

Benedito Rodrigues da Silva Neto  
(Organizador)



# MEDICINA:

Atenção às rupturas e permanências  
de um discurso científico

 **Atena**  
Editora  
Ano 2022



Benedito Rodrigues da Silva Neto  
(Organizador)



# MEDICINA:

Atenção às rupturas e permanências  
de um discurso científico

 **Atena**  
Editora  
Ano 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 Cremo

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. Cirêno de Almeida Barbosa – Universidade Federal de Ouro Preto  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Daniela Reis Joaquim de Freitas – Universidade Federal do Piauí  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> 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<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Elizabeth Cordeiro Fernandes – Faculdade Integrada Medicina  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Eleuza Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Eysler Gonçalves Maia Brasil – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira  
Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Fernanda Miguel de Andrade – Universidade Federal de Pernambuco  
Prof. Dr. Fernando Mendes – Instituto Politécnico de Coimbra – Escola Superior de Saúde de Coimbra  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> 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<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> 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<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Juliana Santana de Curcio – Universidade Federal de Goiás  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Lívia do Carmo Silva – Universidade Federal de Goiás  
Prof. Dr. Luís Paulo Souza e Souza – Universidade Federal do Amazonas  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande  
Prof. Dr. Marcus Fernando da Silva Praxedes – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Tatiane Gonçalves Sá – Universidade do Estado do Pará  
Prof. Dr. Maurilio Antonio Varavallo – Universidade Federal do Tocantins  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> 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<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Regiane Luz Carvalho – Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Renata Mendes de Freitas – Universidade Federal de Juiz de Fora  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Sheyla Mara Silva de Oliveira – Universidade do Estado do Pará  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Suely Lopes de Azevedo – Universidade Federal Fluminense  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Vanessa da Fontoura Custódio Monteiro – Universidade do Vale do Sapucaí  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Welma Emídio da Silva – Universidade Federal Rural de Pernambuco



## Medicina: atenção às rupturas e permanências de um discurso científico

**Diagramação:** Camila Alves de Cremo  
**Correção:** Flávia Roberta Barão  
**Indexação:** Amanda Kelly da Costa Veiga  
**Revisão:** Os autores  
**Organizador:** Benedito Rodrigues da Silva Neto

### Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

M489 Medicina: atenção às rupturas e permanências de um discurso científico / Organizador Benedito Rodrigues da Silva Neto. – Ponta Grossa - PR: Atena, 2022.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-258-0567-2

DOI: <https://doi.org/10.22533/at.ed.672222208>

1. Medicina. 2. Saúde. I. Silva Neto, Benedito Rodrigues da (Organizador). II. Título.

CDD 610

Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166

**Atena Editora**  
Ponta Grossa – Paraná – Brasil  
Telefone: +55 (42) 3323-5493  
[www.atenaeditora.com.br](http://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

Temos a satisfação de apresentar a nova obra, no campo das Ciências da saúde, intitulada “Medicina: Atenção as rupturas e permanências de um discurso científico” inicialmente dividida em dois volumes. O agregado de capítulos de ambos os volumes compreende demandas científicas e trabalhos desenvolvidos com acurácia científica e com o fim de responder às demandas da saúde que porventura ainda geram rupturas no sistema.

Pretendemos direcionar o nosso leitor de forma integrada à uma produção científica com conhecimento de causa do seu título proposto, o que a qualifica mais ainda diante do cenário atual. Consequentemente destacamos a importância de se aprofundar no conhecimento nas diversas técnicas de estudo do campo médico/científico que tragam retorno no bem estar físico, mental e social da população.

Reafirmamos aqui uma premissa de que os últimos anos tem intensificado a importância da valorização da pesquisa, dos estudos e do profissional da área da saúde. Deste modo, essa obra, compreende uma comunicação de dados muito bem elaborados e descritos das diversas sub-áreas da saúde oferecendo uma teoria muito bem elaborada nas revisões literárias apresentadas, assim como descrevendo metodologias tradicionais e inovadoras no campo da pesquisa.

A disponibilização destes dados através de uma literatura, rigorosamente avaliada, evidencia a importância de uma comunicação sólida com dados relevantes na área médica, deste modo a obra alcança os mais diversos nichos das ciências médicas. A divulgação científica é fundamental para romper com as limitações nesse campo em nosso país, assim, mais uma vez parabenizamos a estrutura da Atena Editora por oferecer uma plataforma consolidada e confiável para estes pesquisadores divulguem seus resultados.

Desejo a todos uma excelente leitura!

Benedito Rodrigues da Silva Neto



## SUMÁRIO

### **CAPÍTULO 1..... 1**

#### **A IMPORTÂNCIA DA CAPSULOTOMIA POR ND: YAG LASER EM PACIENTES QUE APRESENTAM ABERRÂNCIA DE ALTA ORDEM APÓS CIRURGIA DE CORREÇÃO DA CATARATA**

Heitor Francisco Julio  
Vinícius Gomes de Moraes  
João Victor Humberto  
Gabriella Nunes de Magalhães dos Santos  
Wander Júnior Ribeiro  
Samuel Machado Oliveira  
Rodolfo Augusto Aquino Machado  
Marília Gabriella Mendes Maranhão  
Raphael Camargo de Jesus  
Gabriela Zoldan Balena  
Gabriela Wander de Almeida Braga  
Samilla Pereira Rodrigues

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.6722222081>

### **CAPÍTULO 2..... 8**

#### **A SUPLEMENTAÇÃO ASSOCIADA À REMISSÃO DO DIABETES MELLITUS TIPO 2**

Antônio Ribeiro da Costa Neto  
Guiler Algayer  
Catarina Piva Mattos  
Laura Moschetta Orlando  
Thallyta Ferreira Silva  
Ana Laura Portilho Carvalho  
Júlia Fidelis de Souza  
Dieyson Silva Cabral  
Isadora Paula Correia  
Luan Queiroz Fernandes Pereira  
Samuel David Oliveira Vieira  
Luciano Souza Magalhães Júnior

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.6722222082>

### **CAPÍTULO 3..... 16**

#### **AVALIAÇÃO DA INCIDÊNCIA DE ANSIEDADE, DEPRESSÃO E TRANSTORNOS DE SONO EM REGIÕES DO PAÍS COM MEDIDAS MAIS OU MENOS RESTRITAS DE ISOLAMENTO SOCIAL DURANTE A PANDEMIA DE CORONAVÍRUS SARS-COV2 (COVID-19)**

