



# Serviços de saúde no Brasil:

Experiências exitosas e desafios contemporâneos

Soraya Araujo Uchoa Cavalcanti  
(Organizadora)

**Atena**  
Editora  
Ano 2022



# Serviços de saúde no Brasil:

Experiências exitosas e desafios contemporâneos

Soraya Araujo Uchoa Cavalcanti  
(Organizadora)

**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. Cirênio 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



# Serviços de saúde no Brasil: experiências exitosas e desafios contemporâneos

**Diagramação:** Camila Alves de Cremo  
**Correção:** Maiara Ferreira  
**Indexação:** Amanda Kelly da Costa Veiga  
**Revisão:** Os autores  
**Organizadora:** Soraya Araujo Uchoa Cavalcanti

## Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

S491 Serviços de saúde no Brasil: experiências exitosas e desafios contemporâneos / Organizadora Soraya Araujo Uchoa Cavalcanti. – Ponta Grossa - PR: Atena, 2022

Formato: PDF  
Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader  
Modo de acesso: World Wide Web  
Inclui bibliografia  
ISBN 978-65-258-0390-6  
DOI: <https://doi.org/10.22533/at.ed.906221708>

1. Política de saúde - Brasil. I. Cavalcanti, Soraya Araujo Uchoa (Organizadora). II. Título.

CDD 361.981

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](mailto:contato@atenaeditora.com.br)



**Atena**  
Editores  
Ano 2022

## DECLARAÇÃO DOS AUTORES

Os autores desta obra: 1. Atestam não possuir qualquer interesse comercial que constitua um conflito de interesses em relação ao artigo científico publicado; 2. Declaram que participaram ativamente da construção dos respectivos manuscritos, preferencialmente na: a) Concepção do estudo, e/ou aquisição de dados, e/ou análise e interpretação de dados; b) Elaboração do artigo ou revisão com vistas a tornar o material intelectualmente relevante; c) Aprovação final do manuscrito para submissão.; 3. Certificam que os artigos científicos publicados estão completamente isentos de dados e/ou resultados fraudulentos; 4. Confirmam a citação e a referência correta de todos os dados e de interpretações de dados de outras pesquisas; 5. Reconhecem terem informado todas as fontes de financiamento recebidas para a consecução da pesquisa; 6. Autorizam a edição da obra, que incluem os registros de ficha catalográfica, ISBN, DOI e demais indexadores, projeto visual e criação de capa, diagramação de miolo, assim como lançamento e divulgação da mesma conforme critérios da Atena Editora.



## DECLARAÇÃO DA EDITORA

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



## APRESENTAÇÃO

A coletânea *Serviços de saúde no Brasil: Experiências exitosas e desafios contemporâneos* é composta por 25 (vinte e cinco) capítulos produtos de pesquisa, revisão integrativa, relato de experiências, relato de caso, dentre outros.

Os textos dessa coletânea colocam em evidência o Sistema Único de Saúde – SUS, seus desafios e possibilidades na atual conjuntura. Assim, o primeiro capítulo, discute a necropolítica e o SUS. O segundo, apresenta a experiência com assistência a gestantes na Estratégia Saúde da Família. O terceiro, por sua vez, apresenta a experiência com trabalho remoto durante da pandemia de Covid-19.

O quarto capítulo, apresenta a experiência do atendimento remoto em uma Farmácia Escola. O quinto, por sua vez apresenta os resultados da revisão integrativa acerca da implantação do processo de acreditação nas instituições de saúde. Já o sexto capítulo, discute o processo de auditoria em saúde para a gestão da qualidade dos serviços de saúde.

O sétimo capítulo, apresenta a experiência de implantações das barreiras sanitárias nas ações de enfrentamento da pandemia de Covid-19. O oitavo capítulo, por sua vez discute as estratégias adotadas pela equipe de Enfermagem para a segurança do paciente na administração de medicamentos. Já o nono capítulo, discute a atuação do enfermeiro na prevenção da progressão da doença renal.

O décimo capítulo, discute a forma como a equipe de Unidade de Terapia Intensiva enfrenta os dilemas éticos de pacientes terminais. O décimo primeiro capítulo discute o controle de qualidade de suplementos alimentares à base de plantas medicinais. Já o décimo segundo, discute o luto e isolamento social no contexto da pandemia de Covid-19 junto aos idosos.

O décimo terceiro capítulo, discute os sinais de alerta de violência doméstica entre a população idosa. O décimo quarto capítulo, por sua vez discute os fatores associados à violência sexual contra adolescentes escolares. O décimo quinto, discute a importância da equipe de enfermagem no cuidado humanizado perinatal em tempos de pandemia.

O décimo sexto capítulo, coloca em evidência a aplicabilidade da metodologia *Lean* nos serviços de saúde (*Lean Healthcare*). O décimo sétimo, por sua vez discute a contribuição histórica da maternidade São Vicente em Teresina ao pioneirismo em saúde. Já o décimo oitavo apresenta os resultados da pesquisa acerca dos desafios e perspectivas do primeiro emprego do Técnico em Enfermagem.

O décimo nono capítulo, discute o papel do Psicólogo no acompanhamento à famílias com alunos com Síndrome de Down. O vigésimo capítulo, por sua vez, apresenta a experiência extensionista em instituições da atenção básica através do treinamento de profissionais em primeiros socorros. Já o vigésimo primeiro capítulo, que analisa o impacto



da pandemia de Covid-19 no processo de aprendizagem de escolares nos anos iniciais de alfabetização.

O vigésimo segundo capítulo, analisa as concepções vinculadas às normativas e estratégias vinculadas à atenção à saúde da População em situação de rua. O vigésimo terceiro capítulo, por sua vez, discute os determinantes sociais vinculados à população em situação de rua. Já o vigésimo quarto, apresenta a experiência da atuação fisioterapêutica em cuidados paliativos. E finalmente o vigésimo quinto, um relato de caso acerca da ligadura de veia cava inferior em paciente vítima de perfuração por arma de fogo.

É nesse contexto, que convidamos leitores a conhecer as pesquisas, experiências e análises e produzir novas reflexões acerca dos espaços sócio-ocupacionais na atual conjuntura.

