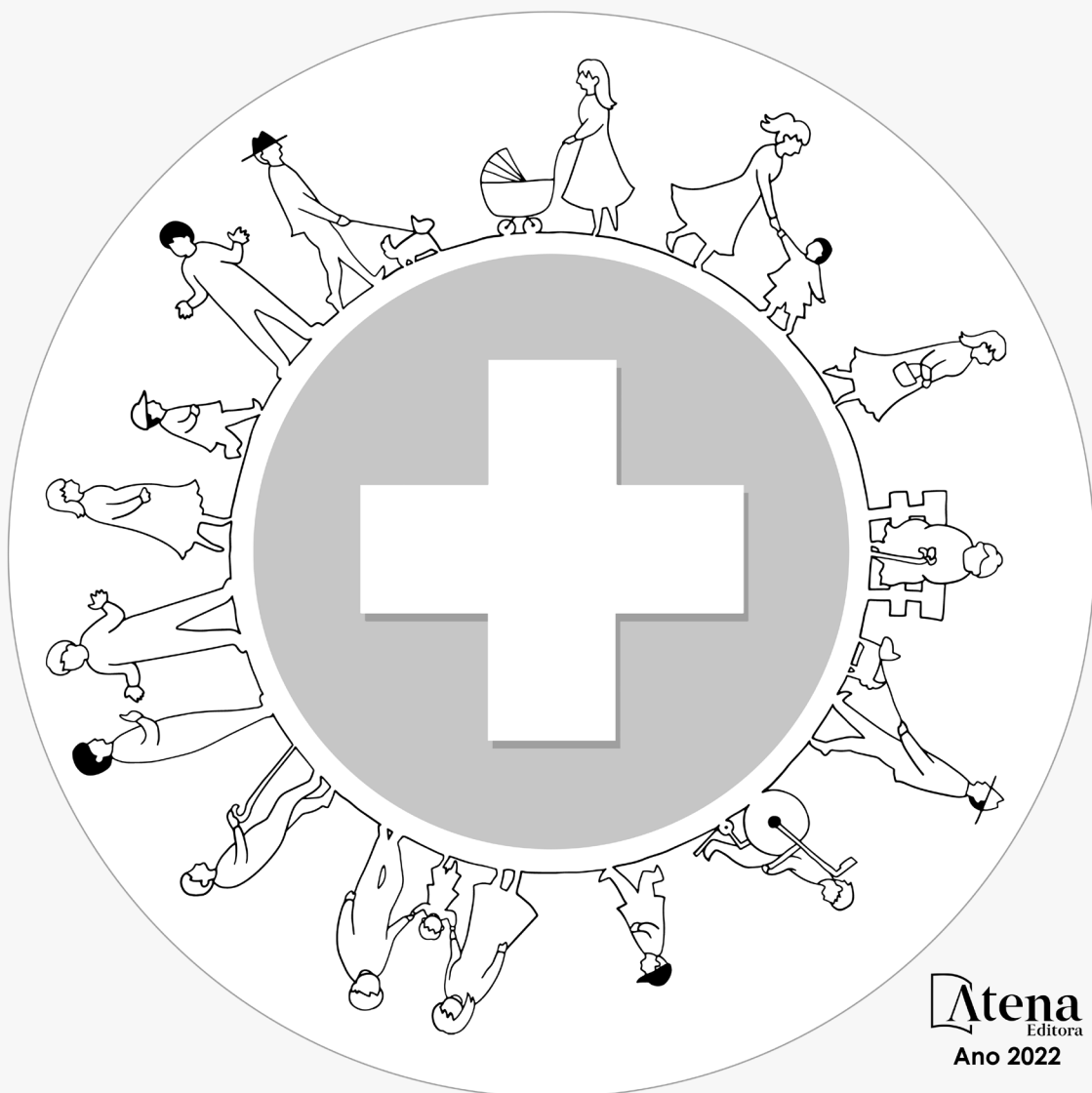


Benedito Rodrigues da Silva Neto
(Organizador)

SAÚDE COLETIVA:

Mudanças, necessidades e embates
entre sociedade e estado



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

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. Maurílio 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 Emidio da Silva – Universidade Federal Rural de Pernambuco

Saúde coletiva: mudanças, necessidades e embates entre sociedade e estado

Diagramação: Camila Alves de Cremo
Correção: Maiara Ferreira
Indexação: Amanda Kelly da Costa Veiga
Revisão: Os autores
Organizador: Benedito Rodrigues da Silva Neto

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)	
S255	<p>Saúde coletiva: mudanças, necessidades e embates entre sociedade e estado / Organizador Benedito Rodrigues da Silva Neto. – Ponta Grossa - PR: Atena, 2022.</p> <p>Formato: PDF Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader Modo de acesso: World Wide Web Inclui bibliografia ISBN 978-65-258-0820-8 DOI: https://doi.org/10.22533/at.ed.208221512</p> <p>1. Saúde pública. I. Silva Neto, Benedito Rodrigues da (Organizador). II. Título.</p> <p style="text-align: right;">CDD 362.1</p>
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.

Saúde coletiva é definida como uma área de conhecimento multidisciplinar construída pelas ciências biomédicas e pelas ciências sociais. Nesse sentido se propõe a pesquisar as origens e formas de reprodução social de algumas doenças, com o intuito de fornecer dados para planejamento e ações dos serviços de saúde competentes.

Se por um lado a saúde pública é correlacionada ao diagnóstico e tratamento das enfermidades, com acesso pela população em qualquer local do país, o que provê a assistência à saúde, na outra vertente temos a saúde coletiva que existe para pensar em novos conceitos e conjecturas futuras, exatamente por esse conceito observamos a formação do movimento sanitaria na América Latina, e conseqüentemente a chamada reforma sanitária brasileira. Nesse âmbito, a necessidade de realizar reformas sanitárias no Brasil surge na década de 1970, moldando um conjunto de ideias, que vislumbravam mudanças na saúde do país coincidindo na qualidade de vida da população. Foram basicamente esse conjunto de propostas, na denominada reforma sanitária que originaram a universalidade do direito à saúde para a população, instituído na Constituição de 1988, formalizando o Sistema Único de Saúde vigente no país.

Tendo em vista a importância de todos esses conceitos que fazem parte da história da saúde brasileira apresentamos esta obra que envolve vários conceitos da saúde coletiva, tais como: atenção primária à saúde, alto risco, serviço de acompanhamento de paciente, prevenção de doenças, cuidados, epidemiologia, serviços de saúde, taxa de mortalidade dentre outros. A categorização de dados, e o estabelecimento de conceitos e padrões baseados em literatura bem fundamentada é muito importante, por isso destacamos a relevância do material com dados e informações recentes sobre saúde coletiva levantados ao longo do país.