Rafaela Dotta Brustolin

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.6722222083>

### **CAPÍTULO 4..... 39**

#### **CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM PACIENTES PEDIÁTRICOS NOS SERVIÇOS DE**

## EMERGÊNCIA: ESTUDO BIBLIOMÉTRICO

Andreza da Silva

Grasiele Fatima Busnello

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.6722222084>


## **CAPÍTULO 5..... 53**

### COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS EM MEIO A PANDEMIA POR COVID-19: UMA ANÁLISE BIOÉTICA

Bruna Tavares Oliveira

Maria Heloisa Santos Melo

Rosamaria Rodrigues Gomes

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.6722222085>

## **CAPÍTULO 6..... 65**

### DOR FANTASMA DE MEMBRO AMPUTADO E DOR NEUROGÊNICA DO PLEXO BRAQUIAL: RELATO DE CASO

Fernanda Cândido Pereira


Lincoln Nogueira Arcaño de Oliveira

Rubem Zacarias Martins

Eline Torres Passos

Érica Camarço Saboia Fiuza

Iago Leandro de Menezes


 <https://doi.org/10.22533/at.ed.6722222086>

## **CAPÍTULO 7..... 70**

### ENDEREÇAMENTO NO CONTEXTO DE HIV/AIDS: UMA ABORDAGEM CRÍTICO-REFLEXIVA

Tiago Azevedo Pereira


Alice Copetti Dalmaso

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.6722222087>

## **CAPÍTULO 8..... 78**

### ETIOPATOGENIA DAS DOENÇAS INFLAMATÓRIAS INTESTINAIS (DII): DOENÇA DE CROHN (DC) E RETOCOLITE ULCERATIVA (RCU)

Cairo Henrique Cardoso Pereira

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.6722222088>

## **CAPÍTULO 9..... 80**

### HABILIDADES SOCIALES DE ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DURANTE EL ESTADO DE EMERGENCIA POR COVID-19

Jimmy Nelson Paricahua Peralta

Edwin Gustavo Estrada Araoz

Percy Amilcar Zevallos Pollito

Libertad Velasquez Giersch

Nelly Jacqueline Ulloa Gallardo


Dalmiro Ramos Enciso

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.6722222089>

**CAPÍTULO 10..... 90**

**PAINEL VIRAL RESPIRATÓRIO E EVOLUÇÃO CLÍNICA PEDIÁTRICA DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19 EM GOIÂNIA – GOIÁS**


Mônica de Oliveira Santos  
André Luís Elias Moreira  
Benedito Rodrigues da Silva Neto  
Paulo Alex Neves Silva  
Célia Regina Malveste Ito  
Isabela Jube Wastowski  
Lilian Carla Carneiro  
Melissa A. Gomes Avelino Ferri

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.67222220810>

**CAPÍTULO 11 ..... 101**

***Klebsiella pneumoniae* carbapenemase: UMA REVISÃO INTEGRATIVA**


Marcos Alves Gomes  
Amanda Cristina Gonçalves Gomes Sousa  
Deborah de Kássia Gonçalves Gomes Sousa  
Emmily Menezes Pedroso  
Felipe Vasconcelos do Carmo  
Gyovanna Vasconcelos do Carmo  
Jean Marcos Xavier Machado  
Luísa Emanuele Macedo  
Maria Cristina de Santi Roncolato  
Pedro Wilson Borges de Santana  
Rafaella Almeida Oliveira  
Vitor Hugo Leonel e Silva

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.67222220811>

**CAPÍTULO 12..... 104**

**MECANISMOS DE DOR NA OSTEOARTRITE DE JOELHO**

Gabriel Felimberti  
Charise Dallazem Bertol  
Tatiana Staudt  
Ana Paula Tietze  
Karini da Rosa  
Leonardo Cardoso  
Marcos Roberto Spassim


 <https://doi.org/10.22533/at.ed.67222220812>

**CAPÍTULO 13..... 114**

**O DIRETO À SAÚDE E A ATENÇÃO BÁSICA REFLEXÕES SOBRE A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF)**

Maria Gabriela Teles de Moraes  
Gustavo Gomes Eko  
Felipe Paulo Ribeiro  
Paulo Vitor Lellis Paiva de Oliveira


Ana Luiza Silva de Almeida  
Jackeline Andressa Barbiero  
Maila Kristel Ferreira Pinto  
Jéssica José Leite de Melo  
Ronaldo Cesar Freyre Pinto Neto  
Lara Gabriela Zacarias Magaldi  
Greyce Ellen Cauper Pinto Farah  
Lêda Lorayne da Cruz Menezes  
Heloisa Stragliotto Jambers  
Luciane Guiomar Barbosa  
Caroline Silva de Araujo Lima

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.67222220813>

## **CAPÍTULO 14..... 126**

### **O IMPACTO RESPIRATÓRIO DOS POLUENTES ATMOSFÉRICOS ADVINDOS DAS QUEIMADAS NA SAÚDE DO COMBATENTE BOMBEIRO MILITAR**


Orleilso Ximenes Muniz  
Helyanthus Frank da Silva Borges  
Alexandre Gama de Freitas  
Andrey Barbosa Costa  
João Souza Pereira  
Nayara de Alencar Dias  
Raquel de Souza Praia  
Yacov Machado Costa Ferreira  
Homero Albuquerque Ferreira  
Leonardo Soria Negreiros  
Thalyade Furtado Cavalcante  
Deib Lima de Souza  
Elisângela dos Santos Fialho  
Eduardo Araújo dos Santos Neto  
Midian Barbosa Azevedo  
Carlúcio Souza da Silva  
Euler Esteves Ribeiro  
Ciro Felix Oneti

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.67222220814>

## **CAPÍTULO 15..... 135**

### **HEMORRAGIA PÓS-PARTO: UM ESTUDO DE 2016 A 2021 NO ESTADO DE SÃO PAULO**


Gabriela Miloch Dietrich  
Felipe Rocha Elias  
Carolina Paes Landim Ramalho  
Lais Miranda Balseiro  
Elis Miranda Balseiro  
Amanda Giovanelli e Silva