Soraya Araujo Uchoa Cavalcanti

## SUMÁRIO

### **CAPÍTULO 1..... 1**

#### **NECROPOLÍTICA E O SISTEMA DE SAÚDE: UMA ANÁLISE ATUAL**


Ingrid da Silva Pires  
Flávia Giendruczak da Silva  
Liege Segabinazzi Lunardi  
Débora Machado do Espírito Santo  
Adriana Maria Alexandre Henriques  
Adelita Noro  
Paula de Cezaro  
Ana Paula Wunder Fernandes  
Vanessa Belo Reyes  
Ana Paula Narcizo Carcuchinski  
Yanka Eslabão Garcia  
Zenaide Paulo da Silveira

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.9062217081>

### **CAPÍTULO 2..... 11**

#### **EDUCAÇÃO EM SAÚDE COM GESTANTES ASSISTIDAS POR UMA EQUIPE DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA**


Ilka Cassandra Pereira Belfort  
Ilana Barros Moraes da Graça  
André Luiz Barros Sousa  
Clécio Miranda Castro  
Aline Sampieri Tonello  
Sally Cristina Moutinho Monteiro

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.9062217082>

### **CAPÍTULO 3..... 18**

#### **TRABALHO REMOTO DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19: RELATO DE EXPERIÊNCIA**


Tháís Veras de Moraes Rezende

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.9062217083>

### **CAPÍTULO 4..... 22**

#### **ATENDIMENTO REMOTO EM UMA UNIDADE DE FARMÁCIA-ESCOLA: CAMINHOS E DESAFIOS PARA IMPLANTAÇÃO NO SUS**

Heloise Buskievicz Guerra  
Daniel de Paula  
Tuane Bazanella Sampaio

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.9062217084>

### **CAPÍTULO 5..... 34**

#### **ASSISTÊNCIA HOSPITALAR: AUDITORIA NA GESTÃO DA QUALIDADE**

Denise Oliveira D'Avila  
Adriana Maria Alexandre Henriques

Zenaide Paulo da Silveira  
Liege Segabinazzi Lunardi  
Adelita Noro  
Vanessa Belo Reyes  
Ana Paula Wunder Fernandes  
Paula de Cezaro  
Ingrid da Silva Pires

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.9062217085>

**CAPÍTULO 6..... 44**

**AS DIFICULDADES NA IMPLEMENTAÇÃO DO PROCESSO DE ACREDITAÇÃO NAS INSTITUIÇÕES DE SAÚDE**

Alan Carvalho Leandro  
Láisa Rebecca Sousa Carvalho  
Thâmara Machado e Silva  
Angela Maria Moed Lopes  
Fernanda Cristina Guassú Almeida

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.9062217086>

**CAPÍTULO 7..... 54**

**COLABORAÇÃO INTERPROFISSIONAL NAS BARREIRAS SANITÁRIAS PARA ENFRENTAMENTO DA COVID-19 NO SERTÃO NORDESTINO**

Marlla Fernanda Teixeira da Silva  
Emília Carolle Azevedo de Oliveira  
Maria Olívia Soares Rodrigues  
Mleudy Layenny da Cunha Leite  
Laís Eduarda Silva de Arruda  
Louisiana Regadas de Macedo Quinino  
Celivane Cavalcante Barbosa

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.9062217087>

**CAPÍTULO 8..... 67**

**SEGURANÇA DO PACIENTE NA ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS**

Camilla Pontes Bezerra  
Maria Helane Rocha Batista Gonçalves  
Paula Silva Aragão  
Silvana Mêre Cesário Nóbrega  
Samara Camila de Sousa Amaral  
Jessica de Lima Aquino Nogueira  
Carlos Jerson Alencar Rodrigues  
Maria Lucivânia Pereira da Silva  
Mara Maia Silveira Reis


 <https://doi.org/10.22533/at.ed.9062217088>

**CAPÍTULO 9..... 80**

**ACTUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO DA PROGRESSÃO DA DOENÇA**

## RENAL

Maria Sandra da Piedade Malonda Goma Teixeira  
Carolina Luvuno Lembe Taty  
Mônica Patrícia Esperança Silva  
Ana Celeste Adriano

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.9062217089>

## **CAPÍTULO 10..... 88**

### DILEMAS DA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: LIMITAÇÕES DO CUIDADO DE PACIENTES EM FASE TERMINAL

Adelina Ferreira Gonçalves  
Eline Aparecida Vendas Righetti  
Sabrina Ferreira Furtado Magrin

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.90622170810>

## **CAPÍTULO 11 ..... 100**

### CONTROLO DE QUALIDADE DE SUPLEMENTOS ALIMENTARES À BASE DE PLANTAS MEDICINAIS

Ana Paula Fonseca  
Mariana Mendes

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.90622170811>

## **CAPÍTULO 12..... 109**

### LUTO DA COVID-19 E ISOLAMENTO SOCIAL: UM OLHAR DE ATENÇÃO AOS IDOSOS SOB A LUZ DA PSICOLOGIA

Jessica Hellen Lima Teixeira  
Tayna Matos do Vale

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.90622170812>

## **CAPÍTULO 13..... 113**

### IDENTIFICAÇÃO DE SINAIS DE ALERTA NO ENVELHECIMENTO: SUSPEITA DE VIOLÊNCIA E MAUS TRATOS

Thiago Leite dos Santos  
Priscila Larcher Longo

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.90622170813>

## **CAPÍTULO 14..... 119**

### FATORES ASSOCIADOS À VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA ADOLESCENTES ESCOLARES NO INTERIOR DO MARANHÃO

Felipe Barbosa de Sousa Costa  
Cássio Eduardo Soares Miranda  
Brenda Rocha Sousa


 <https://doi.org/10.22533/at.ed.90622170814>

## **CAPÍTULO 15..... 135**

### O CUIDADO PERINATAL: DESAFIOS PRÁTICOS DO ENFERMEIRO EM TEMPOS DE

## PANDEMIA

Adelina Ferreira Gonçalves  
Eline Aparecida Vendas Righetti  
Sabrina Ferreira Furtado Magrin

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.90622170815>

## **CAPÍTULO 16..... 147**

### **METODOLOGIA LEAN: DESAFIOS DE SUA APLICABILIDADE NOS SERVIÇOS DE SAÚDE**


Flávia Rezende Calonge  
Maria Ivanilde de Andrade  
Pamela Nery do Lago  
Marília Antônia de Paula  
João Eduardo Pinho  
Andréia Elias da Cruz Nascimento  
Natália Cristina de Andrade Dias  
Bianca Cristina Silva Assis Santiago  
Amanda Cristina Ferreira Cardoso  
Yasmin Cristine Sousa de Moraes  
Rita de Cássia Almeida Sales  
Adriana Simões Moreira Rocha

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.90622170816>

## **CAPÍTULO 17..... 154**

### **PIONERISMO EM SAÚDE: UMA CONTRIBUIÇÃO A MEMÓRIA DA MATERNIDADE SÃO VICENTE EM TERESINA – PIAUÍ**

Junio Rodrigues Costa Sousa  
Jeane Sousa Santos  
André Fernando de Souza Araújo  
Cícero Rodrigues de Sousa Neto  
Maria Gardênia Sousa Batista

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.90622170817>

## **CAPÍTULO 18..... 163**

### **TÉCNICOS EM ENFERMAGEM: DESAFIOS E PERSPECTIVAS DO PRIMEIRO EMPREGO**

Sandra Maria de Mello Cardoso  
Lucimara Sonaglio Rocha  
Andressa Peripolli Rodrigues  
Gisele Schliotefeldt Siniak  
Suzete Maria Liques  
Heron da Silva Mousquer  
Cristiane Dias Soares