Assim, a obra “Saúde coletiva: mudanças, necessidades e embates entre sociedade e estado” torna-se relevante não apenas por abordar esta área que compõe as bases da pesquisa em saúde no país, mas também pela divulgação científica, deste modo, destacamos também a estrutura da Atena Editora capaz de oferecer uma plataforma consolidada e confiável para publicação e acesso aos dados e pesquisas dentro desta nobre área da saúde.

Desejo a todos uma ótima leitura.

Benedito Rodrigues da Silva Neto


CAPÍTULO 1 1**A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO OBSTETRA NO PARTO HUMANIZADO E O USO DO BANQUINHO MEIA LUA: UMA REVISÃO DE LITERATURA**

Letícia Silva de Azevedo
 Danielly da Costa Rocha
 Jakline Silva de Azevedo
 Jhully Sales Pena de Sousa

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.2082215121>


CAPÍTULO 2 21**A SEGURANÇA PÚBLICA NA PREVENÇÃO E ABORDAGEM À VÍTIMAS DE TENTATIVA DE SUICÍDIO**

Orleilso Ximenes Muniz
 Helyanthus Frank da Silva Borges
 Alexandre Gama de Freitas
 Jakson França Guimarães
 Cristiano Braz Ferreira
 Diógenes Martins Munhoz
 Nayara de Alencar Dias
 Raquel de Souza Praia
 José Aluísio Ferreira Cruz
 Eduardo Araújo dos Santos Neto
 Midian Barbosa Azevedo
 Fabrícia da Silva Cunha
 Euler Esteves Ribeiro
 Ciro Felix Oneti
 Gabriela dos Santos Alves
 Salomão Correa Praia
 Inez Siqueira Santiago Neta

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.2082215122>


CAPÍTULO 329**CIÊNCIA COGNITIVA - CONFIGURAÇÃO DE CONSTRUTO EPISTEMOLÓGICO**

Adelcio Machado dos Santos

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.2082215123>

CAPÍTULO 438**DIFICULDADES E RISCOS VIVENCIADOS PELOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR**


Paulo Henrique dos Santos Martins
 Davi da Silva Nascimento

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.2082215124>

CAPÍTULO 548**DOR DO PARTO: MÉTODOS DE ALÍVIO E SUAS REPERCUSSÕES NA SAÚDE MATERNO-FETAL**

Marina Mendes Coelho


Letícia Toss
 Fabiane Bregalda Costa
 Zenaide Paulo Silveira
 Maria Margarete Paulo
 Maicon Daniel Chassot
 Claudia Carina Conceição dos Santos
 Elizete Maria de Souza Bueno
 Adriana Maria Alexandre Henriques

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.2082215125>

CAPÍTULO 6 61

EDUCAÇÃO EM SAÚDE: UMA FERRAMENTA NECESSÁRIA NO COMBATE AOS IMPACTOS DAS PARASIToses NA SAÚDE PÚBLICA


Izadora Larissa Cei Lima
 Gabriel Itaparica de Oliveira
 Simone Tavares Valente
 Thayse Kelly da Silva Martino
 João Vitor Silva
 Jefferson Cardoso Coutinho
 Camila Lima das Chagas
 Lucas Vinicius Oliveira De Souza
 Karina Lima das chagas
 Carmem Lucia Gomes de Araujo Souza
 Vivaldo Rosa de Souza Junior
 Irene André da Silva

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.2082215126>

CAPÍTULO 763

LA GESTIÓN POR PROCESOS: UN RETO PARA LOS SISTEMAS DE SALUD EN LATINOAMÉRICA

Shirley Janeth Mora Solórzano
 Edwin Hernán Alvarado Chicaíza
 Zully Shirley Díaz Alay
 Carmen Obdulia Lascano Espinoza
 Jeffry John Pavajeau Hernández

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.2082215127>

CAPÍTULO 869


O DESAFIO DA ESPIRITUALIDADE NO ENSINO DA ENFERMAGEM

Josué Barbosa Sousa
 Rita Maria Heck
 Bruna Rodrigues Bosse
 Bruna Da Silva Cabral
 Gabriel Moura Pereira

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.2082215128>


CAPÍTULO 983**O TRABALHO NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE E A UNIVERSALIZAÇÃO DO ACESSO**

Erica Lima Costa de Menezes
 Melisse Eich
 Marta Inez Machado Verdi
 Magda Duarte dos Anjos Scherer

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.2082215129>


CAPÍTULO 10.....96**PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NA ATENÇÃO À SAÚDE DO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM**

Cláudia Carina Conceição dos Santos
 Elizete Maria de Souza Bueno
 Adriana Maria Alexandre Henriques
 Zenaide Paulo da Silveira
 Maria Margarete Paulo
 Letícia Toss
 Ester Izabel Soster Prates
 Telma da Silva Machado
 Simone Thais Vizini
 Elisa Justo Martins

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.20822151210>

CAPÍTULO 11 105**PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS AOS DISTÚRBIOS PSÍQUICOS MENORES EM FISIOTERAPEUTAS INTENSIVISTAS DE UMA GRANDE CIDADE DO ESTADO DA BAHIA**


Cleide Lucilla Carneiro Santos
 Lorena Pacheco Cordeiro Lisboa
 Núbia Samara Caribé de Aragão
 Gabriella Bené Barbosa
 Davi Félix Martins Júnior
 Mônica de Andrade Nascimento
 Carlito Lopes Nascimento Sobrinho

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.20822151211>

CAPÍTULO 12.....119**RELAÇÕES DO ADOECIMENTO MENTAL DE ALUNOS COM O ISOLAMENTO SOCIAL DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19**

Renata dos Santos Ribeiro Guzman
 Paula Trugilho Lopes Trentini
 Rafael Durant Pacheco
 Fernanda Delorence
 Josele da Rocha Monteiro
 Édna Berçaco Hermínio Candido
 Maxwell Ferreira Silva


Aparecida Dias de Macedo
 Maycon Barbosa Arsénio
 Leonardo Simões dos Santos
 Bruna Adila Barros Oliveira

