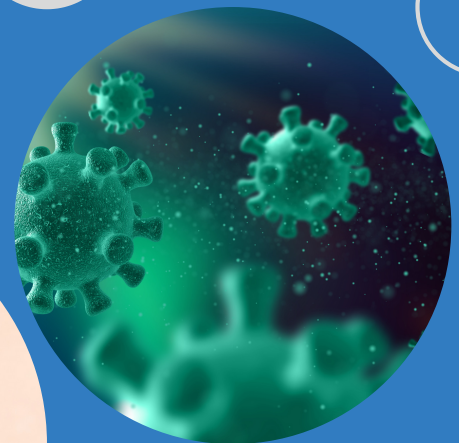


SAÚDE PÚBLICA NO SÉCULO XXI

Volume 1

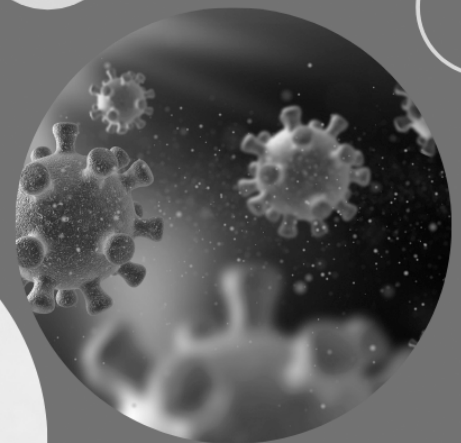
Organizadores
Eder Ferreira de Arruda
Bruna de Souza Diógenes



SAÚDE PÚBLICA NO SÉCULO XXI

Volume 1

Organizadores
Eder Ferreira de Arruda
Bruna de Souza Diógenes



EDITORA
OMNIS SCIENTIA



Editora Omnis Scientia
SAÚDE PÚBLICA NO SÉCULO XXI
Volume 1

1ª Edição

TRIUNFO – PE

2021

Editor-Chefe

Me. Daniel Luís Viana Cruz

Organizadores

Me. Eder Ferreira de Arruda

Ma. Bruna de Souza Diógenes

Conselho Editorial

Dra. Pauliana Valéria Machado Galvão

Dr. Wendel José Teles Pontes

Dr. Walter Santos Evangelista Júnior

Dr. Cássio Brancalone

Dr. Plínio Pereira Gomes Júnior

Editores de Área – Ciências da Saúde

Dra. Camyla Rocha de Carvalho Guedine

Dr. Leandro dos Santos

Dr. Hugo Barbosa do Nascimento

Dra. Pauliana Valéria Machado Galvão

Assistentes Editoriais

Thialla Larangeira Amorim

Andrea Telino Gomes

Imagem de Capa

Freepik

Edição de Arte

Leandro José Dionísio

Revisão

Os autores



**Este trabalho está licenciado com uma Licença Creative Commons – Atribuição-
NãoComercial-SemDerivações 4.0 Internacional.**

**O conteúdo abordado nos artigos, seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de
responsabilidade exclusiva dos autores.**

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)**

S255 Saúde pública no século XXI [livro eletrônico] : volume1 /
Organizadores Eder Ferreira de Arruda; Bruna de Souza
Diógenes. – Triunfo, PE: Omnis Scientia, 2021.
352 p. : il.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-88958-30-8

DOI 10.47094/978-65-88958-30-8

1. Medicina. 2. Saúde pública. 3. Doenças – Prevenção. I. Arruda,
Eder Ferreira de. II. Diógenes, Bruna de Souza.

CDD 616.2

Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422

Editora Omnis Scientia

Triunfo – Pernambuco – Brasil

Telefone: +55 (87) 99656-3565

editoraomnisscientia.com.br

contato@editoraomnisscientia.com.br



PREFÁCIO

A sociedade brasileira passa, no início do século XXI, por intensas mudanças e transições socioeconômicas, políticas e ambientais que tem impactado diretamente na saúde pública e conduzido pesquisadores e profissionais da área a enfrentarem novos desafios e buscarem compreender e investigar o processo de saúde-doença de forma mais abrangente e holística.