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.90622170818>

## **CAPÍTULO 19..... 173**

### **APOIO PSICOLÓGICO ÀS FAMÍLIAS DE ALUNOS COM SÍNDROME DE DOWN GAP DA**

## REPARTIÇÃO MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO DO LOBITO

Isabel de Fátima Manjolo

Paulo Alves

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.90622170819>


### **CAPÍTULO 20..... 185**

#### **PRIMEIROS SOCORROS EM INSTUIÇÕES DE EDUCAÇÃO BÁSICA: EXPERIÊNCIA EXTENSIONISTA ANTES E DURANTE A PANDEMIA**

Guilherme Rodrigues Guimarães

Juliana Laranjeira Pereira

Soraya Fernanda Cerqueira Motta


 <https://doi.org/10.22533/at.ed.90622170820>

### **CAPÍTULO 21..... 192**

#### **RESULTADOS PRELIMINARES DE UMA REVISÃO SISTEMÁTICA SOBRE O IMPACTO DA PANDEMIA SOBRE A APRENDIZAGEM NO BRASIL E NO MUNDO**

Liliane da Veiga Silva Amorim

Giseli Donadon Germano

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.90622170821>

### **CAPÍTULO 22..... 199**

#### **CONCEPÇÕES DE SAÚDE E DOENÇA QUE PERMEIAM AS NORMATIVAS E ESTRATÉGIAS VOLTADAS PARA A ATENÇÃO À SAÚDE DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO E RUA: INTERVENÇÃO NA SAÚDE PÚBLICA OU NA SAÚDE COLETIVA?**

Maria Laudinete de Menezes Oliveira

Ana Karinne de Moura Saraiva

Moêmia Gomes de Oliveira Miranda

Ana Taís Lopes de Oliveira

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.90622170822>

### **CAPÍTULO 23..... 211**

#### **A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA E O SEU PROCESSO DE ADENTRAR AS RUAS**

Maria Laudinete de Menezes Oliveira

Ana Karinne de Moura Saraiva

Moêmia Gomes de Oliveira Miranda

Ana Taís Lopes de Oliveira

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.90622170823>

### **CAPÍTULO 24..... 223**

#### **ATUAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA NOS CUIDADOS PALIATIVOS EM PACIENTES ONCOLÓGICOS E GERIÁTRICOS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA**

Lívia Tawany Silva

Laiane Estefane Lima Silva

Bruno Basilio Cardoso de Lima

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.90622170824>

**CAPÍTULO 25.....225**

**LIGADURA DE VEIA CAVA INFERIOR EM PACIENTE VÍTIMA DE PERFURAÇÃO POR ARMA DE FOGO**

Talita Dourado Rocha  
Laura Silva de Oliveira  
Rayanne de Araujo Silva  
Victor Hugo Peixoto Machado  
Alex Lima Sobreiro  
Natália de Oliveira Duarte Diniz  
Gabriel Henrique Lamy Basilio  
Marcelo de Avila Trani Fernandes  
Emerson Wesley de Freitas Cordeiro

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.90622170825>

**SOBRE A ORGANIZADORA.....227**

**ÍNDICE REMISSIVO.....228**

## CONCEPÇÕES DE SAÚDE E DOENÇA QUE PERMEIAM AS NORMATIVAS E ESTRATÉGIAS VOLTADAS PARA A ATENÇÃO À SAÚDE DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA: INTERVENÇÃO NA SAÚDE PÚBLICA OU NA SAÚDE COLETIVA?

*Data de aceite: 01/08/2022*

*Data de submissão: 19/07/2022*

### **Maria Laudinete de Menezes Oliveira**

Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN)

Mossoró, Rio Grande do Norte

<http://lattes.cnpq.br/1520423323373976>

### **Ana Karinne de Moura Saraiva**

Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN)

Mossoró, Rio Grande do Norte

<http://lattes.cnpq.br/1352999270307520>

### **Moêmia Gomes de Oliveira Miranda**

Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN)

Mossoró, Rio Grande do Norte

<http://lattes.cnpq.br/7041496129601963>

### **Ana Taís Lopes de Oliveira**

Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN)

Mossoró, Rio Grande do Norte

<http://lattes.cnpq.br/2327305946119761>

**RESUMO:** o presente estudo objetivou analisar as concepções de clínico e epidemiológico que permeiam as normativas e estratégias voltadas para a atenção à saúde da População em Situação de Rua. Método: Para o alcance dos objetivos propostos, foi realizado um estudo qualitativo e documental. O universo do estudo diz respeito às normativas e as estratégias construídas

pelos Ministério da Saúde para a População em Situação de Rua a partir da institucionalização do Sistema Único de Saúde. Dessa forma, a busca foi realizada no próprio site do Ministério da Saúde, onde encontramos o total de sete normativas e estratégias. A análise dos dados foi desenvolvida em um movimento concatenado em que os dados apreendidos passaram por leituras sucessivas na perspectiva de identificar categorias. Resultados: a compreensão do processo saúde e doença perpassa hegemonicamente pelo o modelo multicausal, que reduz a explicação do aparecimento das doenças aos fatores de risco, sobressaem ainda concepções centradas no indivíduo e na doença. O que prevalece nas estratégias e normativas voltadas para PSR, é a utilização dos métodos da Epidemiologia tradicional e a hegemonia dos métodos da Clínica oficial, se configurando, portanto, como um claro obstáculo epistemológico para a estruturação do cuidado integral. Conclusão: Essas concepções incidem na fragilização do processo saúde e doença dessa população, uma vez que a compreensão de fatores de risco desconsidera o peso da determinação social nesse processo, remetendo-o a um estado individual, em que a culpa do adoecimento recai sobre o indivíduo. Essa compreensão traz à tona uma das críticas mais frequentes ao arranjo das práticas em saúde que é a ênfase na assistência individual, curativista e biologicista, que impossibilitam visualizar o indivíduo em sua inserção no espaço coletivo.

**PALAVRAS-CHAVE:** População em Situação de Rua; Saúde Pública; Saúde Coletiva.



## CONCEPTIONS OF HEALTH AND DISEASE THAT PERMEATE THE REGULATIONS AND STRATEGIES AIMED AT THE HEALTH CARE OF THE POPULATION IN SITUATION AND STREET: INTERVENTION IN PUBLIC HEALTH OR IN COLLECTIVE HEALTH?