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.67222220815>

**CAPÍTULO 16..... 143**

**SARCOPENIA E DOENÇA RENAL CRÔNICA: CONDIÇÕES ASSOCIATIVAS**


Lucas Zannini Medeiros Lima  
Guilherme Vinício de Sousa Silva  
Enzo Gheller  
Andressa Rissotto Machado  
Matheus Ribeiro Bizuti  
Danieli de Cristo  
Josiano Guilherme Puhle  
Débora Tavares de Resende e Silva

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.67222220816>

**CAPÍTULO 17..... 150**

**SOBREVIVENTES DO CÂNCER INFANTIL: SEGUIMENTO AMBULATORIAL DE EFEITOS TARDIOS DO TRATAMENTO ANTINEOPLÁSICO**


Vanessa Belo Reyes  
Adelita Noro  
Paula de Cezaro  
Ana Paula Wunder Fernandes  
Yanka Eslabão Garcia  
Letícia Toss  
Ingrid da Silva Pires  
Adriana Maria Alexandre Henriques  
Flávia Giendruczak da Silva  
Liege Segabinazzi Lunardi  
Aline Tigre  
Bibiana Fernandes Trevisan

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.67222220817>

**CAPÍTULO 18..... 162**

***Streptococcus pneumoniae* COMO CAUSADOR DE INFECÇÃO HOSPITALAR**

Rafaella Almeida Oliveira  
Fernanda Bernadino Paiva  
Lis Mariana Fernandes Costa Lago  
Mônica Marques Brandão Inácio  
Marcos Alves Gomes  
Karen Renatta Barros Rodrigues

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.67222220818>

**CAPÍTULO 19..... 164**

**HOMOSSEXUALIDADE E O DIREITO À SAÚDE: UMA REFLEXÃO SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE EM ATENÇÃO AO DISPOSTO NA CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988**

Maria Gabriela Teles de Moraes  
Gabriel Jessé Moreira Souza  
Amanda Luzia Moreira Souza  
Gabriela Cecília Moreira Souza

Lionel Espinosa Suarez Neto  
Renata Reis Valente  
Jéssica José Leite de Melo  
Dágyla Maisa Matos Reis  
Anna Paula Matos Reis  
Victória Mayra Machado Marinho  
Lêda Lorayne da Cruz Menezes  
Matheus da Costa Pereira  
Caroline Silva de Araujo Lima

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.67222220819>

<b>SOBRE O ORGANIZADOR.....</b>	<b>173</b>
<b>ÍNDICE REMISSIVO.....</b>	<b>174</b>

# CAPÍTULO 13

## O DIRETO À SAÚDE E A ATENÇÃO BÁSICA REFLEXÕES SOBRE A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF)

Data de aceite: 01/08/2022

**Maria Gabriela Teles de Moraes**

Centro Universitário Fametro

**Gustavo Gomes Eko**

Universidad Sudamericana

**Felipe Paulo Ribeiro**

Universidade Federal de Jataí

**Paulo Vitor Lellis Paiva de Oliveira**

Universidade Federal de Jataí

**Ana Luiza Silva de Almeida**

Centro Universitário São Lucas

**Jackeline Andressa Barbiero**

Centro Universitário Fametro

**Maila Kristel Ferreira Pinto**

Centro Universitário Fametro

**Jéssica José Leite de Melo**

Universidade Nilton Lins

**Ronaldo Cesar Freyre Pinto Neto**

Centro Universitário Fametro

**Lara Gabriela Zacarias Magaldi**

Centro universitário Fametro

**Greyce Ellen Cauper Pinto Farah**

Centro Universitário Fametro

**Lêda Lorayne da Cruz Menezes**

Centro Universitário Fametro

**Heloisa Stragliotto Jambers**

Centro Universitário Fametro

**Luciane Guiomar Barbosa**

Centro Universitário Fametro

**Caroline Silva de Araujo Lima**

Faculdade Dinâmica do Vale do Piranga-  
FADIP

**RESUMO:** O conceito de saúde foi ampliado a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988, constituindo-se, sob a ótica jurídica, na possibilidade de legitimar a saúde como um direito de todos e dever do Estado. Nessa senda, ao contextualizar o direito a saúde, colocando-o como um direito de todos, é complexo pensar em todos como um conjunto isonômico de demandas, uma vez que são diversas as desigualdades sociais, até mesmo dentro de um mesmo espaço geográfico. Assim, o presente artigo, tem como enfoque a Estratégia Saúde da Família, formulada pelo Ministério da Saúde no ano de 1994, se colocando como prioridade no campo da saúde, visando garantir o emanado pela Constituição Federal. Logo, utilizando a pesquisa bibliográfica documental, possibilitou a identificação de que o mecanismo da Estratégia Saúde da Família é um modelo exemplar e efetivo, mas carece de aprimorações, como a capacitação das equipes, ampliação dos atendimentos, se apresentando somente como uma, de diversas outras possibilidades para concretização dos princípios emanados pela Lei nº 8.080/90, garantindo ainda, o direito a saúde como um direito de todos.

**PALAVRAS-CHAVE:** Direito à saúde; Atenção Básica; Estratégia Saúde da Família.

**ABSTRACT:** The concept of health was expanded after the promulgation of the Federal Constitution of 1988, constituting, from a legal standpoint, the possibility of legitimizing health as a right of all and a duty of the State. In this sense, when contextualizing the right to health, placing it as a right for all, it is complex to think of all as an isonomic set of demands, since there are several social inequalities, even within the same geographic space. Thus, this article focuses on the Family Health Strategy, formulated by the Ministry of Health in 1994, as a priority in the field of health, aiming to ensure the emanation of the Federal Constitution. Thus, using the bibliographic and documental research, it enabled the identification that the Family Health Strategy mechanism is an exemplary and effective model, but lacks improvements, such as the training of teams, expansion of care, presenting itself as only one of several other possibilities for the realization of the principles emanated by Law No. 8.080/90, still ensuring the right to health as a right for all.

**KEYWORDS:** Right to Health; Primary Health Care; Family Health Strategy.

## 1 | INTRODUÇÃO

A Atenção Básica ou Atenção Primária constitui o primeiro nível de atenção à saúde, conforme modelo adotado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), sendo a porta de entrada preferencial dos usuários no sistema e é responsável por coordenar as ações de atenção à saúde. Neste nível deverão ser abordados (atendidos) os problemas mais frequentes e relevantes de saúde da população.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) é considerada o modelo prioritário para a expansão, qualificação e consolidação da Atenção Básica, por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de ampliar a resolutividade e impactar na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade.