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.20822151212>

CAPÍTULO 13..... 132

SAÚDE COLETIVA – CONFIGURAÇÃO DE ÁREA EPISTEMOLÓGICA


Adelcio Machado Santos
 Anderson Antônio Mattos Martins

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.20822151213>

CAPÍTULO 14..... 146

SÍNDROME METABÓLICA NA PEDIATRIA


Vitória Del' Arco Cervo
 Bruno Batista Berteli
 Andrej Uriadenik Dobroski Bastos

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.20822151214>

CAPÍTULO 15..... 151

USO DE PROTEÇÃO CONTRA IST POR MULHERES QUE FAZEM SEXO COM MULHERES: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Clara Louise Araujo Reis
 Maria Evangelina de Oliveira
 Mariana Barbosa Vieira

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.20822151215>

SOBRE O ORGANIZADOR..... 162

ÍNDICE REMISSIVO..... 163

O TRABALHO NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE E A UNIVERSALIZAÇÃO DO ACESSO

Data de aceite: 01/12/2022

Erica Lima Costa de Menezes

Melisse Eich

Marta Inez Machado Verdi

Magda Duarte dos Anjos Scherer

para concretizar a universalidade do acesso no Brasil. Podemos afirmar que está no escopo da bioética o questionamento e a deliberação sobre a melhor forma de realizar as ações de saúde, discutindo e argumentando os valores expostos durante as pactuações coletivas e representadas por meio das leis, portarias e políticas públicas, articulando com os constantes na vida de cada indivíduo e /ou coletividade.

A abordagem ergológica surge na década de 1980 na França. Trata-se de “uma disciplina de pensamento, própria às atividades humanas, que tem como objetivo construir conceitos rigorosos e indicar nestes conceitos como e onde se situa o espaço das (re)singularizações parciais, inerentes às atividades de trabalho” (SCHWARTZ, 2000, p. 45). Para o grupo de estudiosos, era importante saber o que estava mudando no mundo econômico, do trabalho e social naquela época e, para isso, era fundamental fazer uma aproximação do trabalho estabelecendo uma troca entre os elementos teóricos levados pelos pesquisadores e a

INTRODUÇÃO

No campo da bioética, os problemas da vida cotidiana, invisibilizados por algum tempo pelos casos de fronteira, começam a ocupar centralidade na análise a partir da bioética cotidiana cunhada por Giovanni Berlinguer como a bioética mais próxima à experiência de todas as pessoas e de todos os dias (Berlinguer, 2004, p. 10). A bioética cotidiana “considera que viver de modo digno significa viver e conviver em saúde e que as regras morais têm valor na experiência humana” (LIMA, 2013, p.15). Nos auxilia assim, na compreensão dos valores intrínsecos aos modos de produção do cuidado, bem como nas políticas públicas para a APS e sobre os desafios

experiência dos trabalhadores, analisando a situação de trabalho em grupo (SCHWARTZ, 2006). Pretendia-se assim, conhecer melhor a atividade e potencializar a capacidade de intervenção e produção de transformações (SCHWARTZ, DUC E DURRIVE, 2007). A abordagem ergológica utiliza-se da integração de disciplinas, como: a Ergonomia, a Linguística, a Antropologia, a Psicologia, a Economia e a Engenharia (SCHWARTZ, 2006).

No presente capítulo, trazemos uma reflexão sobre as políticas públicas para Atenção Primária à Saúde no Brasil e os modos de produção do cuidado, tendo como horizonte a consolidação do princípio da universalidade do acesso, a partir de dois referenciais teóricos: a ergologia e a bioética cotidiana.

REFLEXÕES SOBRE AS POLÍTICAS PÚBLICAS E A UNIVERSALIDADE DO ACESSO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Mesmo após quase duas décadas de políticas públicas de inclusão social, o Brasil sofreu um retrocesso nos últimos 5 anos, voltando a ocupar uma posição dentre os países com as maiores taxas de desigualdades sociais. Internamente, essas desigualdades se refletem nas iniquidades socioeconômicas e de saúde entre regiões, estados e municípios e dentro de regiões do mesmo município, com grande influência do setor privado e do mercado em torno da saúde. Para Berlinguer (1996), as iniquidades distributivas da saúde e das doenças entre as pessoas e populações tem relação direta com as diferenças genéticas, psicológicas, comportamentais, sobretudo com os fatores sociais e culturais (instrução, trabalho, habitação, nutrição). Iniquidades são entendidas como as diferenças desnecessárias, evitáveis, reprováveis e injustiças, podendo ser reduzidas mediante a oferta de igualdade de oportunidades e remoção de obstáculos que não possam ser superados por meio da vontade e das atitudes pessoais, configurando-se como “o desafio moral mais relevante no relacionamento entre ética e saúde” (BERLINGUER, 1996, p.82).

Ao passo que se busca esclarecer a terminologia “igualdade de oportunidades” é preciso considerar o fato de não equivaler

“A algo como igualdade de liberdades abrangentes (overall freedoms). Isto é assim devido (1) à diversidade fundamental dos seres humanos, e (2) à existência e importância de meios variados (tais como renda ou riqueza) que não se enquadram no domínio da definição padronizada de ‘igualdade de oportunidades’. Nos termos da posição delineada e defendida neste trabalho, um modo mais adequado de apreciar a igualdade ‘real’ de oportunidades deve ser por intermédio da igualdade de capacidades (ou da eliminação das desigualdades claras nas capacidades, pois as comparações de capacidade são caracteristicamente incompletas)” (SEN, 2001, p.37, grifos do autor).

Assim, as oportunidades ‘reais’ não são caracterizadas apenas pelos recursos disponibilizados às pessoas, e sim, funções cujos valores determinantes são permeados por uma série de fatores: “recursos, talentos, condicionamentos, direitos, expectativas, escolhas anteriores, consequências controláveis ou não de ações individuais ou coletivas,

autoestima, poder de iniciativa, voz da comunidade, processos decisórios etc.” (SEN, 2001, p.13).

É possível, também, considerar que as iniquidades vivenciadas pelo povo brasileiro foram ainda mais graves antes da Constituição de 88, quando o acesso era limitado aos contribuintes da Previdência Social o que restringia o direito a atenção à saúde. A saúde, como um direito fundamental do ser humano, precisa ser compreendida como uma construção histórica e social a partir dos embates e lutas por direitos em várias sociedades. Dessa forma, é reconhecida pelo ordenamento jurídico como um direito fundamental, inerente aos seres humanos, existente independentemente e anteriormente a presença de qualquer documento formal, mas que a população brasileira entendeu, no decorrer da história, como necessária à sua formalização tanto na Constituição Federal (CF) como em outros instrumentos jurídicos. É um direito essencial para o desenvolvimento humano, pois gera interferências e produção de benefícios. Os direitos sociais, fundamentais, universais e de competência estatal ganharam força após a segunda guerra mundial (1939-1945) para proteção da dignidade humana, atingida fortemente pelo regime nazista (LIMA et al, 2009).