**ABSTRACT:** the present study aimed to analyze the clinical and epidemiological concepts that permeate the regulations and strategies aimed at the health care of the Homeless Population. Method: To achieve the proposed objectives, a qualitative and documentary study was carried out. The universe of the study concerns the regulations and strategies built by the Ministry of Health for the Homeless Population from the institutionalization of the Unified Health System. Thus, the search was carried out on the Ministry of Health website, where we found a total of seven regulations and strategies. Data analysis was developed in a concatenated movement in which the apprehended data underwent successive readings in order to identify categories. Results: the understanding of the health and disease process hegemonically permeates the multicausal model, which reduces the explanation of the appearance of diseases to risk factors, conceptions centered on the individual and the disease still stand out. What prevails in the strategies and regulations aimed at PSR is the use of traditional Epidemiology methods and the hegemony of the official Clinic methods, thus constituting a clear epistemological obstacle for the structuring of comprehensive care. Conclusion: These conceptions affect the weakening of the health and disease process of this population, since the understanding of risk factors disregards the weight of social determination in this process, referring it to an individual state, in which the blame for illness falls on the patient. individual. This understanding brings to light one of the most frequent criticisms of the arrangement of health practices, which is the emphasis on individual, curative and biological assistance, which makes it impossible to visualize the individual in his insertion in the collective space.

**KEYWORDS:** Homeless Population; Public health; Collective Health.

### 1 | INTRODUÇÃO

As primeiras iniciativas sistematizadas em saúde no Brasil emergiram no início do século XX configurando o Modelo Sanitarista Campanhista. Com inspiração militarista, as práticas estavam pautadas numa concepção de saúde/doença unicausal, cuja intervenção estava restrita ao controle urbano de epidemias como forma de garantir o saneamento dos portos para o pleno desenvolvimento econômico do país. Neste contexto, começava a se delinear políticas e práticas em saúde de caráter pontual e eventual com uma abordagem restrita ao “combate” de epidemias e endemias na zona urbana do Brasil.

A modernização do Estado brasileiro, o processo de industrialização e regulamentação das relações de trabalho contribuíram para uma mudança na agenda da saúde. Neste período, evidenciou-se a mudança do locus de intervenção em saúde da rua para o corpo doente. Gestado concomitantemente ao movimento da Previdência Social, o Modelo Médico Assistencial Privatista, marca a construção de uma política de saúde assentada na prática médica individual, assistencialista, biologicista, especializada e voltada para a lucratividade, em detrimento a uma prática em saúde de caráter preventivo e coletivo.

O processo de redemocratização do Brasil, construído a partir da década de 1970, representou um período marcante para a sociedade brasileira, em especial, para a saúde, uma vez que lutou contra o autoritarismo e a ditadura, na perspectiva de construir uma democracia no país. É nesse período que efervesce e consolida o movimento da Reforma Sanitária, movimento social, político e ideológico que vislumbrava uma “Reviravolta na Saúde” (SCOREL, 1998).

A Reforma Sanitária é um movimento que objetivou/objetiva construir mudanças nas políticas e práticas excludentes em saúde. Neste sentido, não se restringiu/restringe a luta pela legalização de um Sistema Único de Saúde (SUS), mas promover uma mudança paradigmática no pensar e fazer em saúde a partir de concepções mais totalizadoras, justas e democráticas de sociedade, saúde/doença, gestão, formação e *etc.*

O SUS, enquanto materialidade do movimento social de Reforma Sanitária desconstrói a lógica do paradigma hegemônico na saúde. A concepção ampliada de saúde, os princípios filosóficos e operacionais como universalidade, integralidade e equidade, nos faz reconhecer que o SUS não é, apenas, mais uma mudança normativa-operacional, mas eminentemente paradigmática.

Essa mudança está alicerçada, principalmente, na garantia do direito à saúde e na compreensão das necessidades de saúde como sociais. Desse modo, a saúde não é mais compreendida como ausência de doença, tampouco atendendo a uma relação linear de causa e efeito, mas é, eminentemente, um direito de cidadania.

Portanto, políticas e práticas alicerçadas em concepções individuais e biológicas, são insuficientes para intervir nos determinantes do processo saúde/doença, uma vez que os problemas de saúde se constroem a partir das diferentes formas de viver e trabalhar dos sujeitos. Complementando a discussão, Laurell (1982, p. 2) esclarece que “a natureza social da doença não se verifica no caso clínico, mas no modo característico de adoecer e morrer nos grupos humanos”. Desse modo, perde sentido as disjunções, saúde-doença, biológico-social e individual-coletivo historicamente construídas no setor saúde.

Contudo, em meio à conquista dos princípios e diretrizes do SUS, bem como de uma compreensão ampliada de saúde, começa-se a se delinear, complementarmente, no cenário nacional, um projeto conservador em saúde - Projeto Neoliberal que é uma reconfiguração do modelo Médico Assistencial Privatista que veio para impulsionar e reafirmar a segmentação, a individualização, a biologização e as desigualdade sociais (BOSCO FILHO, 2010).

Desse modo, a permanência dos princípios flexnerianos, de uma medicina científica e de concepções sobre saúde/doença pautadas na teoria multicausal, contribuem para que as políticas e as práticas em saúde no SUS estejam alicerçadas em conceitos e ações fundadas em um pensamento disjuntivo e numa razão rígida, controladora e arrogante, que encontra no biologicismo, individualismo e tecnicismo as estratégias de intervenção (SARAIVA, 2015).

Ante o exposto, é possível afirmar que um dos principais desafios para a materialização do direito a saúde está no projeto político-econômico neoliberal em curso no país. Este desafio amplia-se ao percebermos o número crescente de pessoas que são excluídas das estruturas convencionais da atual sociedade, como emprego, moradia e privacidade.

Trata-se de uma população pouco reconhecida, mas muito vista nas ruas, embaixo dos viadutos, nos faróis e becos da cidade, áreas faveladas, logradouros públicos, próximos a centro comercial, espaços urbanos, albergue; caracteriza-se como uma população flutuante, alguns ocupam locais próximas a rodovias e estradas bem como áreas de eminente risco (BOTTI et al, 2009).

São milhares de pessoas, de famílias, que vivem na e da rua, entretanto, quando organizadas, preferem a denominação de “pessoas em situação de rua”, visando caracterizar o princípio da transitoriedade deste processo de absoluta exclusão social, mesmo que no fundo, muitos saibam que sair da rua não é tão simples. As políticas voltadas a essa população, majoritariamente, são apenas compensatória, assistencialistas (ROSA, CAVICCHIOLI, BRÊTAS, 2005).

A População em Situação de Rua, de modo particular em Mossoró/RN, está à margem de políticas sociais justas e cidadãs, existindo uma distância entre o direito de cidadania e a vida das pessoas que vivem em situação de rua. Especialmente, a materialização da política de saúde para esta população, tem assumido caráter focalizar e pontual, não contribuindo para a mudança das condições de vida e saúde numa perspectiva de justiça social. Persistem ainda, ações de caráter paliativo e higienista, pautadas em um modelo unicausal e no máximo multicausal da doença (LIRA, JUSTINO, SARAIVA, 2014).

