social” capaz de suprir a tendência para o “arrefecimento das relações”; e sobretudo para moderar o estigma da velhice. Estigma que Boaventura Sousa Santos designa por “senexismo” (do latim *senectus*, “velhice”). Preconceito que, segundo o autor, “assenta na ideia de que o valor social e o prazo de validade social dos seres humanos estão associados à sua produtividade entendida em modo e termos capitalistas.

Este preconceito predomina ou é sobretudo generalizado nas sociedades do norte global, onde os idosos constituem um grupo particularmente numeroso e, um dos grupos mais vulneráveis em períodos de pandemia. A pandemia alertou-nos e chama-nos para a necessidade de darmos maior precisão e rigor aos conceitos que usamos genericamente e que necessitamos precisar, como por exemplo: quem é idoso? Segundo a Organização Comunitária Latino-Americana - Garganta Poderosa - a diferença de esperança de vida entre dois bairros de Buenos Aires (o bairro pobre de Zavaleta e o bairro nobre de Recoleta) é de cerca de vinte anos. Então, não é de surpreender que os líderes de Zavaleta sejam considerados de “idade madura” pela comunidade e de “jovens líderes” pela sociedade em geral. De facto tudo é relativo, é preciso contextualizar no tempo e no espaço social e territorial.

Neste sentido, também Alexandre Kalache, afirma que, o idadismo - preconceito contra as pessoas mais velhas - é “uma grande peste à escala mundial” que importa desconstruir e combater. Este brasileiro, que dirige o Centro Internacional da Longevidade, frisa, ainda, que o idadismo “é pior nos países ocidentais”, embora também nos países orientais, uma atitude de maior respeito e de reverência para com os mais velhos esteja cada vez mais a desaparecer.

Este conceito, como refere Rosa, à semelhança de outros conceitos do mesmo tipo como por exemplo o de racismo, significa a discriminação, habitualmente negativa, das pessoas com base na idade.

Mas o mais curioso é que este idadismo seja aceite como normalidade e por isso raramente seja questionado ou colocado em causa, o que não acontece em relação a outros marcadores sociais. Assim, este preconceito para com os velhos prolifera, torna-se banal e reflete-se nas mais pequenas brincadeiras do quotidiano através, por exemplo, da infantilização do idoso no trato, na relação ou na utilização de diminutivos, bem como em estereótipos associados à idade que minorizam ou descredibilizam a importância da pessoa mais velha.

Com tudo isto, a pessoa idosa vai perdendo o seu auto-respeito e a sua autoconfiança ao sentir que é marginalizada, pelo que é preciso dar atenção a tudo isto. É preciso parar para ver quem é aquela pessoa, para captar e entender o que é que aquela pessoa quer e deseja, qual é ou foi o seu estatuto social ou o seu protagonismo, qual foi e qual deve ser o seu papel na sociedade de todos e para todos. Pois como salienta Kalache, antigo dirigente

da OMS, é necessário promover “uma resignificação da velhice”.

De facto, não há nada de errado em relação ao envelhecimento, pois viver mais tempo é, obviamente, uma benesse o que é preciso é cultivar uma atitude positiva em relação ao envelhecimento e ao idoso, para quem é necessário encontrar um lugar e um papel social conforme a sua situação e saúde.

O importante será que a pessoa continue a ser válida socialmente, que tenha meios para cuidar de si própria, adotando comportamentos para um envelhecimento positivo, não abdicar dos seus direitos nem da sua cidadania para poder reivindicar ou ter a “atitude de decidir que não vai para os seus aposentos, que vai envelhecer na sala da frente” (KALACHE, 2021).

Os tempos modernos transmitem-nos modelos construídos em estereótipos puramente artificiais como por exemplo a pura ilusão da juventude eterna que provoca uma falta de empatia para com os mais velhos e um desconforto no sujeito que envelhece, que procura ocultar esses sinais, pintando o seu cabelo branco, fazendo operações de estética para disfarçar os sinais dos anos passados.

Em quase todas as culturas ocidentais, o melhor elogio que se pode fazer a alguém, em idade madura, é dizer que não parece ter a idade que tem. Parecer ou ser velho tornou-se estigmatizante e como tal deve ocultar-se ou disfarçar.

Contudo, não pode deixar de ser curioso, que nas sociedades atuais esteja a acontecer, como refere o antigo dirigente da OMS “uma revolução” que é a do envelhecimento populacional, uma vez que as estimativas apontam para que, nos próximos 50 anos, o único grupo etário que irá aumentar seja o dos maiores de 70 anos, sendo que a população com mais de 80 anos irá subir 27 vezes mais neste período.