Conhecer “o processo histórico de conformação do sistema de saúde é um elemento de grande valia para a compreensão das bases do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil” (SCOREL; TEIXEIRA, 2011, p. 333). Ao passarmos do império ao populismo e do golpe militar à reforma sanitária destacam-se “a ocupação de espaços de poder pelos representantes do movimento da Reforma Sanitária, a realização da 8º Conferência Nacional de Saúde, o processo constituinte e a aprovação do direito à saúde em 1988, encerrando-se com a legislação infraconstitucional (...)” (SCOREL, 2011, p. 385).

Após 1988, no Brasil, o direito amplo da saúde é entendido como “direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1998), considerando os fatores socioeconômicos que interferem nas formas como as pessoas vivenciam esse direito (GIOVANELLA E FLEURY,1995).

A existência de direitos fundamentais, por si só, não garante que a população deles consiga usufruir, são necessárias garantias jurídicas, políticas, processuais e institucionais eficazes que defendam o direito à saúde (AITH, 2010). O Sistema Único de Saúde foi instituído pelos brasileiros como garantia fundamental do direito à saúde e configura-se como a primeira política social universal do Brasil. O Direito à Saúde passa a ser um valor importante para as políticas públicas com princípios agregados de universalidade, da solidariedade, da dignidade humana e da equidade. A política de saúde se configura então como política social e a saúde passa a ser um direito vinculado à cidadania (VERDI, 2013).

A legalidade do direito a saúde e do acesso universal está instituída, entretanto a sua efetiva implementação tem sido construída ao longo dos anos com avanços importantes, mas ainda longe das expectativas de décadas passadas. Com o passar dos anos o SUS

sofreu ameaças constantes tanto pelo subfinanciamento como pelo desmonte na estrutura dos serviços, ocasionando para a sociedade brasileira uma interpretação superficial dessa Política Pública com apoio de forte manipulação midiática. Mais recentemente, as propostas de planos populares de saúde, mudanças na forma de financiamento e a concepção de que o SUS é financeiramente inviável, por parte de gestores federais estratégicos, demonstram que esse importante sistema público de saúde com suas políticas está ainda mais ameaçado.

Percebemos assim, que é preciso olhar para forma como essas políticas mobilizam o fazer em estados e municípios. É fundamental o constante questionamento sobre qual sistema de saúde e qual sociedade queremos construir, sendo limitadas as mudanças nos modelos de atenção à saúde de forma setorial exclusiva. É preciso fortalecer a construção de formas de conservação/manutenção do SUS e da participação popular para que os brasileiros discutam as suas necessidades oriundas de condições de vidas vivenciadas e experimentadas no cotidiano. Trata-se de uma luta constante, realizada com muita persistência por inúmeros grupos sociais provenientes dos movimentos sociais, das universidades, de gestores e trabalhadores dos mais diversos setores para uma tentativa de manutenção dos direitos adquiridos, ampliação das garantias necessárias e redução das iniquidades.

Em suma, a defesa do sistema público de saúde no Brasil perpassa a discussão sobre a universalidade do acesso, ressaltando-se a importância da solidariedade humana, em relação aos problemas sanitários em escala internacional, na busca pela contraposição da “ofensiva neoliberal” que apresenta uma concepção de responsabilidade individual pela situação de saúde de cada pessoa, desconsiderando os fatores sociais como determinantes do processo saúde-doença, bem como a influência da posição social na frequência, no decurso e no resultado da doença, exaltando o valor do egoísmo em detrimento ao da solidariedade (BERLINGUER, 2004). Para Berlinguer (2004) há uma necessidade de luta ampliada pelos direitos sociais, direcionados ao combate dos desperdícios e distorções nos serviços de saúde, de avaliação da eficácia na prestação dos serviços, considerando a eficiência e a humanização; e na adoção de um sistema que não atenda apenas as emergências evitáveis, mas que atue para que estas não ocorram.

Nesse contexto, é importante ponderar as diferenças entre a universalidade do acesso e a cobertura universal, conceitos que, por vezes, têm sido utilizados como sinônimos, mas que guardam diferenças importantes entre si. Ainda que a cobertura universal, concebida pela Fundação Rockefeller e acolhida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), se estruture a partir da oferta de acesso a todos aos serviços de saúde, essa separa os que podem pagar com acesso a um número maior de serviços e os com menos recursos financeiros com um número menor ou básico de serviços (RIZZOTTO E COSTA, 2014). De acordo com Pires (2016, p. 2), “a expressão cobertura universal, muitas vezes, refere-se ao quantitativo populacional coberto por serviços de saúde, o que não significa

que o referido número de indivíduos utilize o serviço ou que o mesmo seja capaz de atender a múltiplas e complexas necessidades em saúde”.

Em contrapartida, a universalidade do acesso aos serviços e ações de saúde, um dos princípios organizativos do Sistema Único de Saúde, traduz um importante valor ético que é a afirmação de que a vida de todas as pessoas deve ser respeitada e cuidada. Para Paim e Silva (2010), os conceitos de universalidade e equidade estão relacionados ao princípio da igualdade e, este, por sua vez, à ideia de justiça; estando a ideia de universal presente no lema da revolução francesa e nas disputas dos socialistas utópicos e se referindo a aquilo que é comum a todos e, na saúde, um princípio reforçado nas propostas dos Estados de Bem-Estar Social e da Conferência de Alma Ata, como defesa da saúde como direito.

Por sua vez, a universalidade do acesso ingressa no debate da bioética, assim como as políticas públicas passam a ser campo de estudo dos pesquisadores da área (GARRAFA, 2013). Para Berlinguer (1996), apesar de não ser fácil fazer essa afirmação, as iniquidades em saúde são menores nos países que desenvolveram sistemas de saúde universais e eficazes, mesmo reconhecendo que esses países adotaram políticas de restrição e seletividade, justificadas pelo alto custo do sistema. Entretanto, aponta que se fizermos uma análise para além da questão econômica e dos gastos em saúde, mas olhando para a saúde e a produção do cuidado, as iniquidades em saúde são menores nesses locais.