A manutenção de equipes completas e com efetiva disponibilidade da carga horária legal contratada contribui para a prestação de serviços de saúde resolutivos. Ademais, trata-se de uma exigência decorrente da utilização proba e eficiente dos recursos públicos.

A habilitação das Equipes de Saúde da Família junto ao Ministério da Saúde exige que estas possuam composição completa de profissionais de saúde prevista na Política Nacional de Atenção Básica.

O município é o ente “chave” nesse processo, pois é nele que se dá a execução das práticas e surgem as dificuldades na organização e garantia do atendimento acolhedor e resolutivo.

Nessa senda, partindo do ponto de que o direito à saúde no Brasil está respaldado por um arcabouço jurídico-legal, que engatinha para efetivar o acesso à saúde universal, integral e igualitário, em razão das diversas desigualdades sociais existentes em nosso país, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) é um mecanismo necessário para concretizar os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).



Portanto, a presente pesquisa se trata de uma pesquisa bibliográfica documental, onde foram utilizadas plataformas eletrônicas de dados acadêmicos, como Scielo, Google Acadêmico e PubMed, realizando a busca de artigos originais, a respeito da atenção básica e a garantia do direito à saúde, bem como sobre a efetivação dos princípios do SUS por meio do Programa Estratégia de Saúde da Família (ESF).

## 2 | O DIREITO À SAÚDE NA POLÍTICA PÚBLICA BRASILEIRA

O Sistema Nacional de Saúde brasileiro, criado a partir da Lei nº 6.229/75, surge com as seguintes características: centralização da tomada de decisões na esfera federal, polaridade entre as ações preventivas e curativas (as primeiras sob a responsabilidade do Ministério da Saúde, e as segundas, do Ministério da Previdência Social), e pela praticamente nula participação da sociedade na proposição de alternativas de solução para os problemas de saúde da população.

Nesse contexto, institucionalizou-se no Brasil um modelo de atenção à saúde centrado na figura do médico e na assistência individual curativa e privatista, que desconsidera os aspectos sociais que interferem na ocorrência do processo saúde/doença. Romper essa racionalidade que se expressa no processo de trabalho em saúde e na definição da política de saúde no país foi um dos grandes desafios enfrentados pelo Movimento Sanitário, quando, no final da década de 70, propôs (re)pensar a saúde como intimamente relacionada a condições e qualidade de vida.

Assim, quando o Movimento Sanitário propõe um conceito ampliado de saúde, legitimado na VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, cria-se uma relação indissolúvel entre a saúde da população e o patamar de cidadania definido pelo pacto social estabelecido entre Estado, governo e sociedade.

A saúde é concebida neste fórum como decorrente das condições de acesso a habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. Um aspecto fundamental nesta formulação foi o fato de se ter chamado a atenção para a interdependência que existe entre esses elementos e sua condição sine qua non para alcançar a saúde. Esta, por sua vez, está associada a padrões dignos de qualidade de vida, esta última não apenas reduzida a padrões de consumo, status ou requinte social, mas “a possibilidade de participar, criar opções, ter acesso à oportunidade de desenvolver um projeto de vida, de exercer a cidadania” (VARGAS, 2001, p. 160).

Esse conceito, incorporado do ponto de vista jurídico-legal na Constituição Federal de 1988, transforma-se no artigo 196, que assinala:

*a saúde é um direito de todos e um dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para*

Apesar da consonância desses preceitos com conquistas universais de direitos humanos que envolvem o direito à vida, à saúde, ao meio ambiente, entre outros, ao contextualizarmos a saúde como direito de todos no cenário brasileiro, fica difícil pensar em *todos* como um conjunto igualitário de demandas individuais e coletivas, perante as gritantes desigualdades sociais associadas a oportunidades diferenciadas de inserção no processo produtivo, no acesso à informação e educação, à moradia e todos aqueles elementos relacionados a um padrão de vida digna.

Em matéria publicada pelo jornal *O Globo*, em 16/11/1998, sob o título “Brasil é campeão da desigualdade”, Ivan Vassoler e Chris Delboni apresentam resultados de estudos realizados pelo Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) e o Banco Mundial, segundo os quais na América Latina se observa a pior distribuição de renda do planeta. O Brasil é assinalado como o maior exemplo disso, na medida em que aqui os 10% mais ricos controlam quase 50% da renda nacional, enquanto 50% dos mais pobres participam com menos de 10%. Segundo a matéria, para o BID, essa desigualdade de renda entre pobres e ricos reflete também diferenças na educação, na participação no mercado de trabalho e nas oportunidades de crescimento de maneira geral. Em 2002, quando o estudo foi novamente realizado pelo BID, utilizando inclusive os mesmos indicadores, continuava reduzido a 10% o número de brasileiros mais ricos, enquanto que subiu para 70% o total dos mais pobres.

A partir dessa noção de desigualdade associada à pobreza, surgem medidas compensatórias, não para erradicá-la, mas para mantê-la, porque isso favorece os interesses de uma elite que continua cultivando a noção de dádiva - o que lhe garante posição hegemônica dentro da sociedade. Portanto, considera-se que a desigualdade no Brasil é estrutural e que a pobreza do brasileiro não se limita a suas carências econômicas, mas se estende à sua submissão e pobreza política e social. No entanto, parece ser inevitável falar de pobreza quando abordamos a questão da desigualdade. Neste sentido, achamos pertinente fazer uma breve diferenciação de ambos os termos, muito embora se apresentem intrinsecamente relacionados.

Segundo Marsiglia, Silveira e Júnior (2005, p. 71), “o conceito de pobreza é um conceito absoluto, já que abrange aqueles que não obtêm o rendimento mínimo estipulado oficialmente para atendimento de suas necessidades”. Já a desigualdade, segundo Minayo (2000 *apud* MARSIGLIA; SILVEIRA; JÚNIOR, 2005, p. 71) “refere-se às distâncias relativas entre os estratos da população na apropriação de bens econômicos, políticos e culturais no interior de cada país e entre países”. Mas desigualdade é mais do que isso. Ela é também a expressão de uma cultura altamente discriminatória, na qual se faz questão de tratar de forma diferenciada pessoas, instituições, regiões, privilegiando uns em detrimento de outros. Nesse cenário, as políticas públicas as quais, segundo Costa (1998, p. 7), podem ser

definidas como “o espaço de tomada de decisão autorizada ou sancionada por intermédio de atores governamentais, compreendendo atos que viabilizam agendas de inovação em políticas que respondem a demandas de grupos de interesses” surgem como a forma encontrada pelo Estado para se legitimar como o único ator que, contraditoriamente, gera e controla o conflito ocasionado pela seletividade política e social.