Problema que a nosso ver deve ser encarado com responsabilidade humanista neste mundo de desigualdades e construções estereotipadas. Como temos vindo a perceber e a constatar a realidade do envelhecimento nas sociedades atuais é bastante diferente tanto ao nível social como da saúde, os sistemas de saúde já não podem contar com uma família cuidadora, as casas já não propiciam o acolhimento dos idosos, nem as famílias têm tempo ou capacidade para estarem e cuidarem das suas necessidades funcionais ou emocionais.

De facto, o envelhecimento tornou-se e é, cada vez mais, um problema médico vivenciado em instituições que seguem o modelo médico de medicalização da velhice como sendo uma enfermidade, arredando as pessoas do processo de envelhecimento como parte integrante da vida e do viver.

Em Portugal, desde 1976 que temos consignado pela Constituição da República Portuguesa um Estado de Direito Democrático e Social. Mas o cariz das políticas sociais, como a proteção dos mais vulneráveis, desde o emprego à velhice, da segurança social à educação ou à saúde têm ficado sempre aquém do desejado.

O nosso Serviço Nacional de Saúde (SNS) concebido por António Arnault seguindo o modelo constitucional de William Beveridge, teve logo no início da sua implantação como

atropelo a continuação da medicina privada, ou dos subsistemas como o SAMS (sistema de saúde dos bancários) ou a ADSE (sistema de saúde dos funcionários públicos), bem como a proliferação dos seguros de saúde. Por isso não foi possível conjugar tudo num modelo único SNS e ficamos com um sistema de saúde de cariz misto que articula diferentes prestadores e interesses particulares, como as convenções público-privadas, o que só por si cria desigualdades no acesso e na promoção da saúde.

Ultimamente temos vindo a assistir à proliferação dos seguros de saúde mas a pandemia tem-nos demonstrado quando estamos verdadeiramente doentes quem é que nos abre a porta. Vejamos que em março de 2020 o SAMS até encerrou os serviços das clínicas e do hospital mas, curiosamente, os seus utilizadores ficaram calados. De facto, os hospitais privados portugueses, em vez de solidariedade e dever cívico procuraram fazer da pandemia uma fonte suplementar de negócio ao pretenderem cobrar ao Serviço Nacional de Saúde todas as despesas de doentes com covid-19, mesmo que estes não tivessem sido referenciados pelo sistema público. Estes factos devem servir para uma reflexão séria sobre a saúde como um bem público e um bem de mérito que, por isso, não pode e não deve ficar ao sabor de negociações economicistas. Precisamos de passar uma imagem de valorização do SNS, apostar no SNS a nível da sua representação social, efetuar algum *marketing* social, pois o habitual é dizer-se mal por tudo e por nada. Até os estudantes, a tirarem cursos de saúde no sistema público dizem que querem ir trabalhar para o privado - algo está errado. Ou seja, temos fragilidades sociais que imperam em desigualdades instaladas e difíceis de apaziguar ou desconstruir.

Então com a pandemia é claro que tudo isto se agudizou - as desigualdades e as assimetrias acentuaram-se. E, se é verdade que o vírus é democrático e transversal, que estamos todos no mesmo barco, efetivamente não estamos todos no mesmo convés. As fragilidades aumentam por exemplo com o ensino à distância, com as aulas em casa. Será que as famílias têm os recursos necessários? Têm condições para terem um espaço privado, um computador, internet? Por exemplo, em Pedrógão Grande, um concelho no interior de Portugal, as aldeias não têm internet de todo, ou esta é deficitária, pelo que mesmo que tenham um computador, de pouco lhes serve. Esta é uma situação que vai acentuar as desigualdades sociais entre as crianças e o seu sucesso académico.

É sabido que as crianças com mães com baixa escolaridade sofrem de mais insucesso escolar, uma vez que em casa não se acompanha o estudo, nem se motiva e estimula a aprendizagem, não se valoriza nem se tem uma representação social positiva do conhecimento, o que conduz à reprodução social das desigualdades e das baixas qualificações.

Ora se o ensino e a escola de alguma forma têm contrariado esta realidade, pois tem existido grande empenho das políticas públicas para a promoção do sucesso escolar e da escolaridade o que tem originado, de facto, uma mobilidade social ascendente.

