

Saúde pública e saúde coletiva:

Núcleo de saberes e práticas 2



Soraya Araujo Uchoa Cavalcanti
(Organizadora)

Atena
Editora
Ano 2022

Saúde pública e saúde coletiva:

Núcleo de saberes e práticas 2



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

Luiza Alves Batista

Natália Sandrini de Azevedo

Imagens da capa

iStock

Edição de arte

Luiza Alves Batista

2022 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do texto © 2022 Os autores

Copyright da edição © 2022 Atena Editora

Direitos para esta edição cedidos à Atena Editora pelos autores.

Open access publication by Atena Editora



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição *Creative Commons*. Atribuição-Não-Comercial-NãoDerivativos 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0).

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores, inclusive não representam necessariamente a posição oficial da Atena Editora. Permitido o *download* da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Todos os manuscritos foram previamente submetidos à avaliação cega pelos pares, membros do Conselho Editorial desta Editora, tendo sido aprovados para a publicação com base em critérios de neutralidade e imparcialidade acadêmica.

A Atena Editora é comprometida em garantir a integridade editorial em todas as etapas do processo de publicação, evitando plágio, dados ou resultados fraudulentos e impedindo que interesses financeiros comprometam os padrões éticos da publicação. Situações suspeitas de má conduta científica serão investigadas sob o mais alto padrão de rigor acadêmico e ético.

Conselho Editorial**Ciências Biológicas e da Saúde**

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

Profª Drª Ana Beatriz Duarte Vieira – Universidade de Brasília

Profª Drª Ana Paula Peron – Universidade Tecnológica Federal do Paraná

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

Profª Drª Anelise Levay Murari – Universidade Federal de Pelotas

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



Prof. Dr. Cirênio de Almeida Barbosa – Universidade Federal de Ouro Preto
Prof^o Dr^a Daniela Reis Joaquim de Freitas – Universidade Federal do Piauí
Prof^o Dr^a Débora Luana Ribeiro Pessoa – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Douglas Siqueira de Almeida Chaves – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
Prof^o Dr^a Elizabeth Cordeiro Fernandes – Faculdade Integrada Medicina
Prof^o Dr^a Eleuza Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília
Prof^o Dr^a Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina
Prof^o Dr^a Eysler Gonçalves Maia Brasil – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira
Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof^o Dr^a Fernanda Miguel de Andrade – Universidade Federal de Pernambuco
Prof. Dr. Fernando Mendes – Instituto Politécnico de Coimbra – Escola Superior de Saúde de Coimbra
Prof^o Dr^a Gabriela Vieira do Amaral – Universidade de Vassouras
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. Helio Franklin Rodrigues de Almeida – Universidade Federal de Rondônia
Prof^o Dr^a Iara Lúcia Tescarollo – Universidade São Francisco
Prof. Dr. Igor Luiz Vieira de Lima Santos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Jefferson Thiago Souza – Universidade Estadual do Ceará
Prof. Dr. Jesus Rodrigues Lemos – Universidade Federal do Piauí
Prof. Dr. Jônatas de França Barros – Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. José Aderval Aragão – Universidade Federal de Sergipe
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Prof^o Dr^a Juliana Santana de Curcio – Universidade Federal de Goiás
Prof^o Dr^a Lívia do Carmo Silva – Universidade Federal de Goiás
Prof. Dr. Luís Paulo Souza e Souza – Universidade Federal do Amazonas
Prof^o Dr^a Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Marcus Fernando da Silva Praxedes – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof^o Dr^a Maria Tatiane Gonçalves Sá – Universidade do Estado do Pará
Prof. Dr. Maurilio Antonio Varavallo – Universidade Federal do Tocantins
Prof^o Dr^a Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma
Prof^o Dr^a Natiéli Piovesan – Instituto Federaci do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Paulo Inada – Universidade Estadual de Maringá
Prof. Dr. Rafael Henrique Silva – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados
Prof^o Dr^a Regiane Luz Carvalho – Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino
Prof^o Dr^a Renata Mendes de Freitas – Universidade Federal de Juiz de Fora
Prof^o Dr^a Sheyla Mara Silva de Oliveira – Universidade do Estado do Pará
Prof^o Dr^a Suely Lopes de Azevedo – Universidade Federal Fluminense
Prof^o Dr^a Vanessa da Fontoura Custódio Monteiro – Universidade do Vale do Sapucaí
Prof^o Dr^a Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof^o Dr^a Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Prof^o Dr^a Welma Emídio da Silva – Universidade Federal Rural de Pernambuco



Saúde pública e saúde coletiva: núcleo de saberes e práticas 2

Diagramação: Camila Alves de Cremo
Correção: Yaidy Paola Martinez
Indexação: Amanda Kelly da Costa Veiga
Revisão: Os autores
Organizadora: Soraya Araujo Uchoa Cavalcanti

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

S255 Saúde pública e saúde coletiva: núcleo de saberes e práticas 2 / 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 978-65-258-0607-5

DOI: <https://doi.org/10.22533/at.ed.075221910>

1. Saúde pública. 2. Saúde coletiva. I. Cavalcanti, Soraya Araujo Uchoa (Organizadora). II. Título.

CDD 362.1

Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166

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



DECLARAÇÃO DOS AUTORES

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



DECLARAÇÃO DA EDITORA

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



APRESENTAÇÃO

A coletânea *Saúde pública e saúde coletiva: Núcleo de saberes e práticas 2* é composta por 26 (vinte e seis) capítulos produtos de pesquisa, revisão integrativa, relato de experiências, estudo de caso, dentre outros.

O primeiro capítulo da coletânea aborda as compreensões históricas da saúde no Brasil, processos e legislação vinculados. O segundo capítulo discute os desafios da regulação em saúde na produção do cuidado na atual conjuntura. O terceiro capítulo, por sua vez, apresenta os resultados da pesquisa acerca da adequação das atividades de controle da esquistossomose desenvolvidas pelos Agentes Comunitários de Saúde.

O quarto capítulo, discute saúde pública e psicanálise no atual contexto da pandemia de Covid-19. O quinto capítulo discute as possíveis causas do Body Identity Integrity Disorder e as estratégias utilizadas para a amputação desse(s) membro (s). O sexto capítulo, por sua vez, apresenta a experiência vinculada a busca ativa de pacientes em acompanhamento em um CAPSad durante o período pandêmico.

O sétimo capítulo discute os resultados da pesquisa acerca dos desafios para implementar campanhas de prevenção de câncer de próstata. O oitavo capítulo discute os resultados do estudo acerca do rastreamento do câncer de próstata. O nono capítulo, por sua vez, avalia a morbimortalidade por câncer de próstata nas diferentes regiões brasileiras.

O décimo capítulo, discute a influência dos fatores socioeconômicos nos determinantes de mortalidade feminina relacionadas ao câncer de mama. O décimo primeiro capítulo discute as ações de educação em saúde realizadas por enfermeiros e demais integrantes da equipe de enfermagem com pacientes oncológicos e seus familiares. O décimo segundo capítulo, por sua vez apresenta a vivência dos Residentes Multiprofissionais em Saúde Coletiva na produção de Educação em Saúde numa Unidade de Saúde da Família em sala de espera educativa.

O décimo terceiro capítulo, apresenta a experiência vinculado à realização do curso 'educação em saúde no processo de envelhecimento' uma atividade integrante de um programa de extensão universitária. O décimo quarto capítulo discute a atenção à saúde para pessoas travestis e transexuais brasileiras na atual conjuntura. O décimo quinto capítulo, por sua vez, discute o atendimento à família no cotidiano de trabalho do profissional da Enfermagem no contexto da atenção básica.

O décimo sexto capítulo discute o manejo da asma no período gestacional e os possíveis efeitos e complicações vinculadas. O décimo sétimo capítulo, apresenta os resultados de avaliações sistemáticas da possibilidade de o transtorno do espectro autista possuir origem genética. O décimo oitavo capítulo, por sua vez, apresenta os resultados da pesquisa acerca da equivalência farmacêutica entre comprimidos referência, genéricos e similares de hidroclorotiazida.

O décimo nono capítulo, discute as implicações da Monkeypox na saúde da criança. O vigésimo capítulo apresenta o perfil epidemiológico da sífilis adquirida no período de 2011 a 2021 no Estado do Tocantins. O vigésimo primeiro capítulo, por sua vez, discute a prevalência da sepse em crianças menores de 1 ano na região Sudeste. O vigésimo segundo capítulo, por sua vez, apresenta o processo de implantação do Projeto Integrador do Ensino de Enfermagem.