Dentro das políticas públicas, as políticas sociais se apresentam como propostas planejadas que visam à conciliação do conflito social ou, nas palavras de Demo (1994, p. 14), “a busca de composição pelo menos tolerável entre alguns privilegiados que controlam a ordem vigente, e a maioria marginalizada que a sustenta”.

A forma como o Estado tem encontrado para controlar o conflito social gerado pela sua incapacidade de gerenciá-lo tem sido a formulação de políticas compensatórias, expressões de “não-cidadania” na medida em que, em lugar de superar o conflito, se barganham migalhas para controlá-lo, o que significa a manutenção do status quo. Neste contexto, se faz mister analisar as propostas que dentro da política de saúde hoje, 20 anos depois da VIII Conferência Nacional de Saúde, se apresentam como uma possibilidade de concretizar os princípios idealizados no Sistema Único de Saúde (SUS) e, portanto garantir, através de políticas públicas, o direito à saúde da população.

Para compreender esta possibilidade, é necessário reconhecer princípios e diretrizes que norteiam o SUS, que tem como eixo central o direito à saúde como direito de cidadania e em decorrência, o acesso ao sistema é universal; tem a equidade como atributo a ser alcançado, entendida como ações diferenciadas, por parte do SUS, para necessidades diferenciadas de saúde. O SUS se caracteriza pela descentralização na gestão do sistema, o que se traduz na ação do Governo Federal induzindo municípios e estados a assumirem funções de planejamento, gestão, avaliação e para o município, ainda, a execução das ações e serviços de saúde. Pretende ser organizado na forma hierarquizada e regionalizada, assegurando integralidade da atenção à saúde e participação da comunidade na definição da política de saúde.

A estrutura do SUS se constitui numa matriz de inter-relação entre três instâncias: de gestão, de pactuação e de controle social. O SUS tem três instâncias gestoras: federal, estadual e municipal, e duas instâncias de pactuação: a Comissão Tripartite (CIT, de âmbito nacional) e as Comissões Bipartites (CIBs, uma em cada estado). O controle social está inserido no aparelho estatal, com organização legalmente instituída pela Lei nº 8.142/90, através dos Conselhos de Saúde. São órgãos colegiados, de caráter permanente e deliberativo, que atuam na formulação de estratégias de implementação e controle da execução da política de saúde do nível correspondente. Atualmente, é possível identificar conselhos de unidades públicas de saúde, como Unidade de Saúde da Família, conselhos distritais, municipais, regionais, estaduais e o Conselho Nacional de Saúde. Os distintos arranjos expressam as diferenças na implementação do SUS. Uma das propostas da qual nos ocuparemos neste momento é a Estratégia Saúde da Família (ESF), formulada pelo

### 3 | O DIREITO À SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA: ESF

A Estratégia Saúde da Família emerge no Brasil em uma conjuntura altamente restritiva do ponto de vista econômico, na qual as incertezas de sua política econômica refletiam os grandes desajustes em suas finanças públicas, assim como oscilações em suas taxas de crescimento, repercutindo negativamente no financiamento destinado à saúde no início da década de 90 (VIANA; DAL POZ, 2005).

Paralelamente, do ponto de vista político, encontrou-se em um período (final da década de 1980 e início da década de 90), de imenso “vazio” programático nos três níveis de governo (federal, estadual e municipal), no qual a proposta de Sistema Local de Saúde e dos Distritos Sanitários não se impunha como ferramenta suficientemente forte, no sentido de uma mudança radical das práticas de saúde, com a política seguindo, cada vez mais, uma repetição de modelos de atendimentos antigos (VIANA; DAL POZ, 2005).

Da mesma forma, o avanço do processo de municipalização e o aumento da visibilidade dos secretários municipais na arena decisória, assim como com a influência de modelos anteriores de assistência à família (no Canadá, em Cuba, na Suécia e na Inglaterra) e o sucesso da implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em diversas regiões do país contribuíram de maneira significativa para sua formulação, em 1994, pelo Ministério da Saúde. Essa estratégia visa a reorientar o modelo de atenção à saúde a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS. Propõe priorizar a família e o ambiente no qual ela vive como centro da atenção à saúde, com uma visão ampliada do processo saúde-doença, insistindo-se em relacionar a saúde ao exercício pleno da cidadania.

Neste sentido, a família passa a ser objeto fundamental da atenção à saúde, entendida como a unidade básica de organização social e contextualizada a partir do meio em que ela vive, que mais do que delimitação geográfica é o espaço onde se constroem as relações sociais e se desenvolvem as lutas pelas melhorias das condições de vida (BRASIL/MS, 1998). Segundo Ferrari e Kaloustian (1998 apud SERAPIONI, 2005, p. 246), “a família brasileira, em meio à discussão sobre sua desagregação ou enfraquecimento, está presente e permanece enquanto espaço privilegiado de socialização, de prática de tolerância [...] e de lugar inicial para o exercício da cidadania”.

Assim, através da atuação de equipes multidisciplinares de saúde (compostas por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde), em território e com clientela adscritos, preconiza a produção social da saúde, a partir da coresponsabilidade e estabelecimento de vínculos entre os diferentes atores sociais que participam da intrincada e complexa rede de relações que sustentam a dinâmica social.

Pela abrangência da proposta e a prioridade que conquistou no cenário da política

de saúde no Brasil, entendemos como fundamental que dentro do espaço acadêmico se faça um acompanhamento e uma análise crítica da mesma, principalmente no sentido de identificar de que forma essa proposta garante efetivamente o direito à saúde. Pode-se apreciar que ainda não se tem um consenso em relação às características e pertinência desta proposta. Assim, segundo Sousa (2000, p. 27), “a operacionalização da Estratégia Saúde da Família vem gerando, de fato, um novo modelo de atenção à saúde, configurando-se numa forma inovadora de fazer saúde, fundamentada numa nova ética social”. Soares (2000, p. 22) chama atenção para o fato de que “é preciso olhar para o processo real de municipalização que hoje está se dando no SUS, face ao contexto restritivo do ajuste e diante das propostas de reforma do Estado, dirigidas à privatização e à focalização dos serviços públicos para os pobres” (grifo do autor).