Mas, se o principal agente tem sido a escola que tem conseguido estimular as

crianças e jovens para a aprendizagem - se estas agora estão a ficar em casa isto terá consequências ou efeitos de retrocesso.

De facto, Susana Peralta da Universidade Nova de Lisboa realizou um estudo com crianças com menos de 12 anos e constatou que quatro em cinco crianças têm mães com dificuldades em acompanhar ou ajudar os filhos no estudo ou nas atividades letivas.

O mesmo estudo refere que 25 % das crianças - dados do INE - vivem em casas com infiltrações de água, 13 % não tem aquecimento, 9 % não têm iluminação suficiente e 9% das famílias não podem cozinhar refeições completas e saudáveis.

Este estudo faz referência a um outro similar do Reino Unido, realizado já após o confinamento de 2020, que refere que 1/3 das escolas básicas têm professores sem competências tecnológicas e pedagógicas para o ensino à distância. Ora entre nós certamente não deve ser muito diferente, o mesmo estudo salienta que os alunos do ensino primário no geral sofrem de um atraso de dois meses a nível da aprendizagem, e os mais desfavorecidos de 7 meses. Pelo que, conclui o estudo, houve um recuo de 10 anos ao nível do índice de aprendizagem e desenvolvimento. Ou seja, o que se tinha ganho perdeu-se num ápice e coloca em risco o futuro destas crianças.

Se pensarmos que, em Portugal em 2017/18 havia 60 % dos concelhos onde metade dos alunos do 9º ano tinham apoio social escolar, por serem pobres – podemos, então, extrapolar com base nos dados do Reino Unido e dessa forma constatar que não é só o computador que falta é todo o resto que faz falta às crianças e às suas famílias.

Perante a pandemia, sabemos que, as crianças são as menos infetadas pelo vírus mas, por outro lado, são as que mais sofrem com o confinamento.

A Presidente da Comissão Nacional da Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens Rosário Farmhouse, salienta que os problemas a nível da saúde psíquica destas crianças em confinamento aumentou, com incidência na ansiedade, com problemas de sociabilidade, com problemas em irem à rua ou em estarem com outros, ao que se junta cada, vez mais, a dependência do ecrã pelas muitas horas em frente ao computador, à televisão, ao tablet ou ao telemóvel que têm originado um síndrome de abstinência, levando a que fiquem mais ansiosas quando estão longe do ecrã.

Por outro lado, lembra-nos também que o acesso constante à internet torna as crianças mais vulneráveis aos predadores sexuais. De facto o confinamento tem aumentado a violência intrafamiliar devido ao convívio forçado de vítimas e agressores, ou potenciais agressores, durante as 24 horas do dia e muitas vezes em situação de stress.

A falta de acompanhamento na escola, o olhar dos professores para sinalizar situações, faz aumentar a negligência com estas crianças. Cresce o risco de abusos e maus tratos que não são notados nem alertados, o que leva a que a violência doméstica tende a aumentar. As famílias confinadas em casa entram em colapso devido à sobrecarga de trabalho, sobretudo quando temos famílias com crianças pequenas, com pais em teletrabalho e filhos com aulas online, muitas vezes ao mesmo tempo, não havendo

capacidade de ajudar com as tarefas da escola dos mais novos, em muitas situações faltam condições habitacionais ou faltam os espaços privados para trabalhar ou estudar. A todos estes problemas junta-se ainda a falta de dinheiro com o aumento do desemprego. Tudo isto cria ou aumenta o stress, a ansiedade e o mal-estar. O mal-estar instala-se e origina problemas a diferentes níveis. A saúde é um deles tanto a nível psíquico como físico, como social: a exaustão é total.

Com a pandemia o acesso à saúde não covid é de evitar. Agudizam-se as desigualdades em saúde que já eram, e são, muito grandes. As pessoas com doenças estão a ficar cada vez mais doentes. Os idosos, grande faixa da nossa população com doenças crónicas, estão a ficar ainda mais doentes. O SNS vai certamente ficar ainda mais desorganizado durante muito tempo. Sabemos que já havia problemas como listas de espera para consultas ou cirurgias, então no pós pandemia como vai ficar o acesso e a promoção da saúde?

Por exemplo, no caso do cancro, os próprios rastreios foram interrompidos, pelo que haverá falta de identificação precoce de lesões cancerosas, o que vai ter repercussões na probabilidade de tratamentos curativos, facto salientado por um médico da Fundação Champalimaud quando refere que voltaremos a ter situações de cancro avançado como já não tínhamos há muitos anos, pelo que haverá um retrocesso de décadas quanto às doenças oncológicas.