O vigésimo terceiro capítulo analisa a eficácia das terapias adjuvantes à hipotermia terapêutica. O vigésimo quarto capítulo, apresenta a sistematização da Assistência de Enfermagem ao paciente no perioperatório. O vigésimo quinto discute as temáticas saúde mental e trabalho numa perspectiva psicodramática. E finalmente, o vigésimo sexto capítulo que discute os motivos vinculados à não realização de pré-natal conforme o preconizado pelo Programa de Humanização ao Pré Natal do Ministério da Saúde.

Soraya Araujo Uchoa Cavalcanti

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1..... 1

COMPREENSÕES HISTÓRICAS DA SAÚDE NO BRASIL

Erivanderson Ferreira Santos Silva
Ágata Silva dos Santos
Claudia Edlaine da Silva
Ítalo Souza Ferreira
Flávia Virgínia Vasconcelos Peixoto
Gabriela de Almeida Silva
Kamilla Pontes Azevedo
Roberta Adriana Oliveira Estevam
Taynara Laízza dos Santos
Roberto da Silva Bezerra
Márcia Jacqueline de Jesus Guimarães
Vanessa Ferry de Oliveira Soares

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.0752219101>

CAPÍTULO 2..... 14

GESTÃO EM SAÚDE: DESAFIOS DA REGULAÇÃO DE SISTEMAS DE SAÚDE NA PRODUÇÃO DO CUIDADO

Daniel Martins Borges
Talita Fernanda Soares Freitas Andrade
Ana Carolina Andrade Penha
Giovanna Estulano Vieira
Gustavo Rodrigues Muraishi

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.0752219102>

CAPÍTULO 3..... 28

AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES DE CONTROLE DA ESQUISTOSSOMOSE REALIZADAS POR AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE EM MUNICÍPIOS DE PERNAMBUCO, BRASIL

Emília Carolle Azevedo de Oliveira
Constança Simões Barbosa
Louisiana Regadas de Macedo Quinino

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.0752219103>

CAPÍTULO 4..... 44

A PSICANÁLISE EM TEMPOS DE PANDEMIA: O NOVO CORONAVÍRUS E A SAÚDE COLETIVA

Adelcio Machado Santos

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.0752219104>

CAPÍTULO 5..... 57

BODY IDENTITY INTEGRITY DISORDER (BIID): O COMPLEXO EM SER INCOMPLETO

Maria Valéria Chaves de Lima
Perla Silva Rodrigues

Janaina Maciel de Queiroz
Thaina Jacome Andrade de Lima
Helida Lunara de Freitas Aquino
Lauana Cristina Chaves Ferreira
Kalyane Kelly Duarte de Oliveira

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.0752219105>

CAPÍTULO 6..... 68

BUSCA ATIVA E VISITA DOMICILIÁRIA COMO ESTRATÉGIA DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NA PANDEMIA

Elienai de Farias Gama Siqueira
Maria Regina Camargo Ferraz Souza
Marcia Aparecida Ferreira de Oliveira
Sayuri Tanaka Maeda
Cristiano Rodrigues da Mota
Denise Cristina Matheiski Alkmim

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.0752219106>

CAPÍTULO 7..... 77

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO FRENTE A PREVENÇÃO DO CÂNCER DE PRÓSTATA SOB A PERSPECTIVA DA AGENDA 2030

Claudia Ayres Cunha de Souza
Cybele Cândido de Souza
Micheli Patrícia de Fátima Magri

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.0752219107>

CAPÍTULO 8..... 89

CONSIDERAÇÕES ATUAIS SOBRE O RASTREAMENTO DO CÂNCER DE PRÓSTATA

Averaldo Junior Braga Roque
Mariana Melo Martins
Vitor Augusto Ferreira Braga
Júlia Braga Roque
Alanna Simão Gomes Saturnino

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.0752219108>

CAPÍTULO 9..... 99

MORBIMORTALIDADE POR CÂNCER DE PRÓSTATA NAS REGIÕES BRASILEIRAS NO PERÍODO DE 2016 A 2020

Lizandra de Farias Rodrigues Queiroz
Márcia Alencar de Medeiros Pereira
Ana Cristina Rodrigues Luna e Silva
Giovanna Raquel Sena Menezes
Audimere Monteiro Pereira
Martapolyana Torres Menezes da Silva
Rosângela Vidal de Negreiros
Juliana Dias Pereira de Sousa
Marta Lucia Cruz de Andrade

Érida Oliveira Gonçalves

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.0752219109>

CAPÍTULO 10..... 111

INFLUÊNCIA DOS FATORES SOCIOECONÔMICOS NA MORBIMORTALIDADE POR CÂNCER DE MAMA NO PERÍODO DE 2017 A 2021

Lizandra de Farias Rodrigues Queiroz

Giovanna Raquel Sena Menezes

Martapolyana Torres Menezes da Silva

Ana Cristina Rodrigues Luna e Silva

Márcia Alencar de Medeiros Pereira

Juliana Dias Pereira de Sousa

Audimere Monteiro Pereira

Rosângela Vidal de Negreiros

Marta Lucia Cruz de Andrade

Érida Oliveira Gonçalves

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.07522191010>

CAPÍTULO 11 120

PACIENTES ONCOLÓGICOS E SEUS FAMILIARES: UM OLHAR EDUCACIONAL DA ENFERMAGEM

Pamela Nery do Lago

Raquel Resende Cabral de Castro e Silva

Sandra Patrícia Duarte

Juliana da Silva Mata

Natália Borges Pedralho

Ronaldo Antônio de Abreu Junior

Juliana Raquel Maciel do Nascimento

Paula Moraes Rezende

Sandra Martins de França

Martapolyana Torres Menezes da Silva

Daniela de Sousa Azeredo

Kiwisunny Galvão Franzoi

Karla Patrícia Figueirôa Silva

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.07522191011>

CAPÍTULO 12..... 130

AÇÕES EDUCATIVAS E MULTIPROFISSIONAIS COMO ESTRATÉGIAS DE PROMOÇÃO DE SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA

Pedro Victor Landim Ribeiro

José Thiago Alves de Sousa

Ana Paula Pinheiro da Silva

Hedilene Ferreira de Sousa

Ademar Maia Filho

Valdília Ribeiro de Alencar Ulisses

Fernanda Ribeiro da Silva

Davy Deusdeth Timbó Magalhães Sobrinho

Micael Sampaio da Silva

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.07522191012>

CAPÍTULO 13..... 140

EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO: REFLEXÕES SOBRE A PRÁXIS EXTENSIONISTA

Renata Orlandi
Evelyn Schweitzer de Souza
Vitória Helena Silva Santos
Anderson da Silva Honorato
Camila Elizandra Rossi
Edilaine Aparecida Vieira

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.07522191013>

CAPÍTULO 14..... 153

REFLEXÕES SOBRE A ATENÇÃO À SAÚDE PARA PESSOAS TRAVESTIS E TRANSEXUAIS

Rafael Rodolfo Tomaz de Lima
Luiz Roberto Augusto Noro

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.07522191014>

CAPÍTULO 15..... 163

A PERCEPÇÃO DA FAMÍLIA COMO UM FARDÃO

Luana Gesser
Sabrina Zimmermann
Daniela Priscila Oliveira do Vale Tafner

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.07522191015>

CAPÍTULO 16..... 173

MANEJO DA ASMA NA GESTAÇÃO: POSSÍVEIS EFEITOS DA VITALIDADE FETAL E AS COMPLICAÇÕES MATERNO-FETAIS

João Felipe Tinto Silva
Sabina Dias Rangel
Marcia Lais Fortes Rodrigues Mattos
Bruna Saraiva Carvalho
Gisele Cristina Calixto Tonatto
Ana Claudia Koproski
Tayane Moura Martins
Maria Júlia dos Santos Catunda
Gustavo Henrique dos Santos Soares
Regina Ferreira dos Santos Linhares
Lyanne Isabelle Fonteneles Oliveira
Geovana Maria Rodrigues de Sousa

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.07522191016>

CAPÍTULO 17..... 184

LIGAÇÃO GENÉTICA NO TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA: UMA REVISÃO

NARRATIVA

Larissa Eduarda Munhoz Lourenço
Zenaide Paulo Silveira
Adriana Maria Alexandre Henriques
Lisiane Madalena Treptow
Ana Paula Narcizo Carcuchinski
Denise Oliveira D'Ávila
Márcio Josué Trasel
Morgana Morbach Borges
Mari Nei Clososki da Rocha
Flávia Giendruczak da Silva

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.07522191017>

CAPÍTULO 18..... 196

ANÁLISE DA QUALIDADE DE COMPRIMIDOS DE HIDROCLOROTIAZIDA: ESTUDO COMPARATIVO ENTRE REFRÊNCIA, GENÉRICO E SIMILAR

Flavia Scigliano Dabbur
Joyce Cavalcante Brandão
Larissa Albuquerque Leandro
Ingrid Ferreira Leite
Crisliane Lopes da Silva
José Marcos dos Santos Oliveira