Outra questão bastante debatida é o caráter de focalização dessa proposta. Nessa perspectiva, a ESF seria dirigida às regiões e grupos sociais em situação de exclusão social e sanitária. Segundo Paim (1996, p. 19), é o “‘SUS para os pobres’, centrado numa medicina simplificada para gente simples, mediante focalização” (grifo do autor). Já Viana e Dal Poz (2005, p. 238) afirmam que “o programa evidencia a necessidade de ações especiais, de atendimento especial, para as populações mais carentes”.

Nesse cenário, um dos grandes desafios da estratégia é superar as iniquidades que se alastram ao longo da história e que acumulam hoje uma dívida social que desencadeia uma série de outros fenômenos associados, como a violência, o desemprego, a fome, entre outros, todos eles manifestações da exclusão social. Outro desafio é operacionalizar uma proposta como a da ESF dentro de um território nacional heterogêneo do ponto de vista geopolítico, econômico, cultural e social e, principalmente, nas grandes metrópoles. Neste sentido, Sousa (2002, p. 27) afirma:

Projetar qualquer política pública neste cenário constitui-se um grande desafio, uma vez que não dá mais para pensar apenas naquelas doze regiões metropolitanas; hoje existem metrópoles denominadas globais, com grande articulação em âmbito internacional, caso de São Paulo e Rio de Janeiro. Temos as metrópoles nacionais, que são Salvador, Belo Horizonte, Fortaleza, Brasília, Curitiba, Recife e Porto Alegre, além das chamadas metrópoles regionais e sub-regionais que têm suas diferenciações, disparidades, dinâmicas, dispersão e instabilidade que lhe são próprias e que certamente devem ser consideradas em qualquer processo de formulação da oferta de ações e serviços públicos.

Essa situação, além de outras heranças negativas alaistradas na política social, especificamente na saúde, no Brasil, como a permanência hegemônica do modelo biomédico, hospitalocêntrico, pautado na doença, dicotômico em relação à prevenção e à cura e muito incipiente em relação à promoção da saúde, são alguns dos grandes obstáculos desta estratégia para se concretizar e assim garantir o *direito à saúde* da população. Neste sentido, concordamos com Sousa (2003, p. 35), quando coloca que:

é preciso romper com os resquícios, deixados pelo modelo clássico da doença no que se refere à prática clientelista, pautada pelo favor e esquecendo o direito de cada cidadão. É bem verdade que isso é fruto dos limites da participação da sociedade nos destinos dos bens públicos. Práticas dessa natureza, até hoje ocorrem, fazendo-se necessário adotar como critérios para a existência do PACS/PSF sua aprovação e seu acompanhamento pelos Conselhos de Saúde, reforçando com isso a conscientização da população quanto à importância de participar e garantir seus direitos e deveres de cidadania (grifos do autor).

Alimentar a noção da dádiva e não de direito tem sido um dos mecanismos mais eficazes para a manutenção do *status quo* cada vez mais excludente e perverso. Portanto, na opinião de Teixeira (2004, p. 18), «a flexibilização e o aperfeiçoamento da saúde da família pode ser um elemento fundamental para a adequação das respostas oferecidas pelo SUS aos problemas e necessidades de saúde da população».

É importante frisar a pouca produção de conhecimento em relação à análise do direito à saúde na ESF, razão pela qual insistimos na importância de explorar esse vasto cenário que apresenta os limites e as possibilidades de efetivamente garantir o direito à saúde da população brasileira.

Portanto, a ESF ainda não se visualiza, na prática, como política que concretiza os princípios norteadores do SUS, como teoricamente proposto, apresentando uma série de desafios a serem vencidos: do ponto de vista organizacional - escassez de recursos humanos, financeiros e de estrutura; a reorganização da atenção básica, a superação da visão reducionista e fragmentada do modelo hegemônico; do ponto de vista político - problemas sociais como miséria, violência, a exclusão social; e do ponto de vista ético - a intolerância, o desrespeito pelas diferenças e dignidade humana, a banalização da vida.

Esses aspectos são reiterados através dos seguintes depoimentos:

Eu acho que recursos humanos é um problema, recursos financeiros, de estrutura, organização da rede, como organizar a rede a partir da atenção primária, da estratégia, do PSF [...] os desafios no PSF são os desafios que o SUS vem enfrentando, que o sistema público enfrenta. (entrevista<sup>1</sup>).

Uma ação muito hospitalocêntrica, uma cultura hospitalocêntrica, que está arraigada nas pessoas. [...] Um outro grande desafio é a questão de recursos humanos, não tem profissional preparado para trabalhar no Saúde da Família [...]. Quer dizer, então você tem desafios fora da instituição, violência, que é também um pouco da paralisação do profissional vendo tanta desgraça. (entrevista 2).

Entendemos que esses aspectos, principalmente no que se refere aos aspectos políticos e éticos, são decorrentes do processo de globalização, caracterizado pela distribuição desigual das riquezas entre as economias nacionais e, portanto, do

---

1 Este artigo surge das reflexões do projeto de pesquisa “O Direito à Saúde em Tempos de Exclusão Social”, que integra a linha de pesquisa emergente “Políticas Públicas de Saúde, Meio Ambiente e Enfermagem”, dentro do grupo de pesquisa “Enfermagem e a Saúde da População”, da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO).

aprofundamento das fissuras sociais, o que se evidenciou de forma muito clara nos países latino-americanos. Perpetua-se, assim, a configuração de um sistema excludente e que anula as possibilidades de transformação da sociedade, onde os direitos previstos em lei não saem do papel e sempre são vistos como questões potenciais que, talvez um dia, poderão vir a ser concretizados.

Portanto, entendemos que a superação desses desafios tem como base o resgate do papel do Estado no sentido de se tornar capaz de dirigir políticas públicas mais comprometidas com os princípios democráticos, coerentes com as diferentes realidades socioeconômico-culturais existentes, que visem à transformação social e à formação de uma sociedade mais justa e igualitária.

## 4 | CONCLUSÃO

A incorporação do conceito ampliado de saúde na Constituição Nacional de 1988 constitui, do ponto de vista jurídico-legal, a possibilidade de legitimar que a saúde é um direito de todos e dever do Estado. Cria-se, assim, uma relação indissolúvel entre a saúde da população e o patamar de cidadania definido pelo pacto social estabelecido entre Estado, governo e sociedade. Portanto, na realidade brasileira, em que a maioria dos cidadãos não alcança a concretização da “saúde como direito de todos e dever do Estado”, surgem muitas expectativas quando entram em cena novas propostas políticas para a área da saúde, como a ESF, que, em princípio, visa a reorientar o sistema de saúde e concretizar os princípios e diretrizes que orientam o SUS.