Efetivamente, no contexto da covid-19 a saúde não covid teve um impacto bastante negativo. O rácio entre os anos de vida perdidos por covid e não covid rondou os 40%, o que significa que em 2020 por cada ano de vida perdido por covid tivemos 0,4 anos de vida perdidos por outras causas. Ou seja, a longevidade sofreu um aumento de 34,6 anos de vida perdidos por cada dez mil habitantes, dos quais 24,7 foram mortes por covid e os restantes 10,1 foram por outras doenças. Para estes factos há que ter em atenção às situações de comorbilidades na faixa etária abaixo dos 75 anos, bem como a dificuldade e o medo no acesso aos serviços de saúde ou o isolamento, determinantes a ter em conta neste processo analítico.

Efetivamente, os dados sobre outras causas de morte para o período compreendido entre 2 de março e 27 de dezembro de 2020 estimam que 3805,3 de anos de vida tenham sido perdidos por cancro e 1786,3 por doenças cardiovasculares.

Devemos ainda procurar perceber e dar atenção aos doentes recuperados da covid-19 e avaliar qual a perda a nível da qualidade de vida e bem-estar devida à doença grave, ou provocada pela incapacidade que a infecção pelo coronavírus pode gerar a médio e a longo prazo. A denominada covid “longa” cujos efeitos são ainda incertos mas expectáveis, nomeadamente, no que se prende com o cansaço de que os pacientes covid tanto se queixam no pós covid.

A longo prazo também haverá impacto da pandemia em áreas críticas devido a ter havido menos consultas, menos rastreios, menos exames de diagnóstico, menos cirurgia.

Ou seja, se houve menos cancros diagnosticados ou mais AVC(s) agravados pelo medo de se deslocarem às urgências, estes casos clínicos irão sofrer com o adiamento do tratamento de situações cardiovasculares potencialmente graves, apesar do normal funcionamento da via verde coronária e do AVC ter permanecido, mesmo durante o período crítico da covid-19.

Estas situações terão consequências no aumento das taxas de mortalidade, bem como no estado funcional dos doentes com AVC, casos que só terão reflexo na doença ou que só serão evidentes daqui a algum tempo ou até mesmo anos.

No caso das doenças oncológicas a Liga Portuguesa Contra o Cancro estima que pelo menos mil diagnósticos de cancros terão ficado por identificar em 2020, cujo impacto na doença efetiva só será evidente por volta de 2025/26. Outro dos casos prendeu-se com a neurocirurgia, com o adiamento de muitas cirurgias e logo com o atraso no início dos tratamentos pós-operatórios que acarretam como consequências o agravamento da situação clínica. Ou seja, opera-se em piores circunstâncias o que irá ter reflexos no agravamento do prognóstico.

A nível do trabalho foi instituído o teletrabalho, que até para alguns tem sido benéfico, poupa-se tempo e dinheiro, mas o problema, a nosso ver é se no pós pandemia ele se torna uma regularidade ou até uma imposição, haverá alguns sectores de atividade que não serão abalados, mas para os mais frágeis será muito mau, dado que se perde o espírito de grupo ou classe e conseqüentemente o de capacidade reivindicativa. Fica-se isolado e na mão dos empregadores. No caso dos já tão explorados trabalhadores denominados *callcenter*: estes ficarão certamente em situação de maior precariedade sem poder coletivo para reivindicações. Assistimos à desvalorização do trabalho e dos direitos do trabalho. Este é um aspeto a ter em atenção, os sindicatos precisam de estar atentos.

No desfecho deste cenário podemos prever que vamos inevitavelmente ficar mais doentes e mais pobres. Em termos económicos o modelo de desenvolvimento assente na produção lapidar e no consumismo acéfalo terá de ser repensado.

O confinamento deveria servir para uma reflexão sobre estes modos e estilos de vida.

Pois mais pobres pode não significar menos qualidade de vida. A União Europeia e a Presidência Portuguesa que instituiu neste semestre da sua vigência presidencial, para a sua ação “agir”, *agir* deveria também, a nosso ver, introduzir *refletir*, refletir sobre o futuro, para onde queremos ir, qual o caminho a seguir, que modelo de desenvolvimento queremos para o futuro?