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.07522191018>

CAPÍTULO 19..... 215

O IMPACTO DA MONKEYPOX NA SAÚDE DA CRIANÇA

Jhéssica Mariany Mendes Santos
Gabriella Dias Gomes
Bruna Emanuelle Santos
Larissa Ariella Gonçalves Almeida
Hilária Augusto Lopes Vieira
Vanessa Soares Pereira
Micaelle Souza Santos
Kamilla de Oliveira Santos
Laura Fabiana Rodrigues Araújo
Raquel de Sousa Oliveira
Erika Damasceno Ruas
Iara Vitória Santos

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.07522191019>

CAPÍTULO 20..... 224

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE SÍFILIS ADQUIRIDA NO ESTADO DE TOCANTINS 2011-2021

Adriana Monteiro da Silva Costa
Anderson Luís Santos Azevedo
Beatriz Vieira Rodrigues
Davyl Bezerra Viana

João Pedro Martins Pedrosa da Cunha
Marcos Vinícius Nunes de Barros
Maria Eduarda Milhomem Neves

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.07522191020>

CAPÍTULO 21..... 232

PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO DA SEPSE EM CRIANÇAS MENORES DE 1 ANO NA REGIÃO SUDESTE ENTRE 2010 A 2019

Maria Luiza Cordeiro Campos
Ivana Picone Borges de Aragão

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.07522191021>

CAPÍTULO 22..... 244

PROJETO INTEGRADOR NO ENSINO DE ENFERMAGEM: UM OLHAR SOBRE A OBESIDADE E A DESNUTRIÇÃO NO CONTEXTO DA PANDEMIA DA COVID-19

Cristiano Rodrigues da Mota
Anelvira de Oliveira Florentino
Elienai de Farias Gama Siqueira
Italo Frizo
Kayo Augusto Saladin Pacher
Rodrigo Leal
Selma Eva Silvério

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.07522191022>

CAPÍTULO 23..... 256

TERAPIAS NEUROPROTETORAS ADJUVANTES NA ENCEFALOPATIA HIPÓXICO-ISQUÊMICA NEONATAL

Brenda Alves Fernandes
Luiz Felipe Alves Fernandes
Eithor Henrique Siqueira
Guilherme Lima Weksler
João Vitor Romão Neto Mury de Aquino
Juliana Alves Costa
Carlos Alberto Bhering

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.07522191023>

CAPÍTULO 24..... 267

SISTEMATIZAÇÃO DO CUIDADO A PESSOA ADULTA NO PERIOPERATÓRIO

Fernanda Matheus Estrela
Anderson dos Santos Barbosa
Tania Maria de Oliveira Moreira
Fabiana Costa da Silva
Juliana Marques Dourado Viena
Juliana dos Reis Naponuceno de Oliveira
Tamara Angélica da Rocha
Celeste da Silva Carneiro
Alisson Cunha Lima

Ithana Queila Borges Pizzani Ferreira
Sheyla Santana de Almeida
Sanmara Souza Pedreira Lima
Yanne Mello Rusciolelli Nunes
Aline Quelle Reis Silva
Ana Cleide da Silva Dias
Emile Aquino Pinheiro
Naiara Costa Salvador Ribeiro da Silva
Bruna Costa Leal
Larissa Lima dos Santos
Periana Mota de Oliveira
Caroline dos Santos Pinto de Oliveira
Gabriel Brasil Gil
Carleone Vieira dos Santos Neto
Andréia de Jesus Soares
Raquel Carvalho Lima
Paulo de Tarso Jambeiro Brandão
Valquíria de Araújo Hora
Felipe Teclo Moreira
Annessa Adryelle Souza Pereira
Lucas Coleta dos Reis Alves

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.07522191024>

CAPÍTULO 25..... 281

SAÚDE MENTAL E TRABALHO: UMA LEITURA PSICODRAMÁTICA

Davi Oliveira Bizerril
Jardel dos Santos Albuquerque
Mariana Vieira de Melo Bezerra
Germana Alves dos Santos
Maria Salete Bessa Jorge

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.07522191025>

CAPÍTULO 26..... 320

MOTIVOS PARA A BAIXA ADESÃO AO PRÉ-NATAL

Telma da Silva Machado
Adriana Maria Alexandre Henriques
Simone Thais Vizini
Paulo Renato Vieira Alves
Ana Paula Narcizo Carcuchinski
Morgana Morbach Borges
Márcio Josué Träsel
Denise Oliveira D'Ávila
Flávia Giendruczak da Silva

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.07522191026>

SOBRE A ORGANIZADORA..... 330

ÍNDICE REMISSIVO..... 331

CAPÍTULO 3

AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES DE CONTROLE DA ESQUISTOSSOMOSE REALIZADAS POR AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE EM MUNICÍPIOS DE PERNAMBUCO, BRASIL

Data de aceite: 03/10/2022

Data de submissão: 15/08/2022

Emília Carolle Azevedo de Oliveira

Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo
Cruz, Recife, PE, Brasil
<https://orcid.org/0000-0002-0957-1542>

Constança Simões Barbosa

Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo
Cruz, Recife, PE, Brasil
<https://orcid.org/0000-0003-0549-8293>

Louisiana Regadas de Macedo Quinino

Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo
Cruz, Recife, PE, Brasil
<https://orcid.org/0000-0002-7123-8089>

RESUMO: Este estudo objetivou verificar a adequação das atividades de controle da esquistossomose realizadas pelos Agentes Comunitários de Saúde nas instâncias municipais segundo as normas propostas pelo Ministério da Saúde para controle da esquistossomose antes da implantação do Plano para Redução e Eliminação das Doenças Negligenciadas no Estado de Pernambuco/Programa Sanar, pela Secretaria de Saúde de Pernambuco. Estudo avaliativo normativo que determinou o Grau de Implantação, GI, das atividades realizadas pelos Agentes Comunitários de Saúde, bem como o percentual de adequação dos municípios, das Gerencias Regionais de Saúde, Geres, de Pernambuco a cada uma das atividades consideradas, segundo as

normas estabelecidas pelo Ministério da Saúde. Aplicaram-se formulários semiestruturados à totalidade dos ACS das Unidades Básicas de Saúde que estavam realizando ações de controle da esquistossomose no momento da pesquisa. Um sistema de escores permitiu classificar o GI em implantado = 90 a 100 pontos; parcialmente implantado = 50 a 89,9 pontos e não implantado < 49 pontos. As atividades que obtiveram maior percentual de adequação foram “encaminhamento de pacientes” e “investigação de casos”. Os maiores GI foram observados no município 19 (62,7) e na V Geres (44,1), e Pernambuco teve um GI de 35,8. O estudo evidenciou o baixo grau de adequação das atividades de controle da esquistossomose realizadas pelos ACS aos padrões estabelecidos.

PALAVRAS-CHAVE: Esquistossomose; Avaliação de ações de saúde pública; Agente comunitário de saúde.

EVALUATION OF SCHISTOSOMIASIS CONTROL ACTIVITIES PERFORMED BY COMMUNITY HEALTH AGENTS IN MUNICIPALITIES OF PERNAMBUCO, BRAZIL

ABSTRACT: This study aimed to verify the adequacy of schistosomiasis control activities carried out by Community Health Agents in municipal instances according to the norms proposed by the Ministry of Health for schistosomiasis control before the implementation of the Plan for the Reduction and Elimination of Neglected Diseases in the State of Pernambuco/Sanar Program, by the Pernambuco Health Department. Normative evaluative study that

determined the Degree of Implementation, DI, of the activities carried out by Community Health Agents, as well as the percentage of adequacy of the municipalities, of the Regional Health Managements, Geres, of Pernambuco to each of the activities considered, according to the norms established by the Ministry of Health. Semi-structured forms were applied to all the CHA of the Basic Health Units who were carrying out schistosomiasis control actions at the time of the research. A scoring system allowed classifying the DI as implanted = 90 to 100 points; partially implanted = 50 to 89.9 points and not implanted < 49 points. The activities that obtained the highest percentage of adequacy were “patient referral” and “case investigation”. The highest DI were observed in municipality 19 (62.7) and V Geres (44.1), and Pernambuco had a DI of 35.8. The study evidenced the low degree of adequacy of the schistosomiasis control activities carried out by the CHA to the established standards.

KEYWORDS: Schistosomiasis; Evaluation of public health actions; Community health worker.