Como foi afirmado anteriormente, definir políticas de saúde coerentes com o Sistema Único de Saúde requer coerência com a realidade de vida e trabalho da população, bem como estar alicerçada em concepções justas, democráticas e totalizadoras de sociedade, de saúde/doença e de cidadania. Ademais, requer políticas/estratégias fundamentadas na indissociabilidade entre o clínico e o epidemiológico, uma vez que estes saberes se constituem em base teórica e metodológica necessária para uma intervenção coerente com o SUS.

Diante do exposto, o presente estudo objetivou analisar as concepções de clínico e epidemiológico que permeiam as normativas e estratégias voltadas para a atenção à saúde da População em Situação de Rua.

## 2 | METODOLOGIA

Para o alcance dos objetivos propostos, foi realizado um estudo qualitativo e documental, tendo como perspectiva apreender o objeto em sua essência, considerando a sua especificidade, suas articulações e determinações históricas concretas. Contribuindo

com a discussão, Cellard *apud* Sá-Silva et al (2009, p.2), afirmam que um estudo de natureza documental “favorece a observação do processo de maturação ou de evolução de indivíduos, grupos, conceitos, conhecimentos, comportamentos, mentalidades, práticas, entre outros”.

Desse modo, o presente estudo foi operacionalizado em dois movimentos articulados e que, portanto, não obedecerão a uma ordem de prioridade e acontecerão considerando as necessidades geradas pelo próprio estudo. Esses dois momentos ocorrerão de modo concomitante, não existindo, assim, uma ordem cronológica e uma concepção rígida de se fazer pesquisa. Como coloca Almeida (2009, p. 107), o método está em permanente reconstrução, “[sendo] capaz de articular objetividade e subjetividade. Princípios gerais que apelam e exigem criatividade, sensibilidade e inventividade do pesquisador, ao mesmo tempo em que permitem distinguir rigidez de rigor científico”.

Esclarecendo os movimentos supracitados, primeiramente foi realizada uma revisão bibliográfica sobre a temática da pesquisa, visando contextualizar o objeto de estudo, oportunidade em que revisitamos a produção de autores que já escreveram sobre a temática, entre os quais citamos: Paim (1994, 1997, 2008); Escorel (1998); Mendes (1995); Mendes- Gonçalves (1992, 1994), Almeida Filho (1994); Campos (2011), Breilh (1991) entre outros. Já no segundo movimento, foi realizada leitura sistemática, minuciosa e crítica de políticas/estratégias/normativas construídas pelo Ministério da Saúde para a População em Situação de Rua.

O universo do estudo diz respeito às normativas e as estratégias construídas pelo Ministério da Saúde para a População em Situação de Rua a partir da institucionalização do Sistema Único de Saúde. Dessa forma, a busca foi realizada no próprio site do Ministério da Saúde, onde encontramos o total de sete normativas e estratégias, sendo elas: a Política Nacional para a Inclusão Social da População em Situação de Rua de 2008; o Decreto Nº 7.053 de 23 de dezembro de 2009, que Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersectorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências; o Plano Operativo para Implementação de Ações em Saúde da População em Situação de Rua 2012-2015 de 2012; Manual sobre o Cuidado à Saúde junto a População em Situação de Rua de 2012; Cartilha sobre a Saúde da População em Situação de Rua: um direito humano de 2014; Orientações Técnicas: Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua – Centro Pop de 2011 e o Guia de atuação ministerial - Defesa dos Direitos das Pessoas em Situação de Rua de 2015.

A análise dos dados foi desenvolvida em um movimento concatenado em que os dados apreendidos passaram por leituras sucessivas na perspectiva de identificar categorias. Após este momento, o material foi submetido a um novo exame onde foram estabelecidas relações e associações entre eles e, assim, foram combinados, separados e reorganizados. Esse movimento visou ampliar o campo de informações, produzindo um novo conhecimento.

Por fim, esclarecemos que esta pesquisa não foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte – UERN, uma vez que se utilizou a análise de documentos de domínio público disponíveis em sítios eletrônicos.

### 3 | RESULTADOS

#### 3.1 Apresentação das normativas e estratégias voltadas para a atenção à saúde da população em situação de rua

Normativas e Estratégias	Objetivos	Data	Órgão Emissor	Tipo do Doc.
SAÚDE DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA: Um direito humano.	Expor diretrizes, estratégias e ações destinadas à melhoria das ações de saúde para a População em Situação de Rua; Combater o preconceito em relação a essa população no SUS; e garantir seu acesso aos serviços de saúde, com atendimento integral e humanizado.	2014	Ministério da Saúde	Cartilha
MANUAL SOBRE O CUIDADO À SAÚDE JUNTO A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA.	Ampliar o acesso e a qualidade a atenção integral à saúde dessa população.	2012	Ministério da Saúde	Normas e Manual
PLANO OPERATIVO PARA IMPLEMENTAÇÃO DE AÇÕES EM SAÚDE DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA 2012-2015.	Garantir o acesso aos serviços de saúde, bem como a melhoria do nível de saúde dessa população, por meio de ações e iniciativas que reconheçam as especificidades de gênero, geração, raça/cor, etnia, orientação religiosa e orientação sexual; a redução de riscos à saúde, decorrentes dos processos de trabalho na rua e das condições de vida (falta de higiene adequada, exposição a baixas temperaturas, alimentação inadequada ou insuficiente, sono irregular, exposição a intempéries, etc.) e a melhoria dos indicadores de saúde e da qualidade de vida.	2012	Ministério da Saúde	Plano Operativo
POLÍTICA NACIONAL PARA INCLUSÃO SOCIAL DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA	Orientar a construção e execução de políticas públicas voltadas a este segmento da sociedade, historicamente à margem das prioridades dos poderes públicos.	2008	Governo Federal	Política
ORIENTAÇÕES TÉCNICAS: CENTRO DE REFERÊNCIA ESPECIALIZADO PARA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA – CENTRO POP	Orientar, em todo o território nacional, a gestão do Centro POP e a oferta qualificada do Serviço	2011	Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome – MDS	Orientações Técnicas

GUIA DE ATUAÇÃO MINISTERIAL - DEFESA DOS DIREITOS DAS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA.	Orientar os membros do Ministério Público nacional na atuação da defesa dos direitos das pessoas em situação de rua.	2015	Conselho Nacional do Ministério Público	Guia
Decreto nº 7.053 de 23 de dezembro de 2009.	Instituir a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersectorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências.	2009	Presidência da República Casa Civil.	Política nacional

Quadro 1 - Apresentação das normativas e estratégias encontradas

Fonte: Autor, 2017.