No Brasil, a APS torna-se a principal estratégia para fazer valer o princípio da universalidade no SUS, como a ordenadora dos serviços de saúde e a porta de entrada preferencial do sistema, ganhando contornos próprios e, por isso, também uma definição distinta, pelo movimento sanitário. Nomeada de Atenção Básica à Saúde (ABS) pretendeu demarcar uma discordância com parte do movimento internacional que rotulava a APS como uma forma de ofertar um pacote de ações básicas para aqueles que não poderiam pagar por assistência, almejando afirmar a universalidade e integralidade consolidadas pelo Sistema Único de Saúde (GIOVANELLA E MAGALHÃES DE MENDONÇA, 2012). A Atenção Básica, como ordenadora dos serviços de saúde, tinha entre os objetivos principais, associados à expansão dos serviços, a mudança de aspectos do modelo de atenção, como foco na doença, a excessiva especialização, a centralidade no profissional médico e a passividade imposta ao “paciente”. Assim como, a conformação de equipes multiprofissionais capazes de um cuidado mais integral, uma proximidade com a população a ser cuidada e que previa uma ampliação de vínculo e cuidado longitudinal e uma corresponsabilização com a produção do cuidado, entendendo a saúde em seu conceito ampliado e a responsabilidade sanitária como compromisso de todos.

A maneira como essas políticas se efetivam em cada território são distintas e sofrem a influência de um conjunto de fatores, mesmo havendo em comum as normativas elaboradas em âmbito nacional que influenciam como os princípios do SUS se efetivam, dentre eles o da universalidade do acesso. Inclusive, as políticas públicas federais precisam

traduzir os princípios orientadores do SUS e devem estar conectadas com que acontece no cotidiano dos serviços de saúde. Assim, uma aproximação dos modos de produção do cuidado no cotidiano da APS se faz fundamental para a compreensão dos avanços e desafios na universalidade do acesso.

UMA APROXIMAÇÃO AOS MODOS DE PRODUÇÃO DO CUIDADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL

A Atenção Primária à Saúde se configura como um espaço do sistema de saúde que deve estar mais próximo, no sentido amplo e não meramente geográfico, dos sujeitos individuais e coletivos. Uma proximidade que se traduz no conhecimento das especificidades, singularidades, indicadores de saúde e modos de viver das pessoas, na responsabilização sobre a produção do cuidado, na produção de vínculo e de confiança entre usuários e serviços de saúde e na prestação de serviços de saúde de qualidade com resolubilidade. Missão complexa e diversa quando consideramos tanto as diferenças presentes nos encontros cotidianos quanto toda a diversidade cultural, social, econômica e política existente em um país como o Brasil. Neste delineamento, convivemos com formas distintas de se produzir atos de saúde a despeito das normas estabelecidas no nível federal, estadual e municipal do sistema público de saúde.

A partir dessa constatação, é preciso esclarecer que o conceito de trabalho ao englobar inúmeros elementos, possui definições essenciais a sua compreensão tais como a definição de atividade proposto pela ergologia. Por sua vez, a atividade, sempre enigmática e não passível de padronização, acontece no momento do encontro entre o trabalhador e o usuário, onde esse apresenta a sua necessidade de saúde e é preciso dar uma resposta ao que é solicitado. Esse momento é composto por um conjunto de histórias de vida, de normas antecedentes e de valores (SCHWARTZ; DURRIVE, 2007).

Por norma antecedente, entendemos tudo aquilo que o trabalhador traz de conhecimento sistematizado, seja da formação ou da sua experiência, e que existe antes do momento de realização da atividade. Os profissionais de saúde, possuem, por exemplo, as diretrizes organizacionais da Estratégia Saúde da Família como a adscrição da clientela, o trabalho em equipe multiprofissional, a carga horária de 40 horas, as ações programáticas, o acolhimento, bem como as normas específicas para cada categoria profissional. Compõem também as normas antecedentes, as experiências e vivências dos trabalhadores, sejam elas profissionais ou pessoais, os valores e normas presentes na cultura, religião e no meio de vida em que essas pessoas se constituíram e se constituem como seres sociais (SCHWARTZ; DURRIVE, 2007).

Nesta perspectiva, a atividade é uma contínua recomposição, recriação de normas antecedentes, que resguardam uma distância do que realmente é solicitado em cada situação de trabalho (SCHWARTZ, 2007). Por conseguinte, o que está escrito e prescrito bem como todo o conhecimento que possuímos acerca do modo como produzimos o cuidado, seja ele

científico ou produzido por uma experiência, nunca será igual à experiência propriamente dita. No encontro entre trabalhadores e usuários, ambos se transformam, transformam o ambiente onde atuam e transformam uns aos outros. Para Schwartz (2007, p.9):

...cada ser humano – principalmente cada ser humano no trabalho – tenta mais ou menos (e sua tentativa nem sempre é bem-sucedida), recompor em parte, o meio de trabalho em função do que ele é, do que ele desejaria que fosse o universo que o circunda. Ora mais ou menos! Esta recomposição pode ser mínima ou mais significativa– e isso é algo muito positivo.

Trabalhar é, nos debates de normas presentes em nossos encontros, tentar estabelecer uma sinergia para a tríplice ancoragem: (a) biológica composta pelo corpo dado no nascimento, com suas potencialidades e seus limites, (b) histórica: mediante o debate de normas que a constituem e só ganham sentido em um dado momento da história; (c) singular e que tem relação com a experiência de vida de cada pessoa, que a ergologia chama de corpo-si (SCHWARTZ, 2003).

É o corpo-si, que, no momento da atividade, faz a gestão entre o prescrito e o real, representando o sujeito da atividade que faz escolhas, menos ou mais conscientes, em função de critérios que são orientados por valores. É preciso se apropriar de certo número de normas antecedentes, compreender que existe algo que é distinto e novo frente a essas normas no momento da atividade e que é preciso saber fazer a gestão entre elas e o inédito, para conseguir produzir cuidado com qualidade (SANT'ANNA; HENNINGTON, 2010, p. 210). Existe então, uma primeira antecipação da atividade, oriunda das normas antecedentes e uma segunda antecipação, ao constatar, por exemplo, que esse saber não contempla toda a atividade, havendo sempre uma renormalização, recriação da primeira antecipação (NEVES, 2010).

Convém ainda lembrar que a finalidade do trabalho é exterior ao homem, é social, pois toda prescrição, à qual o trabalho tem que responder, é produzido pela sociedade. O trabalhador então, se produz como ser social, carregando em si questões que são da sociedade (SCHWARTZ; DURRIVE, 2007). A mudança pretendida na forma como o cuidado é produzido na APS requer reflexão, dos diferentes atores envolvidos, sobre os fatos, as normas e os valores que orientam à prática dos profissionais de saúde, bem como aquelas que originam as demandas e necessidades de saúde dos usuários.