INTRODUÇÃO

Desde a década de 70, ações sistemáticas de controle da doença vêm sendo implementadas no Brasil, a exemplo da criação do Programa Especial de Controle da Esquistossomose – PECE, em 1975, para reduzir a prevalência e as formas graves (QUININO; BARBOSA; SAMICO, 2010). Este programa realizou mais de 12 milhões de tratamentos em todo o país, sobretudo na região Nordeste. O programa apresentava diversas falhas conceituais, metodológicas e de objetivos recebendo, por isso, críticas de especialistas da área, principalmente no que diz respeito à realização de ações de forma desintegrada e desarticulada de outros setores da saúde ou fora deles. Mesmo assim, conseguiu diminuir os casos de esquistossomose hepatoesplênica (KATZ; ALMEIDA, 2003).

Em 1980, o PECE, perdeu as particularidades de um Programa Especial, transformando-se em um programa de rotina do Ministério da Saúde, passando a ser intitulado de Programa de Controle da Esquistossomose - PCE permanecendo, com a mesma técnica e o caráter centralizador do PECE (FAVRE et al., 2009; QUININO et al., 2009). Segundo Paim (2003), no momento em que o PCE enfatizou o tratamento de doentes, passou a refletir traços do modelo médico-assistencial-privatista, centrado na demanda espontânea, curativista depreciando a integralidade do cuidado com o paciente.

A descentralização das ações de vigilância epidemiológica iniciou-se de modo efetivo no final da década de 90, com a publicação da portaria 1.399 que regulamentou a Norma Operacional Básica 01/96 em relação às competências da União, Estados e municípios no âmbito da epidemiologia e controle de doenças (BRASIL, 1999). No ano de 2004, um novo instrumento normativo foi publicado, a Portaria 1.172 de 15 de junho de 2004, indicando o processo de descentralização das ações de vigilância e definindo as atividades de vigilância em saúde: vigilância de doenças transmissíveis, vigilância de doenças e agravos não transmissíveis e de seus respectivos fatores de risco, vigilância

ambiental em saúde e vigilância da situação de saúde (BRASIL, 1999, 2004).

Nestanova conjuntura, o PCE se embasou nos inquéritos coproscópicos; quimioterapia seletiva para portadores em faixa etária específica; ou tratamento coletivo de acordo com a prevalência, controle de moluscos, saneamento ambiental, educação em saúde, vigilância epidemiológica e a alimentação do Sistema de Informação do PCE (SISPCE). A ação de controle da esquistossomose se embasa nos dados históricos registrados pelo PCE e nas suas atividades de vigilância epidemiológica nas áreas endêmicas (QUININO; BARBOSA; SAMICO, 2010). Tais atividades devem ser congregadas àquelas desenvolvidas pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Programa de Saúde da Família (PSF) (BRASIL, 2008).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) foi adotada em 1994 com a finalidade de organizar a atenção básica e reorientar o modelo de assistência à saúde. A ESF se caracteriza por um conjunto de ações, no âmbito individual e coletivo, que compreendem a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde e visa o desenvolvimento de práticas interdisciplinares trabalhadas por equipes, levando em consideração a realidade local e as diferentes necessidades dos grupos populacionais (NASCIMENTO; NASCIMENTO 2005).

Com isso, a Política Nacional de Atenção Básica, em 2006, escolheu a integralidade à saúde da população de territórios delimitados como elemento de ação dos profissionais das unidades, exibindo-se como um lugar excelente para praticar vigilância em saúde (BRASIL, 2006). Para a política do Ministério da Saúde, os integrantes da atenção básica/saúde da família e da vigilância em saúde, devem atuar no controle da esquistossomose com ações de assistência, educação e vigilância; desenvolvendo trabalhos que respeitem a integralidade e os conhecimentos específicos de cada profissional, principalmente, dos Agentes Comunitários de Saúde – ACS, evitando a duplicidade de trabalhos que devem ser complementares (SILVA; DOMINGUES, 2011). Neste aspecto, embora o trabalho de todos os profissionais seja de extrema importância para o controle da esquistossomose nas instâncias municipais, o ACS se destaca por integrar a comunidade, apresentando a mesma cultura e por ser o profissional de maior confiança dentro do território. O contato permanente entre o ACS e residentes forma um elo entre serviço e usuário do sistema, promovendo o trabalho de vigilância e promoção da saúde, potencializando assim as atividades educativas e permitindo a permuta do saber (MARZARI; JUNGES; SELLI, 2011).

Dentre as atribuições dos ACS's no que concerne ao controle da esquistossomose estão à responsabilidade por identificar indivíduos e famílias expostas a situações de risco, orientar famílias para utilizar adequadamente o serviço de saúde e desenvolver ações de educação e vigilância o que responsabiliza a equipe de saúde da família quanto ao acompanhamento do usuário em relação as detecções de novos casos, controle de cura ou novas complicações advindas da doença (BRASIL, 2008).

Dessa forma, este trabalho objetivou verificar a adequação das atividades de

controle da esquistossomose realizadas pelos Agentes Comunitários de Saúde nas instâncias municipais de acordo com as normas propostas pelo Ministério da Saúde para o controle da esquistossomose antes da implantação do Plano para Redução e Eliminação das Doenças Negligenciadas no Estado de Pernambuco – Programa Sanar, pela Secretaria de Saúde de Pernambuco.

METODOLOGIA

Esta pesquisa faz parte de um projeto maior intitulado “Análise da Implantação do Programa de Esquistossomose em Pernambuco” aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães conforme parecer nº 099/2008 nº 013/2009 – 0083.0.95.000-08, financiada pelo programa Estratégico de Apoio à Pesquisa em saúde (PAPES), cujo objetivo principal foi analisar a implantação do Programa de Controle da Esquistossomose no Estado de Pernambuco a partir da verificação da influência dos determinantes políticos e estruturais (contexto) na variação do Grau de Implantação (GI) do PCE em municípios do Estado de Pernambuco, segundo referencial teórico desenvolvido por Denis e Champagne (1997).

Para o alcance dos objetivos, este estudo selecionou uma amostra representativa de 20 municípios de Pernambuco (IC: 95%; Erro 10; Variância: 25), onde foram entrevistados gestores e técnicos de nível médio e superior, dos setores de vigilância em saúde e atenção básica, que trabalham com o controle da esquistossomose, através da aplicação de formulários contendo questões relativas à estrutura municipal, ao processo de trabalho e ao contexto político e estrutural municipais, construídos a partir da teoria adotada e, por isso, especialmente adequada ao objetivo do estudo.

Os formulários foram validados em estudo piloto e as modificações necessárias foram feitas. Os formulários utilizados neste estudo foram elaborados, especificamente, para os ACS. A escolha pelo delineamento quantitativo deu-se em função da possibilidade de generalização estatística. O processo de seleção foi de amostragem estratificada proporcional ao município de cada Geres participante do estudo.

O modelo utilizado para o estudo é do tipo avaliativo, que congregou a avaliação normativa em seu componente processo. Segundo a abordagem sistêmica, a qualidade de uma intervenção pode ser medida considerando-se a estrutura existente, o processo e os resultados atingidos (SILVA; FORMIGLI, 1994) onde a “estrutura” corresponde aos instrumentos, recursos, aspectos físicos e organizacionais sendo importante para o desenvolvimento do processo e seus consequentes; o “processo” está relacionado com o conjunto das atividades desenvolvidas na interação profissionais-pacientes, sendo a trajetória mais direta para examinar a qualidade do cuidado tendo, sendo a dimensão escolhida neste estudo. Os “resultados”, por sua vez significa as transformações constatadas no estado de saúde da população que tivessem conferido com a atenção

prestada pelo profissional anteriormente, refletindo o “input” do cuidado (SILVA; FORMIGLI, 1994; DONABEDIAN, 1990).

A avaliação normativa é uma atividade que consiste em fazer um julgamento de valor sobre uma intervenção a partir de critérios e normas comparando os recursos empregados e sua organização (estrutura), os serviços ou bens produzidos (processos), e os resultados obtidos com critérios e normas que são indicadores provenientes tanto de resultados de pesquisas/fundamentos de pessoas especialistas da área, quanto das publicações normativas existentes (CONTRANDIOPULOS et al., 1997) Este tipo de avaliação permite medir a adequação das atividades de controle da esquistossomose realizadas pelos ACS através da construção do indicador composto “Grau de Implantação” (GI), cuja construção será abordada adiante.

A realização de uma avaliação normativa requer o cumprimento de algumas etapas. Primeiro faz-se necessária à construção de um modelo lógico (ML) (Quadro1), que é compreendido como “um esquema visual de como um programa deve ser implementado e quais resultados são esperados” (QUININO; BARBOSA; SAMICO, 2010). Para sua construção, utilizaram-se como base o Caderno de Atenção Básica nº21 e as leis GM nº 1172/ de 15 de junho de 2004 e 1399/ 1999 (BRASIL, 1999, 2004, 2008). No caso desta pesquisa, o ML contém, de forma detalhada, a estrutura necessária, as atividades que devem ser realizadas e os resultados esperados concernentes às atividades de controle da esquistossomose na Estratégia Saúde da Família com relação às competências do ACS (BRASIL, 1999, 2008).