## 4 | DISCUSSÃO

### 4.1 Concepções de clínico e epidemiológico que permeiam as normativas e estratégias

De modo geral, observou-se nas normativas e estratégias voltadas para a População em Situação de Rua (PSR), fragmentos que nos permite compreender a Situação de Rua e o Processo Saúde-doença da População em Situação de Rua (PSR) sob o enfoque da determinação social, como podemos observar nos fragmentos a seguir:

Pessoas em situação de rua podem se caracterizar como vítimas de processos sociais, políticos e econômicos excludentes (Martins, 1994) (POLÍTICA NACIONAL PARA INCLUSÃO SOCIAL DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA, 2008, pag.3).

Neste sentido, parte-se do pressuposto que a problemática da situação de rua configura-se como processo histórico, resultante da inserção do homem na vida e no trabalho. Pontua-se, contudo, que tal concepção não pode ser considerada hegemônica, sendo possível percebê-la apenas em fragmentos pontuais, que se desfazem e se contradizem ao longo dos textos.

Nesse sentido, contraditoriamente, observou-se nas mesmas normativas e estratégias, concepções que nos levam a compreender esse fenômeno através do enfoque da multicausalidade, como podemos observar nos fragmentos a seguir:

Como aponta Silva (2006), são comumente enumeradas várias espécies de fatores motivadores da existência de pessoas em situação de rua, tais como fatores estruturais (ausência de moradia, inexistência de trabalho e renda, mudanças econômicas e institucionais de forte impacto social etc.), fatores biográficos (alcoolicismo, drogadição, rompimentos dos vínculos familiares, doenças mentais, perda de todos os bens, etc. além de desastres de massa e/ou naturais (enchentes, incêndios, terremoto, etc.) (POLÍTICA NACIONAL PARA INCLUSÃO SOCIAL DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA, 2008, pag.3).

Tal concepção nos permite compreender a problemática da situação de rua e o

processo saúde e doença, como sendo determinados por fatores de risco. Neste sentido, o social é apresentado como fatores de riscos externos para a problemática da situação de rua, renegando todo o caráter histórico e social que determina tal situação.

As normativas e estratégias voltadas para atenção à saúde da população em situação de rua, a compreensão do processo saúde e doença perpassa hegemonicamente pelo o modelo multicausal, que reduz a explicação do aparecimento das doenças aos fatores de risco, sobressaem ainda concepções centradas no indivíduo e na doença. O Plano Operativo para Implementação de Ações em Saúde da População em Situação de Rua, no seu eixo sobre promoção e vigilância em saúde, concebe ações que visem:

Intensificar a busca ativa e os tratamentos supervisionados para o controle de doenças infecciosas; controlar e reduzir a incidência de tuberculose, DST/aids e outros agravos recorrentes nessa População; e propor para pactuação na CIT estratégias que garantam o acesso dessa população às vacinas disponíveis no SUS (2013, pag. 6).

Observou-se neste e em vários fragmentos que o processo saúde-doença da PSR, no geral, é associado às questões biológicas/ patológicas, em alguns casos, associa-o a um fator social, em geral, relativo ao estilo de vida, cuja consequência é a culpabilização das pessoas pela condição na qual se encontram ou pela patologia adquirida. Portanto esquece, mascara, ou desconsidera a relação de determinação estabelecida entre o processo saúde-doença e o modo de trabalhar e viver dessa população (PAIVA, 2016).

Essas concepções refletem na prática nos atendimentos dessa população apenas em situações emergenciais, muitas vezes, por profissionais sem o devido preparo técnico para compreender suas necessidades de saúde, nos rótulos estigmatizantes que designa essa população como indivíduos “sobrantes”, desnecessários, sem identificação e utilidade social, perigosos, drogados, sujus, carentes de direitos, de vínculos afetivos, de educação, acabam sendo reduzidos às suas doenças (PAIVA, 2016).

Tais concepções vão conformando as bases para o fortalecimento de uma clínica, baseada no paradigma biológico individual da doença, denominada de “Clínica Clínica” ou “Clínica Oficial”, que é considerada hegemônica, mas que apresenta diversas limitações.

Nesta Clínica, a concepção de doença é a localizada no corpo, uma concepção biomédica e que se encontra vinculada à questão da produção. A doença é tratada, portanto, a partir do indivíduo e de causas endógenas a seu organismo e psiquismo, e não, a partir da própria sociedade, do ambiente, das condições de vida e trabalho. Grosso modo, essa concepção reduz a doença e a saúde ao contorno biológico individual, separando o sujeito de seu contexto integral de vida (MINAYO, 1997) o que se opõem às ideias agregadas sob o rótulo do cuidado e da integralidade.

Na Clínica oficial, a medicina opera com um objeto de estudo e de trabalho reduzido aos aspectos biomédicos e epidemiológicos, o que traz implicações negativas tanto para seu campo de saberes quanto para seus métodos e técnicas de intervenção. Ao se

responsabilizar pela enfermidade e deixando em segundo plano a pessoa enferma, a clínica oficial se desresponsabiliza pela integralidade dos sujeitos (CAMPOS, 1997; CAMARGO JR., 1990).

Diante das limitações da Clínica oficial, surge um movimento de reforma da clínica, que busca uma ampliação do objeto de saber e de intervenção da clínica, que assenta-se principalmente no deslocamento da ênfase na doença para centrá-la sobre o sujeito concreto, portador de alguma enfermidade, daí surge o título Clínica do Sujeito (CAMPOS, 1997).

Nessa Clínica, busca-se uma nova dialética entre o sujeito e a doença, onde não é aceita a antidialética do positivismo que fica com a doença e descarta os sujeitos, nem o extremo, a doença como se não existisse, quando na verdade ela está lá, no corpo. É necessário perceber o paciente, o sujeito concreto enfermo, as pessoas reais em sua existência concreta (CAMPOS, 1997). Acredita-se que essa renovada clínica conseguiria perceber os modos de viver da PSR compreendendo-os enquanto sujeitos concretos, sociais e singulares.

No que concerne às concepções de epidemiológico, observou-se que parece ser uma tendência atual a substituição de uma lógica totalizadora e integral do processo saúde e doença, por uma lógica individualista, centrada somente na doença, como podemos observar no fragmento abaixo:

Fazer busca ativa de agravos prevalentes na rua, priorizando a tuberculose, DST, hepatites virais, dermatoses, uso abusivo de álcool e outras drogas, entre outros (MANUAL SOBRE O CUIDADO À SAÚDE JUNTO A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA, 2012, pag. 44).

Observa-se que a concepção de epidemiologia que permeia as normativas e estratégias pauta-se hegemonicamente na Epidemiologia Tradicional. Tal concepção identifica seu objeto exclusivamente com as condições de normalidade ou anormalidade psicobiológicas dos indivíduos, e as considera modificáveis pela ação de fatores de risco de diferentes ordens e que se distribuem na população, segundo grupos de idade, sexo, ocupação, raça e etc. Isto é, seu objeto toma corpo, a partir da combinação de um conjunto de dados empíricos que se manifestam como evidência exterior do processo saúde e doença em casos individuais (BREILH, 1991).