Políticas Públicas que traduzem os valores do respeito à vida de todos, das produções singulares de cuidado, que fomentam a autonomia e a constituição de consciência sanitária, que estimulam o diálogo e a escuta, também orientam à produção do cuidado para o encontro com esses valores. O trabalhador busca atuar de acordo com que o meio espera e exige dele, mas também de acordo com o que ele exige de si mesmo. Ele faz escolhas, conscientes ou inconscientes, a partir de critérios e valores, originando um debate do trabalhador com o próprio trabalhador (suas expectativas, valores, necessidades e possibilidades) e debate da ordem social (respeito ao outro, respeito ao direito do outro)

(SCHWARTZ; DURRIVE, 2007).

As políticas públicas fazem parte de um lado do conjunto de saberes que compõem as normas antecedentes dos trabalhadores e, como toda norma antecedente é resultante de uma construção histórica que agrega também valores de bem comum de uma sociedade (NEVES, 2010) e de outro compõem, as múltiplas experiências de vida e de trabalho vivenciadas por cada um, influenciando diretamente o modo de realizar a atividade. Alguns trabalhadores quando questionados, por exemplo, sobre o motivo de realizarem a sua atividade de uma forma que nos parece regida por discussões teóricas há muito renovadas, nos relatam ter aprendido com outro profissional mais antigo da equipe que, por sua vez, responde a uma exigência da maneira como a gestão organizava o trabalho da equipe. Na concepção das políticas públicas e na gestão cotidiana dos serviços de saúde a renovação constante das normas, a partir do que é produzido nos encontros entre serviços de saúde e população, é fundamental para qualidade das ações que são produzidas.

Presente no encontro, nas decisões, nas normas antecedentes e nas formas de produzir cuidado, os fatos, as normas e valores são determinantes na construção de atos de saúde mais humanizados ou mais protocolares. Para Schwartz (2011, p.27):

Há, pois, uma relação estreita, frequentemente subestimada ou tão simplesmente ignorada, entre nossa ligação com o mundo dos valores e nossa maneira de trabalhar os saberes. Se há debates de normas em todos os nossos agires e, notadamente, no trabalho, e se a respeito deles temos que tomar decisões todos os dias, é porque um universo de valores está intimamente presente em nós e, em nome desses, tomamos tais decisões: (...) Fazer esse trabalho, em função do peso que se dá a esses valores, é, também, uma escolha do que queremos ser.

É imprescindível, segundo Schwartz (2011, p. 22) questionar o contexto das ações no trabalho a partir de perguntas como: Qual a postura do profissional de saúde no momento do encontro entre trabalhadores e usuários? Os usuários devem ser entendidos como objetos de intervenção, como “situações-tipo” [termo utilizado pelo autor] ou como pessoas que trazem também com elas uma história de vida, conhecimentos prévios, experiências e modos singulares de cuidar? Um encontro que é ativo e atento às diferenças e que convoca os envolvidos a aprender e co-construir a partir dele, considerando não só o motivo da queixa que levou o usuário à unidade básica de saúde, mas usando essa queixa como ponte para dialogar sobre como esse sujeito entende o seu processo saúde-doença-cuidado e auxiliando-o a ser uma pessoa com mais autonomia no seu processo de caminhar a vida. Portanto, é necessário ir “além dos muros”, “procurando elementos fundamentais nesse processo” na cotidianidade, nas famílias, nas comunidades”... “onde a história se faz” (SCHWARTZ, 2011, p.22). Além disso, é essencial a busca pela compreensão do modo como essas pessoas produzem cuidado, como vivem suas vidas e dão conta de enfrentar e superar as dificuldades, conhecendo e incluindo no desenvolvimento do projeto terapêutico aquilo que a ergologia chama de “reserva de alternativas” presentes no dia a dia dessas

pessoas, no seu meio de vida.

Para Berlinguer (1996), a medicina ocidental pode ser considerada imprópria por alguns motivos: existência de outras medicinas com fundamentos éticos mais holísticos; as dificuldades vivenciadas por todos os modelos assistenciais sejam os baseados em seguros privados, ou em seguros sociais ou em serviços nacionais e; pela existência, na relação entre profissionais de saúde e usuários, dos desvalores paternalismos e autoritarismo que usurpam dos usuários sua autonomia, um valor princípio moral que deve ser não só respeitado e como estimulado.

Os atos em saúde, para Schwartz (2011), ganham ares de um processo artístico, dialético, que exigem criatividade e capacidade de, no debate de normas presentes, decidir entre os saberes formalizados aqueles que serão utilizados a partir do que é convocado, ensinado pelos usuários. Serviços de saúde convivem constantemente com essa dupla possibilidade antagonica de respeitar a procura por construções singulares de saúde, próprias a todas as pessoas ou de “domesticar” através, somente, das “normas e prescrições já citadas” (SCHWARTZ, 2011, p.34).

Por vezes, essa exigência, algo difícil a depender das necessidades apresentadas pelos usuários, dos recursos existentes nas unidades de saúde, da disponibilidade, capacidade dos sujeitos, faz com que equipes de saúde se apoiem quase que exclusivamente nos protocolos, procedimentos, normas tornando os serviços de saúde espaços extremamente burocratizados e limitadores de acesso.

Aos trabalhadores de saúde resta ainda a decisão (que muitas vezes não é individual, pois depende de questões que extrapolam o espaço micro da produção do cuidado) entre responder às necessidades de saúde com qualidade, rapidez e de forma humanizada e o que a ergologia chama de “economia de si”. Esses relatam que o fazer em saúde carrega inúmeras responsabilidades quando uma escuta mais atenta é realizada e que os usuários apresentam questões que os profissionais de saúde não encontram respostas nos protocolos e, nos sistemas de saúde Além disso, as condições de trabalho, os vínculos empregatícios, a satisfação com a função que exerce e tantas outras questões presentes na vida das equipes de saúde, de dentro e de fora do mundo do trabalho, exigem dos trabalhadores considerar no momentos de reflexões e prudência para o desenvolvimentos das ações em saúde, os aspectos que diminuam o desgaste físico e emocional no cotidiano do cuidado para com o outro, ocasionando menor sofrimento e uma maior satisfação no trabalho, em uma constante dialética entre aquilo que o meio exige desse trabalhador (uso de si pelos outros) e aquilo que o próprio trabalhador entende ser o melhor caminho a percorrer (o uso de si por si).