Componente	Recursos	Atividades	Produto	Resultado	Impacto
Assistência aos pacientes com esquistossomose	<ul style="list-style-type: none"> Manual técnico da esquistossomose; Caderno de Atenção Básica 21; Recursos humanos; Medicamentos; Potes coletor de fezes Materiais de escritório (lápis, caneta, papel, outros). 	<ul style="list-style-type: none"> Identificar os casos suspeitos de esquistossomose e encaminhá-los à UBS para diagnóstico e tratamento; Supervisionar a tomada em dose única da medicação para Esquistossomose, quando indicado; Agendar controle de cura, que consiste na realização de 3 exames de fezes em dias seguidos, após o quarto mês de tratamento; Proceder a distribuição dos recipientes de coleta de materiais para exame de fezes parasitológico; Receber o resultado do exame e providenciar o acesso do paciente ao tratamento imediato e adequado de acordo com as orientações das SMS e diretrizes técnicas do PCE. 	<ul style="list-style-type: none"> 100 % dos casos novos de esquistossomose identificados; 100 % das doses administradas supervisionadas; 100% do acompanhamento do controle de cura agendado; 90% dos recipientes para coleta de fezes distribuídos; 100% dos resultados do exame positivo com acesso ao tratamento imediato garantido. 	<ul style="list-style-type: none"> Aumentar a identificação dos números de casos novos de Esquistossomose; Aumentar o acompanhamento da evolução dos casos antigos. 	<ul style="list-style-type: none"> Redução da prevalência da esquistossomose.
Atividades de vigilância	<ul style="list-style-type: none"> Manual técnico do PCE; Caderno de Atenção Básica 21; Recursos humanos; Materiais de escritório. 	<ul style="list-style-type: none"> Investigar a existência de casos no núcleo familiar e comunidade, a partir dos casos confirmados por meio do exame parasitológico de fezes, conforme planejamento e programa da UBS; Comunicar ao instrutor supervisor do ACS a existência do caramujo; Encaminhar ao ACE os casos em que haja necessidade do uso de equipamentos e produtos específicos como moluscocidas. 	<ul style="list-style-type: none"> 100% dos casos no núcleo familiar e comunidade registrados; 100% dos criadouros de caramujos comunicados ao supervisor; 100% dos casos com necessidades ambientais específicas encaminhados para o ACE. 		
Educação em saúde e mobilização da comunidade	<ul style="list-style-type: none"> Recursos humanos; Materiais de escritório; Material de divulgação da ocorrência do evento (pôsteres, panfleto, bicicleta com som) Caderno de atenção básica 21; 	<ul style="list-style-type: none"> Realizar ações educativas e de mobilização social visando o controle do agravo na comunidade; Atuar junto aos domicílios informando aos moradores sobre a doença, seus sintomas, riscos e agente transmissor; Orientar a população sobre a forma de evitar locais que possam oferecer riscos para a formação de caramujo; Promover reuniões com a comunidade a fim de mobilizá-la para ações de prevenção e controle da Esquistossomose; Mobilizar a comunidade para desenvolver medidas simples de manejo ambiental para o controle dos hospedeiros intermediários do <i>Shistosoma mansoni</i>. 	<ul style="list-style-type: none"> 100 % da área de cobertura da UBS capacitadas quanto a transmissão da doença; 100 % dos domicílios informados com relação ao agravo; 100 % da população orientada para evitar os locais de risco da esquistossomose; 25% das reuniões realizadas a fim de mobilizar a comunidade para ações de prevenção e controle da doença; 100 % da comunidade mobilizadas para o desenvolvimento de medidas de controle ambiental. 		
Atividades integradas	<ul style="list-style-type: none"> Recursos humanos; Materiais de escritório; Material de divulgação do evento; Manual do PCE; critório; Caderno de atenção básica 21. 	<ul style="list-style-type: none"> Identificar os casos suspeitos de Esquistossomose e encaminhá-los à UBS para diagnóstico e tratamento; Agendar controle de cura; Desenvolver ações educativas e de mobilização da comunidade. 	<ul style="list-style-type: none"> 100% dos casos suspeitos identificados e encaminhados à UBS; 100% do controle de cura dos casos confirmados agendados; 100% das ações educativas realizadas. 		

Quadro 1 - Modelo lógico das atividades de controle da esquistossomose realizadas pelos Agentes Comunitários de Saúde nas instâncias municipais de Pernambuco.

Fonte: autores do trabalho.

Na segunda etapa, procedeu-se à construção da matriz de julgamento (MJ) (Quadro

2) a partir do modelo lógico (Quadro 1), na qual contém os componentes, critérios e padrões exigidos para um controle efetivo da esquistossomose no que diz respeito às atividades que devem ser realizadas pelos ACS, bem como os pontos de corte que foram adotados no julgamento das atividades em relação ao que está estabelecido nas normas (MEDINA et al., 1997).

Em seguida, procedeu-se ao cálculo do GI das atividades desenvolvidas pelo ACS's para o estado de Pernambuco, utilizando-se um sistema de escores (MEDINA et al., 1994) no qual cada item da dimensão processo presente na matriz recebeu uma pontuação específica, de acordo com a importância que o referido item possui no que concerne ao controle da esquistossomose, de modo que o somatório destes foi 100.

O julgamento de valor foi feito em duas etapas: primeiro, para cada município em separado e, depois, para o grupo de municípios representando o Estado de Pernambuco e as Geres. Para a primeira etapa, comparou-se o observado na realidade empírica (proporção de profissionais que se enquadram nas normas) com os critérios contidos na matriz, sendo que, para cada categoria analisada considerou-se como “adequando-se às normas” se >90% dos ACS estivessem realizando as ações como preconizado nos documentos adotados, recebendo, neste caso, máxima pontuação; se entre 50 e 89,9% dos ACS estivessem realizando ações de acordo com a norma, a categoria recebeu pontuação intermediária e se < 49,9% dos ACS estivessem enquadrados recebeu pontuação mínima (Quadro 2). O somatório de pontos atingidos por cada categoria correspondeu ao GI da dimensão processo de trabalho dos ACS no que diz respeito ao controle da esquistossomose para cada município avaliado.

Além do Grau de Implantação, a análise da MJ sob uma perspectiva horizontal possibilitou julgar a adequação dos municípios do estudo à determinada atividade, através do cálculo da proporção de municípios onde mais de 95% de ACS se adequaram ao que está estabelecido pelas normas, a partir do que foi possível apontar quais das atividades de controle estão sendo mais fortemente absorvidas por estes profissionais.

COMPONENTES	CRITÉRIO	PADRÃO	PONTUAÇÃO MÁXIMA ESPERADA	PONTOS DE CORTE/ JULGAMENTO
ASSISTÊNCIA EM SAÚDE	Casos de Esquistossomoses encaminhados	ACS encaminha doente pra unidade	7	<p>> 95% dos profissionais realizando condutas de acordo com os padrões: 7,0 pontos – adequado às normas/ implantado</p> <p>De 60 a 94,9% dos profissionais realizando condutas de acordo com os padrões: 3,5 pontos – parcialmente adequado/ implantado</p> <p>< 59,9% de profissionais realizando condutas de acordo com os padrões: 0,0 pontos – inadequado/ não implantado</p>
	Acompanhamento da tomada de medicação	ACS acompanha pacientes na tomada da medicação	7	
	Controle de Cura agendado	ACS agenda controle de cura	7	
	Investigação dos casos suspeitos de Esquistossomose na família/ comunidade	ACS investiga caso suspeito de Esquistossomose	7	
	Entrega/ coleta de potes	ACS entrega/ coleta potes	7	
	Entrega de resultados/ cadastro do paciente	ACS entrega resultados e cadastra pacientes	7	
	Tratamento imediato/ adequado para Esquistossomose	ACS garante tratamento imediato/adequado do paciente	7	
	Reconhecimento dos Sinais e sintomas – hepatoesplênica	ACS reconhece um caso de esquistossomose hepatoesplênica	7	
	Conhecimento sobre o PCE	ACS possui conhecimento sobre o PCE	7	
	Conhecimento sobre a transmissão da doença (considerar os tópicos 3.4 e 3.5 dos questionários)	ACS reconhece a forma de transmissão da doença	7	
EDUCAÇÃO/ MOBILIZAÇÃO	Ações de educação em Saúde	ACS realiza educação em saúde	5	<p>> 95% dos profissionais realizando condutas de acordo com os padrões: 5,0 pontos – adequado/ implantado</p> <p>De 60 a 94,9% dos profissionais realizando condutas de acordo com os padrões: 2,5 pontos; parcialmente adequado/ implantado</p> <p>< 59,9% de profissionais realizando condutas de acordo com os padrões: 0,0 pontos. inadequado/ não implantado</p>
	Mobilização da comunidade para o controle do caramujo	ACS mobiliza a comunidade	5	
VIGILÂNCIA/ INTEGRAÇÃO	Identificação da prevalência da Esquistossomose na área	ACS identifica a prevalência de Esquistossomose	2,5	<p>> 95% dos profissionais realizando condutas de acordo com os padrões: 2,5 pontos; adequado/ implantado</p> <p>De 60 a 94,9% dos profissionais realizando condutas de acordo com os padrões: 1,25 pontos; parcialmente adequado/ implantado</p> <p>< 59,9% de profissionais realizando condutas de acordo com os padrões: 0,0 pontos. inadequado/ não implantado</p>
	Conhecimento sobre o hospedeiro intermediário	ACS conhece o hospedeiro intermediário	2,5	
	Verificação da existência de coleções hídricas na área	ACS verifica a existência de coleções hídricas na área	2,5	
	Comunicação ao supervisor a existência de caramujos	ACS comunica a existência de caramujos	2,5	
	Encaminhar a necessidade de uso de moluscocidas	ACS encaminha para o uso de moluscocidas	2,5	
	Ações integradas com a vigilância	ACS realiza ações integradas	2,5	
	Notificação	ACS notifica	2,5	
	Planejamento das ações	ACS planeja as ações	2,5	
TOTAL DE PONTOS			100	