Precisamos de analisar e refletir sobre as lições que o vírus nos está a dar. Como constata Boaventura Sousa Santos (2020), se não forem minimamente apreendidas, nunca se voltará à normalidade, e o novo normal será o que designa como “pandemia intermitente”, um período em que as pandemias recorrentes serão parte da nova normalidade, pois a extraordinária rapidez com que esta pandemia se propagou em todo o mundo, produto das

comunicações e da globalização, tornam o mundo mais pequeno, mais interdependente e mais vulnerável e suscetível a tudo isto.

O problema é que, segundo Boaventura (2020), «a continuar este modelo de desenvolvimento, haverá outras pandemias, que tenderão a ser mais mortíferas e tenderão a propagar-se mais rapidamente». Então, desta constatação, torna-se inevitável incrementar algumas mudanças e a primeira, porque a mais premente, que tem de ser feita tem a ver com uma nova aposta, uma nova centralidade num Estado protetor, de bem-estar ou social, onde os gastos em políticas sociais, nomeadamente com a saúde pública, não sejam vistos como um custo - como tem sido até agora (os cortes nestes gastos têm sido, praticamente generalizados em todos os países) - mas como um investimento que terá repercussões positivas nas diferentes dimensões, quer sociais, quer económicas. A segunda lição que o vírus nos está a proporcionar (e que está intrinsecamente ligada à primeira) é que o próprio modelo de desenvolvimento tem de mudar para um mais sustentável, mais respeitador dos recursos naturais do planeta e mais respeitador dos ecossistemas e da relação entre humanos e não humanos.

De facto, como salienta Boaventura Sousa Santos (2021), a pandemia da covid-19 pôs a claro algumas debilidades graves do sistema social, económico e político, pelo que se exige alguns ajustamentos estruturais. Efetivamente, esta crise pandémica tem-se revelado uma crise qualitativamente distinta das anteriores dado sinalizar a necessidade de mudanças profundas no nosso modo de ser e estar que implicam, por isso, questionar o modelo civilizacional que domina há mais de seis séculos.

Boaventura Sousa Santos (2020) acredita que as pandemias são a punição da natureza, pela sua violação sem limites, não no sentido de vingança mas de “autodefesa, para garantir a sua vida”. Pois sabemos hoje que todas estas grandes formas de mutação que os vírus estão a ter resultam de uma interação cada vez mais invasiva da vida humana na vida não humana. Desde há alguns séculos decidimos explorar a natureza sem respeito nem limites. A vida humana é apenas 0,01% da vida do planeta, a vida humana é de fato muito pouca ou mesmo residual. O planeta não precisa de nós, nós precisamos mais do planeta do que ele de nós, e é mais do que evidente que temos de mudar o modelo de desenvolvimento e dar outra atenção à ecologia, à preservação da natureza: para uma sociedade mais humana, solidária e fraterna.

Este pode ser o tempo de oportunidade para um novo *tempo*, ou o *kairós* da antiguidade grega. Um tempo que se desdobra em duas temporalidades: o tempo utópico da imaginação de novos paradigmas e o tempo da *transição paradigmática*. A procura de *amanhãs* para novos modos de ser e estar.

Ou seja, de acordo com a definição de *kairós* podemos pensar este tempo (*kairós*) como um momento oportuno único que pode estar presente dentro de um espaço ou de um tempo exato. De um período ideal para a realização de algo específico, de um processo a ser iniciado dentro dum determinado contexto. Neste caso, no mundo globalizado, do

tempo pós pandemia covid-19,

Estamos de facto numa encruzilhada, num ponto em que percebemos que a humanidade pode desaparecer da terra tal como um carro de Jagrená – metáfora que Giddens utiliza para, à semelhança da divindade hindu que perde o controlo do carro, nos fazer pensar ou tomar consciência que também a humanidade está a perder a capacidade de controlo sobre os efeitos da sua ação lapidar e descontrolada sobre o meio ambiente e o planeta, o qual pode lançar toda a humanidade na engrenagem letal do seu próprio fim. É tempo de buscar o *kairós* do tempo latente pois não restam dúvidas de que estamos a marcar um novo momento, que muitos de nós estamos a sentir no corpo e na alma.

REFERÊNCIAS

ANTUNES, Ricardo. **Desigualdades na vida e na morte: saúde, classes sociais e estilos de vida**. ISCTE - Instituto Universitário de Lisboa. 2011.

DENIS, Maria Teresa. Trabalho um dever/direito que urge ser repensado como “bem-comum”. In: **Colóquio Internacional Portugal entre desassossegos e desafios**. 2011.

ELIAS, Norbert. O processo civilizador. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., vol 1, 1994.