No entanto, no Estado brasileiro, caracterizado por uma imensa e injusta realidade de desigualdade social, grandes problemas estruturais, permanência hegemônica de uma elite no poder governando em função de seus interesses e deficiência em matéria de políticas públicas, podemos entender que mesmo valorizando a conquista constitucional de ter elevado a saúde ao *status* de direito social, esta é apenas uma faceta na construção efetiva da saúde como direito de cidadania. Neste sentido, concordamos com Marsiglia, Silveira e Júnior (2005, p. 72) quando afirmam que:

Para as sociedades que apresentam amplos contingentes populacionais na situação de pobreza e elevados graus de desigualdades na distribuição de renda e acesso aos bens e serviços, como a nossa, é preciso desenvolver várias políticas de enfrentamento desses problemas: políticas específicas de combate à pobreza e de acesso privilegiado a bens e serviços para esses segmentos; políticas distributivas, que diminuam as desigualdades; e políticas de corte universal, que promovam os direitos sociais de cidadania e equidade.

Entendemos, então, que as conquistas da Estratégia Saúde da Família estão diretamente relacionadas às conquistas da sociedade brasileira, condição *sine qua non* para concretizar o SUS, a estruturação de um Estado capaz de combater as profundas e

gritantes desigualdades sociais, na medida em que elas expressam a injustiça e exclusão social. Enquanto isso, a ESF continua sendo apenas uma possibilidade e não um fato que garanta realmente o direito à saúde.

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, L. M.; INOJOSA, R. M. Saúde da família, violência e cultura da paz. *Revista Brasileira de Saúde da Família*, p. 5561, 2004. Ed. Especial.

ANDRADE, L. O. M.; BEZERRA, R. C. R.; BARRETO, I. C. H. C. O Programa de Saúde da Família como estratégia de atenção básica à saúde nos municípios brasileiros. *RAP: Rev. de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 39, n. 2, p. 327349, mar./abr. 2005.

BOBBIO, Norberto. *Estado, governo e sociedade: para uma teoria geral da política*. 7. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1999. 172 p.

BODSTEIN, R. Atenção básica na agenda da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 7, n. 3, p. 401412, 2002.

BUSS, P. A verdadeira crise da saúde pública é a desigualdade. *Radis Tema*. Rio de Janeiro, n. 16, p. 7, out. 1998.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Lei nº 6229, de 17 de julho de 1975. Dispõe sobre a organização do Sistema Nacional de Saúde. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, p. 8921, set. 1975.

\_\_\_\_\_. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, p. 18.055, set. 1990.

\_\_\_\_\_. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, p. 25.694, dez. 1990.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. Brasília, 1998.

CAETANO, R.; DAIN, S. O Programa Saúde da Família e a reestruturação da atenção básica à saúde nos grandes centros urbanos: velhos problemas, novos desafios. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 1121, 2002.

CAMPOS, F. E.; AGUIAR, R. A. T.; OLIVEIRA, V. B. O desafio da expansão do Programa de Saúde da Família nas grandes capitais brasileiras. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 4758, 2002.

CARVALHO, G. I.; SANTOS, L. *Sistema Único de Saúde: comentários à Lei Orgânica da Saúde*. São Paulo: Hucitec, 1995. 394 p.



COHN, A. Estado e sociedade e as reconfigurações do direito à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 8, n. 1, p. 918, 2003.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 1986, Brasília. Anais.. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987. 430p.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. Estabelece os requisitos para realização de pesquisa clínica de produtos para saúde utilizando seres humanos. *Diário Oficial da União*, Brasília, Seção 1, p. 21.082, out. 1996.

COSTA, N. R. Políticas públicas, justiça distributiva e inovação: saúde e saneamento na agenda social. São Paulo: Hucitec, 1998. 173 p.

DEMO, P. Cidadania tutelada e cidadania assistida Campinas: Autores Associados, 1995. 171 p.

\_\_\_\_\_. Política social, educação e cidadania Campinas: Papyrus, 1994. 124 p.

\_\_\_\_\_. Política social, educação e cidadania. 2. ed. São Paulo: Papyrus, 1996. 124 p.

DUARTE, C. M. R. Equidade na legislação: um princípio do sistema de saúde brasileiro? *Ciência e Saúde Coletiva*, Abrasco, v. 5, n. 2, p. 443462, 2000.

ESCOREL, S. Exclusão social e saúde. *Revista Saúde em Debate*, n. 43, jun. 1994.

FAVORETO, C. A. O.; CAMARGO JUNIOR, K. R. de. Alguns desafios conceituais e técnico operacionais para o desenvolvimento do Programa de Saúde da Família como uma proposta transformadora do modelo assistencial. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 5975, 2002.

FORTES, P. A. C. A ética, a humanização e a saúde da família. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 53, p. 3133, 2000. Número especial.

LEOPARDI, M. T. Metodologia da pesquisa na saúde Florianópolis: UFSC/PósGraduação em Enfermagem, 2002.

MARSIGLIA, R. M. G.; SILVEIRA, C.; CARNEIRO JUNIOR, N. Políticas sociais: desigualdade, universalidade e focalização na saúde no Brasil. *Saúde e Sociedade*, v. 14, n. 2, p. 6976, maio/ago. 2005.

MINAYO, M. C. S. (Org.). Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 2001.

PAIM, J. S. Políticas de saúde no Brasil ou recusando o apartheid sanitário. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 1, n. 1, p. 1820, 1996.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: Cepesc, 2005.

POCHMANN, M.; AMORIM, R. (Org.). Atlas da exclusão social no Brasil 3. ed. São Paulo: Cortez, 2004.

PUCCINI, P. T.; CECÍLIO, L. C. de O. A humanização dos serviços e o direito à saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 13421352, 2004.

RODRIGUES, P. H. Do triunfalismo à burocratização: a despolitização da reforma sanitária brasileira. 1999. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1999.

SANTANA, M. L.; CARMAGNANI, M. I. Programa Saúde da Família: um enfoque sobre seus pressupostos básicos, operacionalização e vantagens. Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 10, n. 1, p. 3352, jan./ jul. 2001.