Quadro 2 - Matriz de Julgamento, contendo os componentes, critérios, padrão, pontuação e pontos de corte utilizados para julgar as atividades de controle da esquistossomose realizadas pelos ACS nas instâncias municipais de Pernambuco.

Fonte: autores do trabalho.

RESULTADO

Os resultados desta pesquisa estão dispostos na Tabela 1. Observa-se que, para o componente assistência, as atividades que foram mais absorvidas pelos ACS foram “encaminhamento de pacientes” e “investigação de casos”, onde se verifica um percentual de 75% e 70%, respectivamente, de municípios onde mais de 95% dos ACS’s realizam as atividades de acordo com os padrões. Com relação aos componentes Educação/Mobilização e Vigilância/Integração, nenhuma das atividades obteve grau satisfatório de adequação.

Numa perspectiva vertical pode-se avaliar o Grau de Implantação (GI), por município e Geres, da dimensão processo de trabalho dos ACS com relação ao controle da esquistossomose. O município 19 (62,7) obteve o maior GI no Estado de Pernambuco, seguido do município 7 (59,5). Por sua vez, o município 15 obteve o menor GI (10,7), seguido do município 6 com GI de 16,7 pontos. Com relação às Geres, a que obteve melhor GI foi a V, com 44,1 pontos, e a que recebeu menor pontuação foi a IV, com 19,4 pontos.

COMPONENTES	ASSISTÊNCIA EM SAÚDE			GERES I	GERES II	GERES III	GERES IV	GERES V	% DE MUNICÍPIOS CUJOS PROFISSIONAIS SE ADEQUARAM ÀS NORMAS
	ACS agenda controle de cura	ACS acompanha pacientes na tomada da medicação	ACS encaminha doente pra unidade						
PADRÃO									
M-1	7	3,5	7						
M-2	3,5	0	7						
M-3	3,5	7	7						
M-4	0	0	7						
M-5	0	0	7						
M-6	0	0	3,5						
M-7	3,5	0	7						
M-8	33,5	3,5	7						
M-9	0	3,5	3,5						
M-10	3,5	3,5	3,5						
M-11	3,5	0	7						
M-12	3,5	0	7						
M-13	0	3,5	7						
M-14	0	0	7						
M-15	0	0	3,5						
M-16	0	0	7						
M-17	0	0	7						
M-18	3,5	3,5	7						
M-19	3,5	7	7						
M-20	0	3,5	3,5						
	0,5%	1%	75%						

EDUCAÇÃO / MOBILIZAÇÃO		ASSISTÊNCIA EM SAÚDE						
ACS realiza educação em saúde	ACS mobiliza a comunidade	ACS possui conhecimento sobre o PCE	ACS reconhece a forma de transmissão da doença	ACS reconhece um caso de esquistossomose hepatoesplênica	ACS garante tratamento imediato/ adequado do paciente	ACS entrega resultados e cadastra pacientes	ACS entrega/ coleta potes	ACS investiga caso suspeito de Esquistossomose
5	0	3,5	0	0	3,5	3,5	3,5	7
2,5	0	3,5	0	0	3,5	0	0	7
0	0	3,5	0	0	7	0	3,5	3,5
0	2,5	3,5	0	0	0	0	0	7
2,5	0	7	0	0	3,5	7	7	7
2,5	0	3,5	0	0	0	0	0	3,5
5	2,5	3,5	0	7	3,5	3,5	7	7
5	0	3,5	0	3,5	3,5	0	3,5	7
5	0	3,5	0	0	3,5	3,5	3,5	3,5
2,5	2,5	3,5	0	3,5	3,5	0	3,5	3,5
2,5	2,5	3,5	3,5	3,5	3,5	3,5	3,5	7
5	2,5	3,5	0	0	0	0	0	7
5	2,5	3,5	0	0	3,5	0	0	7
2,5	0	3,5	0	0	3,5	0	0	7
0	0	0	0	0	0	0	0	3,5
2,5	2,5	3,5	0	0	0	0	0	7
0	2,5	0	3,5	0	0	0	0	7
0	0	0	3,5	7	0	3,5	0	7
0	0	0	3,5	7	3,5	3,5	7	7
5	0	3,5	0	3,5	0	3,5	0	3,5
35%	0%	0,5%	0%	15%	0,5%	0,5%	15%	70%

		VIGILÂNCIA/ INTEGRAÇÃO							
GI Muni- cipios	ACS planeja as ações	ACS notifica	ACS realiza ações integradas	ACS sabe calcular e avaliar a prevalência da esquistossomose	ACS detecta neces- sidade de interven- ção para controle do caramujo	ACS comunica a existência de caramujos	ACS conhece o hospedeiro intermediário	ACS verifica a existência de coleções hídricas na área	
51	0	1,25	0	0	0	2,5	1,25	2,5	
28,25	0	0	0	0	0	0	1,25	0	
35	0	0	0	0	0	0	0	0	
21,25	0	0	0	0	0	0	1,25	0	
43,5	0	1,25	0	0	0	0	0	1,25	
16,75	0	1,25	0	0	0	1,25	0	1,25	
59,5	1,25	1,25	1,25	0	2,5	1,25	1,25	1,25	
50	2,5	1,25	0	0	1,25	2,5	0	2,5	
29,5	0	0	0	0	0	0	0	0	
40,5	0	0	1,25	0	1,25	2,5	0	2,5	
48,5	0	1,25	0	0	0	1,25	1,25	1,25	
36	2,5	2,5	1,25	0	0	0	1,25	0	
38,25	1,25	1,25	1,25	0	1,25	0	0	1,25	
27,25	0	1,25	0	0	0	1,25	1,25	0	
10,75	1,25	0	0	0	0	1,25	0	1,25	
25	1,25	0	0	0	0	1,25	0	0	
22,5	0	0	0	0	0	0	1,25	1,25	
38,75	0	0	0	0	0	0	2,5	1,25	
62,75	2,5	2,5	2,5	0	2,5	1,25	0	2,5	
31	0	0	0	0	0	2,5	1,25	1,25	
	15 %	10 %	0,5 %	0%	10 %	20 %	0,5 %	20 %	
GI GERES	32,62								
	44,00								
	32,75								
	19,41								
	44,16								

Tabela1- Distribuição do Grau de Implantação das ações de controle da Esquistossomose realizadas pelos agentes comunitários de saúde por município e Geres e da proporção de adequação dos municípios as normas consideradas. Pernambuco, Brasil, 2008-2010.

DISCUSSÃO

O Ministério da Saúde, através de publicações específicas, torna claro que o trabalho do ACS é fator fundamental na busca pelo desejado controle de doenças de etiologia multicausal como a esquistossomose, considerando que suas atribuições básicas incluem desde a realização de diagnósticos situacionais, passando por ações de educação no âmbito da saúde, o estímulo à participação da comunidade em políticas voltadas para a área da saúde, o monitoramento de situações de risco e a participação em ações que fortaleçam elos entre o setor saúde e outras políticas que promovam a qualidade de vida (BRASIL, 1999, 2001, 2008, 2009). Neste trabalho, observou-se que a atuação deste ator deixou a desejar em muitos aspectos importantes no controle desta doença, o que pode contribuir para manutenção desta parasitose como problema de saúde pública no Estado de Pernambuco.