PERALTA, Susana. **Portugal e a Crise do Século**. Editora Objectiva, Lisboa. 2020.

ROSA, Maria João Valente. **O Envelhecimento da Sociedade Portuguesa**. FFMS, Lisboa. 2012

SANTOS, Boaventura Sousa. **O Futuro Começa Agora – da pandemia à Utopia**. Lisboa, Edições 70. 2021

SANTOS, Boaventura Sousa. **A Cruel Pedagogia do Vírus**. Coimbra Almedina. 2020

ÍNDICE REMISSIVO

A

Acolhimento 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 141
Agentes comunitários de saúde 27, 53
Agressor 75, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 85, 86, 88
Área rural 67, 69, 70, 73, 88
Assistência social 9, 51, 52, 59, 60, 61, 75, 138, 161, 162
Atenção básica 26, 157, 160
Atenção terciária 1, 4, 5, 6, 7, 10, 11

C

Câncer de colo de útero 92, 94, 96, 97, 111, 112, 162
Centro-dia 35, 36, 39, 40, 41, 42, 44, 45, 46, 47, 49
Corpo de Bombeiros 159, 160, 161, 164
Covid-19 11, 12, 28, 137, 138, 139, 142, 144, 145, 146, 147, 164
Cuidador de pessoa idosa 51, 52, 57

D

Decisões judiciais 21, 22
Desejo sexual 68, 71, 72, 74
Desigualdades sociais 137, 139, 142
Diagnóstico situacional 161
Dirigentes religiosos 125, 128, 133
Disfunção sexual 71

E

Envelhecimento 21, 25, 27, 28, 32, 33, 36, 37, 39, 42, 43, 45, 46, 47, 48, 49, 52, 57, 60, 62, 63, 64, 65, 67, 70, 72, 73, 74, 95, 117, 138, 139, 141, 147
Equipamento social 25, 27, 28
Especialidade 7, 16, 17, 18, 21
Espiritualidade 40, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 126, 127, 130, 132, 133, 134, 136
Estudantes 142, 148, 149, 150, 151, 152, 155, 156
Exame Papanicolau 89, 92, 93, 97, 98, 100

F

Fornecimento de medicamentos 14, 15, 16, 17, 20, 21, 22, 23, 24

H

Histogênese 101, 103

Humanização 1, 2, 12, 13, 108, 109, 110, 112, 113, 114, 121

I

Idosos 11, 21, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 57, 58, 61, 62, 65, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 136, 138, 139, 140, 141, 144

Indústria farmacêutica 22, 23, 150

Interdisciplinaridade 51, 55, 61

J

Judicialização 14, 15, 16, 23

M

Mama 68, 90, 92, 95, 100, 101, 102, 103, 104, 107, 111, 112, 120

Metástase 101, 103, 105

N

Neoplasia 91, 93, 95, 97, 98, 102, 107

P

Parto 111, 113, 114, 119, 120

Práticas integrativas e complementares 148, 154, 157, 158

Práticas religiosas 134

Prevenção de quedas 25, 27, 28, 30, 33, 34, 58

Promoção da saúde 23, 26, 27, 29, 32, 33, 34, 35, 36, 39, 41, 43, 48, 49, 50, 56, 99, 115, 116, 117, 118, 121, 137, 142, 144

Q

Qualidade de vida 12, 24, 26, 33, 36, 37, 43, 45, 48, 49, 50, 54, 56, 59, 60, 62, 68, 72, 99, 116, 118, 121, 133, 144, 145, 156

R

Rede materna e infantil 113, 114

S

Saúde bucal 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 54, 58, 125, 126, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 161

Saúde da mulher 69, 76, 90, 96, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119,

121

Saúde mental 44, 58, 59, 77, 78, 120, 136

Sexualidade 62, 64, 65, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 96, 98

Sistema de informação 78, 80, 82, 83, 91

T

Terceira idade 12, 40, 48, 49, 50, 62, 63, 64, 65, 72, 73, 74

Tumor maligno da bainha do nervo periférico 101, 103, 104

V

Violência contra a mulher 76, 77, 85, 87, 88


Violência psicológica 75, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 88

www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br
@atenaeditora
www.facebook.com/atenaeditora.com.br



Saúde Coletiva:

Uma construção teórico-prática
permanente 3

 www.atenaeditora.com.br
 contato@atenaeditora.com.br
 @atenaeditora
 www.facebook.com/atenaeditora.com.br



Saúde Coletiva:

Uma construção teórico-prática
permanente 3