Para Forattini (1990) a maior limitação atribuída a essa epidemiologia vem a ser o de ter, de maneira excessiva, concentrado as pesquisas no estabelecimento da causalidade entre eventos e, conseqüentemente, erigindo como objeto fundamental do estudo epidemiológico, o das associações entre a doença e os vários fatores ambientais.

A epidemiologia tradicional busca beneficiar os setores atrasados da sociedade. Aborda princípios de causalidade e distribuição em seus efeitos aparentes, mede, correlaciona tais efeitos, para detectar a prevalência de alterações orgânicas ou psíquicas que transtornam a produtividade e assim estabelece bases mínimas de proteção dos



grupos produtivos. Atua, portanto, segundo normas de eficiência e efetividade delimitadas de acordo com as necessidades de desenvolvimento do grande capital (BREILH, 1991).

Diante dessas limitações surge uma corrente de pensamento denominada de Epidemiologia Crítica, com o objetivo de superar essa visão pragmática, esquadrihar os estratos mais profundos da estrutura social onde surge a determinação dos grandes processos, desmistificar o fetichismo da igualdade dos homens frente ao risco de adoecer e descrever a gênese da distribuição segundo as classes sociais e segundo os perfis patológicos que as caracterizam (BREILH, 1991).

Essa epidemiologia busca a ruptura com os reducionismos e idealização das ciências neopositivista, porque, parte de uma construção objetiva da realidade e de um novo tipo de vínculo com o povo e consiste em uma linha de crítica permanente aos elementos técnicos e ideológicos que sustentam o capitalismo, considerado patogênico e, portanto oposto ao exercício epidemiológico verdadeiramente eficaz (BREILH, 1991).

No entanto, o que prevalece nas estratégias e normativas voltadas para PSR, é a utilização dos métodos da Epidemiologia tradicional e a hegemonia dos métodos da Clínica oficial, se configurando, portanto, como um claro obstáculo epistemológico para a estruturação do cuidado integral. As políticas e práticas alicerçadas em concepções individuais e biológicas são insuficientes para intervir nos determinantes do processo saúde/doença, uma vez que os problemas de saúde se constroem a partir das diferentes formas de viver e trabalhar dos sujeitos.

## **5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS: INTERVENÇÃO NA PERSPECTIVA DA SAÚDE COLETIVA OU DA SAÚDE PÚBLICA?**

De modo geral, as normativas e estratégias voltadas para a PSR, possui uma centralidade no modelo multicausal de saúde e doença, com enfoque no paradigma hegemônico na saúde (biológico-individual). Essa concepção incide na fragilização do processo saúde e doença dessa população, uma vez que a compreensão de fatores de risco desconsidera o peso da determinação social nesse processo, remetendo-o a um estado individual, em que a culpa do adoecimento recai sobre o indivíduo.

Essa compreensão traz à tona uma das críticas mais frequentes ao arranjo das práticas em saúde que é a ênfase na assistência individual, curativista e biologicista, que impossibilitam visualizar o indivíduo em sua inserção no espaço coletivo. Como consequência, temos uma atenção à saúde limitada aos aspectos biológicos, que em pouco contribui para a transformação da realidade de saúde/doença individual e coletiva, especialmente da PSR (BONFADA, 2012).

Tais concepções hegemônicas vão conformando as bases para uma concepção de clínica oficial e de epidemiologia tradicional, que não compreendem os modos de viver, adoecer e morrer do coletivo, apresentando uma intervenção limitada que atende, portanto, os princípios da saúde pública.

No entanto, as demandas desta década não dizem respeito à utilização progressiva dos conceitos da velha saúde pública, pelo contrário, deve-se romper com os reducionismos e idealizações da ciência neopositivista e adotar um pensamento emancipador que rompa as amarras conceituais e político-ideológicas dessa linha de pensamento (BREILH, 1991).

A saúde coletiva surge como um termo vinculado ao esforço de transformação, como opção oposta, como veículo de uma construção alternativa da realidade. Enquanto a saúde pública conceitua a saúde e doença empiricamente, reduzindo-a ao plano fenomênico e individualizado da causalidade etiológica, a saúde coletiva se propõe a estudar o processo saúde-doença pela sua determinação histórica social e como produto de um processo coletivo.

A Saúde Coletiva toma das Ciências Sociais muitas das suas categorias de análise. É por isso que Egry (2008, p. 66) ressalta que “ao contrário do que muitos imaginam a Saúde Coletiva não é um neologismo ou mesmo uma tentativa de modernização da saúde pública”, pois enquanto esta última raciocinava nos limites da tríade hospedeiro/agente etiológico/meio ambiente, a primeira introduz as categorias ‘trabalho’, ‘política’, ‘conflito social’, ‘estado e classes sociais’, ‘exclusão social’, etc. (PERNA e NOLASCO, 2008).

Uma intervenção na perspectiva da saúde coletiva teria que ter por base a determinação social do processo saúde e doença, a indissociabilidade entre a clínica (do sujeito) e epidemiologia (crítica), a relação dialética entre individual e coletiva, biológico e social.

Essa compreensão é capaz de intervir nos problemas e nos determinantes, de forma intersetorial e interdisciplinar, coerentes com as necessidades sociais da População em Situação de Rua. Conclui-se então, que a reinterpretação científica do processo saúde e doença coletiva é o desafio das políticas de saúde na contemporaneidade.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. C. **Método e complexo e desafios da pesquisa**. In: ALMEIDA, M. C. de ; CARVALHO, E. de A. *Cultura e pensamento Complexo*. São Paulo: Editora da Física, 2009.

BONFADA, D. A integralidade da atenção à saúde como eixo da organização tecnológica nos serviços. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 2, p. 555-560. 2012.

BOSCO FILHO, J. **As lições do Vivo. A natureza e as Ciências da Vida**. 2010. 158f. Tese (Doutorado) Programa de Pós-graduação em Educação. Natal/RN, 2010.

BOTTI, N. C. L. et al. Condições de saúde da população de rua da cidade de Belo Horizonte. **Cad. Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health**, v. 1, n. 2, p. 164-179, 2009.

BREILH, J. **Epidemiologia: Economia, Política e Saúde**. São Paulo: UNESP/HUCITEC, 1991.

CAMARGO JR. K. R. **(Ir)racionalidade Médica: os paradoxos da clínica.** 1990, 135f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Instituto de Medicina Social da UERJ, 1990.

CAMPOS, G. W. S. **A Clínica Do Sujeito: Por uma Clínica Reformulada e Ampliada.** Publicado em Saúde Páidéia. São Paulo, Editora Hucitec, 1997.

CELLARD, A. **A análise documental.** In: POUPART, J. et al. A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2008.

EGRY, E. Y. Instrumentos de avaliação de necessidades em saúde aplicáveis na Estratégia de Saúde da Família. **Rev. Esc. Enfermagem da USP.** v. 43, n.2. p.1181-1186, São Paulo: SP, 2008.