No tocante ao componente assistência, sabe-se que a resolutividade dos problemas de saúde, principalmente de doenças multicausais como a esquistossomose, requer a abordagem abrangente do paciente, no sentido de articular ações de alcance preventivo com as assistenciais (SÁ et al., 2007). Isso tanto é verdade no que diz respeito a ações governamentais de largo alcance quanto às ações práticas realizadas em nível micro, a exemplo das realizadas pelos ACS no seu âmbito de atuação, requerendo desde a identificação do paciente sintomático até a realização do controle de cura (PATTY et al, 2010). Neste trabalho, observou-se uma tendência contrária ao que está proposto, pois mesmo que os ACS encaminhem pacientes e investiguem casos, não incorporaram as demais atividades o que, muitas vezes, culmina em perda deste paciente pela interrupção da linha de cuidado (BRASIL, 2008).

Dentre os princípios e diretrizes do SUS, talvez o da integralidade seja o que é menos visível na trajetória do sistema e de suas práticas (MATTOS, 2004). Corroborando com essa afirmação e com os resultados do presente estudo, Sá et al. (2007), em sua pesquisa que visou identificar e analisar os motivos de abandono do tratamento da tuberculose pelos usuários das Unidades de Saúde da Família do Distrito Sanitário IV, na cidade de João Pessoa – PB, observaram que o não alcance da cura da doença está relacionada com o trabalho desenvolvido pela equipe de saúde, especialmente o ACS, que por muitas vezes não mantém o cuidado na mesma intensidade, negligenciando assim o acompanhamento do doente podendo prejudicar o sucesso do tratamento.

Outro componente necessário para quebra do ciclo de transmissão da esquistossomose é a “educação e mobilização em saúde”, cuja importância reside na sua capacidade de facilitar ações voluntárias conducentes à saúde através da combinação de diversas experiências de aprendizagem (FIUZA, 2009). Pesquisa realizada por Ferraz e Aerts (2003) mostrou que esta atividade é a segunda mais realizada por estes profissionais. Esta pesquisa, no entanto, mostrou que, no que concerne ao controle da esquistossomose,

o componente de Educação/Mobilização não foi bem assimilado pelos ACS e, mesmo que a realizassem, não surtiria o efeito desejado já que mostraram pouco conhecimento sobre a doença e seu modo de transmissão.

No que concerne a Vigilância à Saúde, são conhecidas as suas propriedades no sentido de reorientar o modelo de atenção vigente, pautado na verticalidade e falta de integração (FARIA; BERTOLOZZI, 2010). Isto é particularmente verdade no que diz respeito ao controle da esquistossomose, fortemente influenciado pela vertente sanitária do início do século, o que torna mais difícil a reorganização do processo de trabalho através da desejada modificação das tarefas no campo da saúde e consequente atendimento às necessidades da comunidade.

Neste trabalho, observou-se que o componente Vigilância/Integração, também não obteve grau satisfatório de adequação das atividades desenvolvidas pelos ACS's nos municípios. São conhecidos os esforços do Ministério da Saúde em efetivar a prática da vigilância na atenção básica (BRASIL, 1999, 2001; MATTOS, 2004), no entanto, o caráter fortemente normativo destas publicações aliado a uma formação acadêmica geralmente condicionada por concepções e valores desenvolvidos sócio historicamente que culmina na falta de transdisciplinaridade do profissional de nível superior responsável pela unidade básica de saúde, onde o ACS está vinculado, e converge para a não incorporação destas ações pelos profissionais da Estratégia de Saúde da Família (MARZARI; JUNGES; SELLI, 2011). Com a publicação do Caderno de atenção Básica nº 21 (BRASIL, 2008), cujo texto possui características mais operacionais, esperava-se que este movimento ocorresse mais naturalmente o que, a julgar pelos resultados desta pesquisa, parece não ter acontecido.

Com relação à avaliação do Grau de Implantação, por município e Geres, da dimensão processo de trabalho dos ACS no controle da esquistossomose, observou-se que o município 19 obteve a melhor classificação (62,7 pontos) que, por sua vez, encontra-se inserido dentro da Geres com o maior GI (V Geres, com 44,1 pontos). Por sua vez o município 15, no presente estudo, é o que possui mais baixa aderência ao que é padronizado, estando inserido na Geres com menor GI. Com relação ao município que obteve a melhor colocação no componente “vigilância e integração” foram realizados 62,5% das atividades e o componente “assistência em saúde” 50% dessas.

O estudo evidenciou, de forma geral, que o ACS tem pouca consciência do seu papel no controle da esquistossomose. Uma explicação coerente reside no fato de que esta doença tem sido historicamente, abordada pelos profissionais de vigilância em saúde de maneira focal e com baixa efetividade não chegando, muitas vezes, a alcançar os determinantes dos agravos. Esta forma de atuar reflete o modelo sanitário, estabelecido desde o começo do século, que tem suas origens no modelo sanitário que era baseado em campanhas e programas e influencia as ações de saúde até hoje (FERRAZ; AERTS, 2005). Deste modo, é de se esperar que os ACS não reconheçam o controle da esquistossomose como sendo uma de suas atribuições.

Por outro lado, é necessário mencionar que a origem dos ACS se deu a partir da decisão do Ministério da Saúde, em 1991, ao criar o Programa Agentes Comunitários de saúde (PACS) para enfrentar os graves índices de morbimortalidade infantil e materna no Nordeste, o que imprimiu na mente destes profissionais certa restrição a respeito de suas potencialidades enquanto agentes promotores da saúde (TOMAZ, 2002).

Com a criação do PSF, o papel do ACS foi ampliado, saindo do foco materno-infantil para família e a comunidade, além de exigir novas competências no campo político e social. É necessário considerar se o nível de escolaridade do ACS é capaz de dar conta desse novo papel, bem mais complexo e abrangente, e que muitas vezes faz com que eles carreguem o estigma de “consolidadores dos princípios e diretrizes do SUS”, onde se devem considerar outros fatores de ordem técnica, política e social, bem como o envolvimento de outros atores (TOMAZ, 2002). Isto faz com que estes profissionais se sintam sobrecarregados e confusos diante das diversas atribuições que lhe são conferidas.

Por fim, cabe a extensa discussão a respeito da função do ACS, voltando à atenção para a sua formação enquanto agente promotor da saúde, assim como para delimitação do seu campo de atuação, para que não sejam geradas expectativas em torno de atividades que não serão adequadamente cumpridas.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Portaria nº. 648, de 28 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa de Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 29 mar. 2006. Seção 1, p. 71.

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia prático do Programa de Saúde da

Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria n. 1.172, de 15 de junho de 2004**. Regulamenta a NOB SUS 1/1996, no que diz respeito às competências da União, Estados, Municípios e Distrito Federal na área da vigilância em saúde, define a sistemática de financiamento e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, p.58, 17 jun. 2004. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 1.399, de 15 de dezembro de 1999**. Regulamenta a NOB SUS/96 - Competências da União, Estados, Municípios e Distrito Federal, na área de epidemiologia e controle de doenças.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose / Ministério da Saúde, Secretária de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica**. 2. ed. rev. - Brasília: Ministério da Saúde, 2008.195 p.: il. - (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 21).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **O trabalho do agente comunitário de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.84 p.: il. - (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

CONTRANDIOPULOS, A. P. et al. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A. **Avaliação em saúde** - Dos modelos teóricos à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997. cap. 2, p. 29 – 47.

DENIS, J.; CHAMPANHE, F. Análise da implantação. In: Hartz Z. **Avaliação em saúde**: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997. p. 49-88.

DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. Arch Pathol Lab Med. 1990; 114: 1115-8. Família. Brasília (DF): 2001.p. 20.

FARIA, L. S.; BERTOLOZZI, M. R. A vigilância na Atenção Básica à Saúde: perspectivas para o alcance da Vigilância à Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo. v. 44, n. 3, p. 789-795, 2010.

FAVRE, T.C.; PIERI, O.S.; BARBOSA, C.S.; BECK, L. Avaliação das ações de controle da Esquistossomose implementadas entre 1977 e 1996 na área endêmica de Pernambuco, **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília. v. 18, n. 4, p. 335-343, 2009.

FERRAZ, L.; AERTS, D.R.G.C. O cotidiano de Trabalho Agente Comunitário de Saúde no PSF de Porto Alegre. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 347-355, 2005.

FIUZA, T.M. **Necessidades educacionais percebidas por profissionais de nível superior que atuam na estratégia saúde da família**. Dissertação - Universidade Federal do Ceará, 2009.

KATZ, N.; ALMEIDA, K. Esquistossomose, xistosa, barriga d'água. **Cienc. Cult**, São Paulo, v. 55, n. 1, p. 38-43. 2003.

MARZARI, C.K.; JUNGES, J.R; SELLI, L. Agentes comunitários de saúde: perfil e formação. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 873-880, 2011.