SCHIMITH, M. D.; LIMA, M. A. D. da S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1.4871.494, nov./dez. 2004.

SENNA, M. C. M. Equidade e política de saúde: algumas reflexões sobre o Programa Saúde da Família. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 18, supl., p. 203211, 2002.

SERAPIONI, M. O papel da família e das redes primárias na redistribuição das políticas sociais. Ciência & Saúde Coletiva, v. 10, supl., p. 243253, 2005.

SIMÕES, O. L. M. Saúde da Família: limites e potencialidades de uma estratégia. 2000. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2000.

SOARES, L. T. As atuais políticas: o risco do desmonte neoliberal. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 53, p. 1724, 2000.

SOUSA, M. F. A coragem do PSF São Paulo: Hucitec, 2003.

\_\_\_\_\_. A enfermagem reconstruindo sua prática: mais uma conquista no PSF. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 53, p. 25–30, 2000.

\_\_\_\_\_. Os sinais vermelhos do PSF São Paulo: Hucitec, 2002.

TEIXEIRA, C. F. Saúde da família, promoção e vigilância: construindo a integralidade da atenção à saúde no SUS. Revista Brasileira de Saúde da Família, p. 1023, 2004. Ed. especial.

VARGAS, L. A. O programa de despoluição da baía de Guanabara: uma análise na perspectiva da saúde coletiva. 2001. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2001.

VASSOLER, Ivani; CHRIS, Delboni. Brasil é campeão da desigualdade. Jornal O Globo, Rio de Janeiro, 21 out. 1998.

VIANA, A. L.; DAL POZ, M. R. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa Saúde da Família. Physis Revista de Saúde Coletiva, v. 15, supl., p. 225264, 2005.

VIANA, S. Equidade nos serviços de saúde 1990. 31p. Documento elaborado para o VI Seminário sobre economia e financiamento do setor saúde. 31 p. Mimeografado.

VIEIRA, E. O Programa Saúde da Família sob o enfoque dos profissionais de saúde. Revista Brasileira em Promoção da Saúde, v. 17, n. 3, p. 119126, 2004.

## ÍNDICE REMISSIVO

### A

Aberrações ópticas 2, 4, 5  
Amazônia 126, 127, 128, 129, 131  
Ambulatório 49, 69, 150, 155, 156  
Atenção básica 39, 49, 114, 115, 116, 119, 121, 123

### B

Bactéria 96, 162, 163  
Bioética 53, 54, 55, 56, 59, 60, 61, 62, 63  
Bombeiros 126, 127, 128, 129, 130, 131, 134

### C

Capitalismo 70, 71, 77  
Capsulotomia 1, 2, 3, 4, 5  
Catarata 1, 2, 3, 4, 5, 6  
Citocinas 90, 91, 93, 94, 95, 96, 104, 109, 111, 112, 113  
Classificação 14, 19, 39, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 135  
Clínica pediátrica 90, 91, 158  
Comunicação em saúde 53, 56, 58, 59  
Covid-19 16, 17, 18, 20, 35, 37, 38, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 60, 61, 62, 63, 64, 80, 81, 83, 90, 91, 92, 94, 95, 98, 99, 100  
Crohn 78, 79

### D

Desafios clínicos 101, 102  
Diabetes mellitus tipo 2 8, 9, 10, 13, 14  
DII 78, 79  
Direito à saúde 59, 114, 115, 116, 118, 119, 120, 121, 123, 124, 125, 164, 165, 169, 170, 171, 172  
Doença respiratória 91  
Dor 11, 41, 48, 65, 66, 67, 68, 69, 92, 99, 104, 105, 106, 108, 109, 110, 111, 112, 113

### E

Educação 39, 60, 62, 63, 64, 70, 71, 77, 116, 117, 124, 126, 138, 159, 172, 173  
Emergência 17, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 51, 52, 58

Endereçamento 70, 71, 72, 73, 74, 76, 77

Estratégia Saúde da Família 114, 118, 119, 120, 122

## H

Habilidades sociais 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89

Hemorragia pós-parto 141

HIV/AIDS 70, 71, 74, 77

HLA 78, 79

## I

Incêndio 127, 129, 130, 131, 132, 134

Infecções hospitalares 162, 163

Insuficiência renal crônica 143

## J

Joelho 104, 105, 106, 108, 110, 112

## K

*Klebsiella pneumoniae* carbapenemase 101, 102, 103

## M

Multifatorial 67, 78, 79, 104, 106, 147, 162

## N

Neurofisiologia 105, 108

## O

Ocitocina 136, 137

Oncologia pediátrica 150, 151, 153, 154, 156, 157, 158, 159, 161

Osteoartrite 104, 105, 108

## P

Painel viral 90, 91, 92, 93, 94, 96, 99

Pandemia 16, 17, 18, 19, 20, 35, 37, 38, 53, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 72, 81, 90, 91, 92, 98, 99

PCR em tempo real 91, 93

Pediatria 39, 43, 45, 46, 47, 48, 49, 51, 52, 126

Plexo braquial 65, 66, 67, 69

## Q

Qualidade de vida 18, 38, 53, 57, 59, 66, 68, 69, 106, 116, 143, 145, 146, 147, 148, 153,

154, 157, 159

## **R**

Remissão 8, 9, 10

Replicadores 70, 71, 72

Retocolite 78, 79

Revisão integrativa 8, 10, 61, 63, 101, 102, 141, 142, 150, 151, 172

## **S**

Sangramento 136, 137, 138, 141

Sarcopenia 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149





Saúde 6, 13, 14, 16, 17, 18, 34, 35, 38, 39, 40, 43, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 68, 69, 71, 72, 76, 77, 92, 99, 103, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 141, 143, 144, 146, 147, 148, 150, 151, 152, 153, 154, 157, 158, 159, 163, 164, 165, 166, 167, 168, 169, 170, 171, 172, 173

*Streptococcus pneumoniae* 162, 163

Suplementação 8, 9, 10, 11, 12, 13

## **U**

Urgência 39, 40, 41, 42, 43, 46, 47, 48, 49, 52, 135, 136, 140, 171

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

# MEDICINA:

Atenção às rupturas e permanências  
de um discurso científico

  
Ano 2022

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



# MEDICINA:

Atenção às rupturas e permanências  
de um discurso científico

  
Ano 2022