ESCOREL, S. **Reviravolta na Saúde: Origem e articulação do movimento sanitário.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1998.

FORATTINI, O. P. Epidemiologias, ou epidemiologia?. **Rev. Saúde Pública.** v. 24, n.1, p.1-2. 1990.

LAURELL, A. C. A saúde-doença como processo social. **Revista Latinoamericana de Salud,** v. 2, p. 7-25. México, 1982.

LIRA, C. D. G.; JUSTINO, J. M. R.; SARAIVA, A. K. M. **As políticas sociais e a população em situação: universalização excludente?** In: II Semana de Ciência, Tec. e Inovação da UERN, n. 1, 2014. Mossoró: Edições UERN, 2014.

MINAYO, M. C. S. Saúde: Concepções e políticas públicas Saúde e doença como expressão cultural. In: AMÂNCIO FILHO, A.; MOREIRA, M.C.G. B (Org.). **Revista: Saúde, trabalho e formação profissional,** p.27-39. 1997.

PAIVA, I. K. S. et al. Direito à saúde da população em situação de rua: reflexões sobre a problemática. **Ciência & Saúde Coletiva,** v. 21, n. 8, p. 2595-2606, 2016.

PERNA, P. O. ; NOLASCO, M. M. O Materialismo Histórico-Dialético e a Teoria da Intervenção Prática da Enfermagem em Saúde Coletiva: A Demarcação Do 'Coletivo' Para a Ação Da Enfermagem. **Rev. Trabalho Necessário,** v. 6, n. 6, p. 1-28, 2008.

ROSA, A. S.; CAVICCHIOLI, M. G. S.; BRÉTAS, A. C. P. O processo saúde-doença-cuidado e a população em situação de rua. **Revista Latino-Americana de Enfermagem,** v. 13, n. 4, p.576-582. 2005.

SARAIVA, A. K. M.. **Ousadia individual, apostas coletivas.** A formação em Enfermagem. Natal: EDUFRRN, 2015.

SÁ-SILVA, J. R. S; ALMEIDA, C. D.; GUINDANI, J. F. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Revista Brasileira de História e Ciências Sociais.** v. 1, n.1, jun. 2009.

## ÍNDICE REMISSIVO

### A

Adolescência 120, 129, 132, 176, 186, 190  
Assistência farmacêutica 22, 23, 29, 32, 33  
Atendimento remoto 22, 24, 25, 28, 29, 30, 31  
Auditoria 34, 36, 38, 39, 40, 43, 53

### B

Benefício de prestação continuada 215  
Bioética 88, 90, 92, 96, 97, 98, 227  
Bolsa Família 215

### C

Caso clínico 201, 226  
Covid-19 3, 4, 9, 14, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 27, 30, 31, 32, 33, 54, 55, 56, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 97, 109, 110, 111, 112, 135, 136, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 194, 195, 197, 198  
Cuidados paliativos 89, 95, 97, 98, 99, 223, 224

### E

Educação em saúde 11, 13, 16, 54, 55, 62, 65, 189, 190, 191  
Emprego 111, 163, 166, 167, 168, 202, 215, 216, 218, 219, 220  
Envelhecimento 112, 113, 114, 115, 118  
Escola 22, 24, 25, 67, 75, 97, 109, 121, 122, 132, 145, 153, 159, 160, 161, 162, 167, 186, 188, 190, 192, 193, 197  
Estatuto da criança e adolescente 120  
Eventos adversos 67, 68, 69, 70, 71, 72, 75, 77, 78, 152

### G

Globalização 212

### H

Hábitos sociais 109  
Hipertensão arterial sistêmica 81

### I

Idosos 25, 27, 109, 110, 111, 112, 114, 115, 116, 117, 118, 223, 224

Insuficiência renal 80, 81, 82, 83, 84, 85

## **M**

Medicina intensiva 89, 90

Ministério da Saúde 3, 17, 19, 20, 21, 23, 31, 34, 42, 58, 64, 69, 87, 115, 132, 136, 190, 199, 203, 204, 221

## **N**

Necropolítica 1, 2, 3, 8, 9

## **O**

Organização Mundial da Saúde 23, 64, 77, 110, 115, 118, 133, 155

Organização Pan-Americana de Saúde 37, 41

## **P**

Pandemia 1, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 27, 29, 30, 31, 32, 33, 54, 56, 58, 59, 62, 64, 65, 109, 110, 111, 112, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 185, 187, 188, 189, 191, 192, 193, 194, 195, 196, 198

Parto humanizado 135, 136, 137, 138, 139, 141, 142, 144

População em situação de rua 199, 202, 203, 204, 205, 206, 207, 209, 210, 211, 212, 213, 214, 217, 221, 222

Prevenção de acidentes 186, 191

Primeiros socorros 169, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 191

Processo do envelhecimento 114

Programas de acreditação 45

## **Q**

Qualidade 12, 13, 23, 24, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 69, 70, 76, 77, 78, 81, 82, 83, 85, 88, 89, 91, 93, 94, 95, 97, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 112, 113, 114, 115, 117, 118, 142, 144, 148, 149, 150, 151, 152, 161, 169, 170, 173, 174, 176, 177, 182, 192, 195, 197, 204, 223, 224, 227

Qualidade de vida 81, 82, 85, 89, 91, 94, 112, 113, 117, 118, 173, 174, 176, 177, 182, 204, 223, 224

## **R**

Reforma sanitária 201

Relato de experiência 11, 13, 18, 19, 22, 24, 56, 66, 71, 190

Revisão integrativa 21, 46, 48, 52, 53, 71, 73, 77, 78, 83, 84, 98, 99, 145, 146, 153, 223, 224

Rodas de conversas 15

## S

Sars-Cov-2 55

Segurança do paciente 44, 46, 50, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 75, 77, 78, 152, 227

Segurança dos cuidados ao paciente 45

Serviços de saúde 4, 5, 7, 19, 20, 21, 34, 41, 42, 43, 52, 53, 61, 78, 85, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 169, 170, 204

Síndrome de Down 173, 174, 175, 176, 177, 178, 183

Sistema único de saúde 6, 7, 8, 17, 24, 33, 43, 61, 70, 115, 199, 201, 202, 203, 227

Suplementos alimentares 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107

## T

Técnico em enfermagem 163, 165, 166, 167, 168, 169, 170, 171

Trabalho remoto 18, 19, 20, 21

## U

Unidade de Terapia Intensiva 39, 88, 90, 98, 138, 139

## V

Vigilância em saúde 21, 54, 55, 56, 59, 62, 63, 64, 206



# Serviços de saúde no Brasil:





Experiências exitosas e desafios contemporâneos

-  [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)



# Serviços de saúde no Brasil:

Experiências exitosas e desafios contemporâneos

-  [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)