Sobre os usos de si, Schwartz (2000, p. 41) afirma:

“quando se diz que o trabalho é uso de si, isto quer, portanto, dizer que ele é lugar de um problema, de uma tensão problemática, de um espaço de possíveis sempre a negociar: há não execução, mas uso, e este supõe

um espectro contínuo de modalidades. É o indivíduo em seu ser que é convocado, são, mesmo no inaparente, recursos e capacidades infinitamente mais vastos que os que são explicitados, que a tarefa cotidiana requer, mesmo que este apelo possa ser globalmente esterilizante em relação às virtualidades individuais. Há uma demanda específica e incontornável feita a uma entidade que se supõe de algum modo uma livre disposição de um capital pessoal. Tal é a justificação da palavra “uso” e tal é aqui a forma indiscutível de manifestação de um ‘sujeito’”.

É cada vez mais difícil de se perceber o “trabalho do uso de si por si mesmo” em uma sociedade dominada por normas e produtividade, mas que “com o encontro dos seres humanos que se dá nos serviços, a ideia do debate de normas referidas a valores que ele chama ‘sem dimensão’ – como a saúde, a justiça, a cultura, o bem viver, o bem comum – coloca-se mais e mais intensa” (SCHWARTZ, 2006, p. 406).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os desafios e as ameaças ao SUS, frente à crise política e econômica que o país está passando, tem sido tema de discussões em todo o Brasil, reafirmando o compromisso e a responsabilidade de todos os cidadãos brasileiros com a luta e o pacto político assumido em 1988 com a universalidade do acesso, a construção de políticas públicas e os modos de produção do cuidado fundamentados nos princípios da justiça, equidade e solidariedade social.

A construção de um sistema público de saúde com a participação dos profissionais de saúde e dos usuários, forjada, entre outros elementos, a partir da análise dos fatos, valores e normas que circundam o processo do cuidado, pode nos ajudar a traçar caminhos para alcançar uma Atenção Primária à Saúde como um modelo de atenção orientada pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

Precisamos estabelecer no cotidiano do trabalho a reflexão sobre os “encontros” produzidos e tornar visível a atividade de trabalho, no conceito da ergologia. O encontro no momento do cuidado, entre duas (ou mais) pessoas pode promover a troca de saberes científicos e os específicos de cada profissão e os saberes populares que serão retrabalhados e que nada tem de mecânico e pré-determinado; sendo sempre inédito e reinventado e que demanda um constante estado de estranhamento tanto da equipe de saúde quanto dos usuários (SCHWARTZ; DURRIVE, 2007).

Para o desenvolvimento da atividade, o trabalhador constrói atos de saúde a partir daquilo que ele conhece das normas antecedentes, da sua experiência, do que é solicitado pelo meio, do debate de valores, bem como dos mecanismos de usos e economia de si. Assim, para construção de políticas públicas que promovam, cada vez mais, à consolidação

do SUS e da universalidade do acesso é importante compreender como as ações de saúde são produzidas no cotidiano das práticas das equipes de saúde.

REFERÊNCIAS

AITH, F. Direitos e garantias fundamentais: As garantias do direito à saúde no Brasil. In: Santos, L. Direito à Saúde no Brasil. Campinas, SP: Saberes Editora, 2010.p 210.

BERLINGER, G. (1996). Ética da Saúde. São Paulo: HUCITEC.

_____. Bioética Cotidiana. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2004. 280p.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. 292 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 2488 de 21 de Outubro de 2011. Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

_____. Portal do Departamento de Atenção Básica. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php. Acessado em: 17 abril de 2016.

DUC, M. DURAFFOURG, J., DURRIVE, L. O Trabalho e o ponto de vista da atividade. In: SCHWARTZ, Y; DURRIVE, L. Trabalho e ergologia: conversas sobre atividade humana. Niterói, Ed. UFF, 2007. Capítulo 2.p. 47-82.

ESCOREL, S. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In: Políticas e sistema de saúde no Brasil (Orgs.) GIOVANELLA, L.,

ESCOREL, S., LOBATO, L.V.C. et al. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008.

ESCOREL, S., TEIXEIRA, A.T. . História das políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1963: do império ao desenvolvimento populista. In: Políticas e sistema de saúde no Brasil (Orgs.) GIOVANELLA, L., ESCOREL, S., LOBATO, L.V.C. et al. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008.

GARRAFA, V. Proteção e acesso à saúde como um bem social. In: HELLMAN, F. VERDI, M., GABRIELLI, R., CAPONI, S. Bioética e Saúde Coletiva: perspectivas e desafios contemporâneos. Florianópolis: DIOESC, 2012.

GIOVANELLA L, FLEURY S. Universalidade da Atenção à Saúde: acesso como categoria de análise. In: EIBENSCHUTZ C, organizadora. Política de Saúde: o público e o privado. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1995. p. 177-198.

GIOVANELLA L.; MAGALHÃES DE MENDONÇA, MH. Atenção Primária à Saúde: seletiva ou coordenadora dos cuidados? Rio de Janeiro: CEBES, 2012.

LIMA, R. de C. G. S. Giovanni Berlinguer: uma história de luta pela consolidação do direito à saúde. In: Hellmann F. et al. Bioética e saúde coletiva: perspectivas e desafios contemporâneos. Editora Primas: Curitiba, 2013. p.16-35.

LIMA, R. de C. G. S.; SEVERO, D. O.; VERDI, M. I. M. and DA ROS, M. A..A construção do direito à saúde na Itália e no Brasil na perspectiva da bioética cotidiana. Saude soc. [online]. 2009, vol.18, n.1, pp.118-130

MARIANO, CM. Emenda constitucional 95/2016 e o teto dos gastos públicos: Brasil de volta ao estado de exceção econômico e ao capitalismo do desastre. Revista de Investigações Constitucionais, Curitiba, vol. 4, n. 1, p. 259-281, jan./abr. 2017

MERHY, E.E. Universalidade, Equidade e Acesso Sim. Mas, Não Bastam. Disponível em: <http://www.ufr.br/saudecoletiva/professores/merhy/artigos-10.pdf>. Acesso em: 01 de março de 2016.

MORA, J. F. Dicionário de Filosofia. 2º Ed. São Paulo: Ed. Loyola, 2004.

NEVES, T. P. A incorporação da abordagem ergológica na formação dos profissionais de saúde: em busca da integralidade da atenção à saúde. Rev. APS, Juiz de Fora, v. 13, n. 2, p. 217-223, abr./jun. 2010.