MATTOS, R.A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1411-1416, 2004.

MEDINA, M.G. et al. Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. In; HARTZ, Z. M. A.; SILVA, L. M. V. **Avaliação em saúde** - dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997. cap. 2, p. 41 –63.

NASCIMENTO, M.S.; NASCIMENTO, M. A.A. Prática da enfermeira no Programa de Saúde da Família: a interface da vigilância da saúde versus as ações programáticas em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 333-345, 2005.

PAIM, J.S. Modelos de atenção e vigilância da saúde. In: Rouquayrol, M. Z.; Almeida Filho, N. **Epidemiologia e Saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: Médici, 2003. p. 567-586.

PATTY, F.A. et al. Desafios à Coordenação dos Cuidados em Saúde: Estratégias de Integração Entre níveis assistenciais los Grandes Centros Urbanos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 286-298. 2010.

QUININO, L. R. M.; BARBOSA, C. S.; SAMICO, I. O programa de controle da esquistossomose em dois municípios da zona da mata de Pernambuco: uma análise de implantação. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant**, Recife, v. 10, suppl 1, 2010.

QUININO, L. R. M. et al. Avaliação das atividades de rotina do Programa de Controle da Esquistossomose em municípios da Região Metropolitana do Recife, Pernambuco, entre 2003 e 2005. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 18, n. 4, p. 335-343, 2009.

SÁ, L. D. et al. Tratamento da tuberculose em unidades de saúde da família: histórias de abandono. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n 4, p. 712-718, 2007.

SILVA, L. M. V.; FORMIGLI, V. L. A. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 80-91, 1994.

SILVA, P.C.V.; DOMINGUES, A.L.C. Aspectos epidemiológicos da esquistossomose hepatoesplênica no Estado de Pernambuco, Brasil. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, 2011, v. 20, n. 3, p. 327-336, 2011.

TOMAZ, J.B.C. O Agente Comunitário de Saúde não deve ser um “super-herói”. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, São Paulo, v.10, p. 75-94, 2002.

ÍNDICE REMISSIVO

A

Amputação 57, 58, 59, 61, 62, 63, 64, 65

Asma 173, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 182, 183, 289

Atenção primária à saúde 20, 27, 101, 131, 134, 150, 170, 175, 222, 250

B

Boas práticas de fabricação 197, 199, 212, 213

C

Câncer 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 117, 118, 119, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 136, 137, 138, 247, 289

Câncer de mama 111, 112, 113, 114, 115, 117, 118, 119, 129, 136, 138

Covid-19 9, 10, 11, 12, 13, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 68, 69, 70, 75, 133, 135, 141, 142, 143, 145, 148, 150, 151, 152, 244, 245, 246, 247, 248, 254, 255

D

Direito à saúde 3, 4, 5, 15, 155

Discentes 245, 246, 249, 330

Docentes 30, 35, 37, 41, 85, 96, 107, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 138, 139, 141, 142, 143, 149, 174, 178, 182, 245, 249, 275, 278, 279, 322, 325, 327

E

Educação em saúde 33, 140, 142, 143, 145

Encefalopatia hipóxico isquêmica 256, 257, 258, 262, 263, 264

Enfermagem 42, 43, 51, 59, 68, 71, 75, 76, 77, 79, 83, 85, 86, 87, 99, 109, 111, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 126, 127, 128, 129, 161, 162, 163, 165, 170, 173, 176, 183, 215, 242, 244, 245, 249, 250, 253, 254, 267, 268, 269, 270, 271, 272, 274, 275, 276, 277, 278, 279, 280, 323, 325, 327, 328

Envelhecimento 78, 79, 83, 85, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 151

Esquistossomose 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43

Estratégia de Saúde da Família 30, 40, 107, 164

F

Família 169, 170

I

Instituto Nacional de Câncer 79, 81, 90, 93, 109, 119, 128, 138

M

Medicamentos 33, 107, 124, 135, 136, 175, 178, 179, 180, 181, 182, 196, 197, 198, 199, 203, 204, 205, 206, 207, 209, 210, 211, 212, 213

Ministério da Saúde 4, 12, 26, 28, 29, 30, 31, 39, 40, 41, 56, 75, 83, 87, 89, 91, 95, 97, 102, 104, 105, 106, 109, 113, 115, 116, 117, 119, 128, 133, 135, 138, 147, 150, 153, 156, 157, 158, 159, 161, 169, 222, 225, 226, 228, 229, 253, 272, 279, 284, 288, 289, 316, 320, 321, 323, 324, 327

Monkeypox 10, 215, 216, 217, 218, 219, 220, 222, 223

N

Neoplasias 77, 79, 90, 100, 112, 113, 117, 119, 248

O

Óbito materno 321

Organização Mundial da Saúde 2, 56, 106, 131, 142, 146, 147, 160, 169, 226, 246, 254

P

Pandemia 9, 10, 11, 12, 13, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 68, 69, 70, 71, 74, 141, 142, 143, 145, 148, 150, 151, 244, 245, 246, 247, 248, 252, 254

Políticas públicas 2, 3, 7, 9, 12, 13, 15, 17, 20, 21, 25, 26, 27, 45, 48, 51, 52, 53, 55, 57, 66, 79, 80, 82, 101, 112, 113, 119, 125, 142, 148, 151, 153, 154, 157, 160, 162, 251

População idosa 122, 141, 142, 143, 144, 146, 147, 148, 149

Pré-natal 72, 230, 232, 240, 241, 320, 321, 322, 323, 324, 325, 326, 327, 328, 329

Próstata 77, 78, 79, 80, 81, 83, 84, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 122, 129, 136, 137, 138

Psicodrama 281, 282, 283, 284, 285, 293, 296, 297, 298, 301, 302, 303, 304, 305, 306, 308, 311, 312, 313, 314, 315, 317, 318

Psicologia da Saúde 141, 144

Q

Qualidade de vida 7, 39, 46, 48, 50, 56, 78, 79, 80, 83, 84, 122, 125, 126, 127, 128, 130, 131, 132, 137, 138, 142, 145, 147, 148, 150, 164, 168, 187, 194, 252, 258, 279, 281, 284, 287, 315, 326

R

Relações humanas 46, 281, 283, 313

Revisão de literatura 13, 14, 17, 44, 79, 86, 92, 93, 154, 176, 219, 258, 262, 264, 281, 283,

284, 320

S

Saúde pública 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 19, 28, 39, 42, 43, 44, 45, 49, 55, 56, 75, 79, 81, 88, 99, 101, 106, 109, 112, 132, 137, 154, 156, 160, 175, 213, 216, 225, 230, 231, 232, 247, 253, 328, 330

Sepse 232, 233, 234, 235, 236, 237, 238, 239, 240, 241, 242, 243, 279

Serviços públicos 5, 15, 49

Sífilis 71, 72, 224, 225, 226, 227, 228, 229, 230, 231, 321, 322, 323

Sistemas de atenção à saúde 131

Sistematização da assistência de enfermagem 267, 268, 269, 270, 279

Sistema Único de Saúde 2, 3, 5, 7, 8, 11, 12, 13, 18, 49, 75, 102, 104, 105, 106, 113, 115, 116, 117, 118, 132, 138, 153, 154, 161, 162, 164, 224, 226, 230, 232, 247, 330

Sofrimento psíquico 148, 282, 292, 293, 294, 313, 315

T

Trabalho 2, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 15, 17, 19, 23, 24, 26, 30, 31, 33, 34, 35, 36, 39, 40, 41, 42, 44, 46, 48, 50, 54, 55, 56, 61, 68, 70, 73, 74, 75, 76, 79, 83, 87, 92, 96, 113, 121, 122, 133, 135, 141, 142, 143, 147, 149, 155, 159, 161, 162, 163, 165, 166, 168, 169, 176, 184, 187, 194, 220, 231, 235, 244, 245, 246, 248, 254, 267, 268, 270, 281, 282, 283, 284, 285, 286, 287, 288, 289, 290, 291, 292, 293, 294, 295, 296, 297, 298, 300, 301, 302, 303, 304, 305, 306, 307, 308, 309, 310, 311, 312, 313, 314, 315, 316, 317, 318, 326, 327

Transexuais 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 160

Transtorno 51, 56, 57, 58, 59, 61, 62, 63, 64, 65, 160, 184, 185, 186, 187, 188, 191, 195, 281, 312

Transtornos associados ao uso de drogas 69

Transtornos do espectro do autismo 187

Travestis 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 160

V

Varíola 3, 4, 10, 19, 216, 217, 218, 219, 221, 222

Vigilância epidemiológica 29, 30, 226

Saúde pública e saúde coletiva:

Núcleo de saberes e práticas 2



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


Ano 2022

Saúde pública e saúde coletiva:

Núcleo de saberes e práticas 2



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


Ano 2022