PAIM, J. S., SILVA, L.M.V. Universalidade, integralidade, equidade e SUS. BIS, Bol. Inst. Saúde (Impr.) v.12 n.2 São Paulo ago. 2010

PIRES, D.E.P., et al. Cargas de trabalho da enfermagem na saúde da família: implicações no acesso universal. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2016;24:e2677. Acesso em: 10jan2017. Disponível em www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt_0104-1169-rlae-0992-2682.pdf. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0992.2682>.

RIZZOTTO, M.L.F, COSTA. A.M. 25 anos do direito universal à saúde. Rio de Janeiro: CEBES, 2014. 246p

SANT'ANNA, S. R., HENNINGTON, E. A. Promoção da saúde e redução das vulnerabilidades: estratégia de produção de saberes e (trans)formação do trabalho em saúde com base na Ergologia. Interface (Botucatu) [online]. 2010, vol.14, n.32, pp. 207-215.

SCHERER, M.D.A. et al. A construção da interdisciplinaridade no trabalho da Equipe de Saúde da Família. Ciência & Saúde Coletiva, 18(11):3203-3212, 2013.

Schwartz Y. Trabalho e uso de si. Pro-Posições 2000; 5(32):34-50.

_____. Trab. educ. saúde, Rio de Janeiro , v. 4, n. 2, p. 457-466, Sept. 2006 . (Entrevista). Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462006000200015&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 16 Apr. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S1981-77462006000200015>.

_____. A dimensão coletiva do trabalho e as Entidades Coletivas Relativamente Pertinentes (ECRP). In: SCHWARTZ, Y.; DURRIVE, L. (Orgs.). Trabalho & ergologia – conversas sobre a atividade humana. Niterói: EdUFF, 2007.

_____. Intervenção, experiência e produção de saberes. Revista Serviço Social & Saúde. UNICAMP Campinas, v. X, n. 12, Dez. 2011.

_____. Motivações do conceito de corpo-si: corpo-si, atividade, experiência. Letras de Hoje, Porto Alegre, v. 49, n. 3, p. 259-274, jul.-set. 2014

SCHWARTZ, Y; DURRIVE, L. Trabalho e ergologia: conversas sobre atividade humana. Niterói, Ed. UFF, 2007. Capítulo 1.p. 24-46.

SEN, A. Desigualdade Reexaminada. Rio de Janeiro: Ed. Record, 2001.

STARFIELD, B. . Atenção primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia. Brasília : UNESCO: Ministério da Saúde, 726p., 2004.

VERDI, M. O lugar da bioética nas políticas públicas de atenção básica à saúde. Florianópolis, set. 2013. Palestra ministrada no X Congresso Brasileiro de Bioética e II Congresso Brasileiro de Bioética Clínica.

A

Abordador técnico 22, 23
 Administración 63, 64, 67
 Assistência Pré-Hospitalar 38
 Atención de salud 63, 64

B

Banquinho meia-lua 1, 2, 3, 4, 14, 15, 16, 17, 18

C

Ciência cognitiva 29, 30, 31, 32, 36
 Ciências Humanas e Sociais 133, 134, 139
 Covid-19 24, 25, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 139, 144
 Cuidado de enfermagem 7, 69, 72

D

Doenças parasitárias 62

E

Educação 11, 17, 22, 26, 29, 61, 62, 69, 70, 72, 77, 79, 80, 81, 100, 105, 120, 122, 127, 130, 132, 139, 142, 144, 145, 156, 162
 Educação em Enfermagem 69, 72
 Educação em saúde 11, 61, 62, 70, 142, 156
 Enfermagem do trabalho 96, 98, 100, 103
 Enfermeiro 1, 2, 4, 7, 9, 10, 12, 13, 17, 18, 45, 46, 47, 71, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 103, 104, 142, 143
 Enfermeiro obstetra 1, 2, 10, 12, 13, 17
 Estatuto epistemológico 29
 Evaluación de procesos 63, 64

F

Fisioterapeutas 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117

I

Infecções sexuais transmissíveis 151, 152, 154
 Integralidade 11, 70, 73, 79, 87, 92, 94, 133
 Interdisciplinaridade 29, 94, 133, 134, 140, 145

M

Mulher bissexual 151, 154

Mulher lésbica 151, 154, 158

O

Obesidade 101, 141, 146, 148, 152

P

Pandemia 24, 25, 26, 119, 120, 121, 122, 125, 127, 128, 129, 130, 131

Parto 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 148

Parto humanizado 1, 2, 4, 12, 13, 17, 18, 19

Políticas educacionais 120

Prevalência 23, 42, 43, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 129, 148

Prevenção 21, 22, 23, 24, 25, 26, 38, 43, 45, 48, 62, 96, 98, 99, 100, 101, 104, 127, 128, 138, 139, 154, 155, 156, 157, 158, 159

R

Resultados 4, 5, 15, 18, 22, 24, 27, 32, 38, 41, 42, 43, 44, 49, 56, 57, 60, 62, 63, 64, 68, 74, 77, 96, 99, 101, 102, 106, 109, 114, 115, 129, 132, 135, 137, 138, 142, 143, 147, 151, 155, 157

Riscos ocupacionais 38, 42, 44, 46, 99, 101

S

Saúde coletiva 18, 93, 94, 105, 130, 132, 133, 134, 135, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 159

Saúde da criança 146

Saúde do trabalhador 46, 96, 97, 98, 100, 101, 103, 104, 106, 107, 141

Saúde mental 22, 25, 26, 27, 44, 69, 75, 80, 102, 106, 115, 116, 117, 120, 121, 122, 125, 127, 128, 129, 130, 131, 152

Saúde pública 23, 26, 46, 47, 61, 62, 103, 104, 107, 114, 117, 120, 121, 123, 125, 126, 127, 130, 131, 133, 134, 138, 139, 141, 143, 144, 145, 160

Segurança pública 21, 22, 23, 24, 26, 27, 28

Servicios de salud 63, 64, 66, 68

Serviços médicos de emergência 38

Síndrome metabólica 146, 147, 148, 149, 150

Sofrimento mental 106, 107, 113, 115

Suicídio 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 102, 152, 160

T



Terapias complementares 96, 100

U

Unidade de terapia intensiva 106, 108, 113, 116, 117





SAÚDE COLETIVA:

Mudanças, necessidades e embates
entre sociedade e estado

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

SAÚDE COLETIVA:

Mudanças, necessidades e embates
entre sociedade e estado

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