Portanto, se torna relevante discutir a partir de um enfoque interdisciplinar e multiprofissional a respeito dos novos e diversos fatores condicionantes e determinantes com a finalidade de que sejam estabelecidas políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças, que priorizem e fomentem a promoção, proteção e recuperação da saúde e a superação das dificuldades por ora existentes.

Neste sentido, as pesquisas desenvolvidas no âmbito da saúde pública se propõem a articular conhecimentos de diferentes campos de saberes e fazeres fornecendo subsídios teóricos, práticos e metodológicos que contribuem significativamente para a construção de estratégias e políticas públicas que viabilizem o desenvolvimento de informações, atividades e ações em prol de uma saúde de qualidade e igualitária para toda comunidade.

O presente livro é composto por 26 capítulos elaborados por autores pertencentes às ciências da saúde e suas áreas afins com o objetivo de somar conhecimentos, compartilhar experiências e divulgar os resultados de estudos desenvolvidos em várias localidades brasileiras e que visam à compreensão e elucidação de diferentes situações de saúde. Assim, este livro é para todos que tem interesse em conhecer sobre temáticas importantes relacionadas à saúde pública, especialmente para aqueles com atuação acadêmica, científica e/ou profissional na atenção primária, ambulatorial e hospitalar.

Em nossos livros selecionamos um dos capítulos para premiação como forma de incentivo para os autores, e entre os excelentes trabalhos selecionados para compor este livro, o premiado foi o capítulo 11, intitulado “A INFLUÊNCIA DAS FAKE NEWS SOB A HESITAÇÃO VACINAL DO SARAMPO NO BRASIL”.

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1.....19

A TEORIA DA COMPLEXIDADE E O ENSINO-APRENDIZAGEM DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

Rodrigo Alves Barros

Gislaine da Silva Andrade

Maria de Fátima Carneiro Ribeiro

DOI: 10.47094/978-65-88958-30-8/19-31

CAPÍTULO 2.....32

A FORMAÇÃO PROFISSIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE DE ENFERMEIROS ATUANTES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Isabela Letícia Petry

Kátia Pereira de Borba

Leonardo de Carvalho Barbosa Santos

Donizete Azevedo dos Santos Silva

Rafael Jose Calixto

DOI: 10.47094/978-65-88958-30-8/32-41

CAPÍTULO 3.....42

ATIVIDADES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE DESEMPENHADAS PELO ENFERMEIRO ATUANTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Leonardo de Carvalho Barbosa Santos

Kátia Pereira de Borba

Isabela Letícia Petry

Donizete Azevedo dos Santos Silva

Rafael Jose Calixto

DOI: 10.47094/978-65-88958-30-8/42-53

CAPÍTULO 4.....54

POTENCIALIDADES DA ATUAÇÃO MULTIPROFISSIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA NO ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA POR PARCEIRO ÍNTIMO

Maria Cassiana Rosa Carneiro Cunha

Morgana Gomes Izidório

Francisco Natanael Lopes Ribeiro

Luana Marisa Soeiro Carvalho

Breno Carvalho de Farias

Pedro Ítalo Alves de Carvalho

Thaís Fontenele de Souza

Luís Fernando Cavalcante do Nascimento

Vanessa Carvalho Lima

Jessica Cristina Moraes de Araújo

DOI: 10.47094/978-65-88958-30-8/54-58

CAPÍTULO 5.....59

COMISSÕES INTERGESTORES REGIONAIS NA PERCEPÇÃO DE GESTORES MUNICIPAIS DE GOIÁS: UMA PERSPECTIVA DA ANÁLISE INSTITUCIONAL

Edsaura Maria Pereira

Linamar Teixeira de Amorim

Fabiana Ribeiro Santana

Naraiana de Oliveira Tavares

Thaís Rocha Assis

Alessandra Vitorino Naghettini

Fernanda Paula de Faria Guimarães

DOI: 10.47094/978-65-88958-30-8/59-77

CAPÍTULO 6.....78

DA RESIDÊNCIA AO QUILOMBO: IMERSÃO NA COMUNIDADE QUILOMBOLA NEGROS DO RIACHO

Gydila Marie Costa de Farias

Marcella Moara Medeiros Dantas

Marcella Alessandra Gabriel dos Santos

Raul Torres Açucena

Jessica Keicyane Silva de Lima

Brenda Rejane Gomes de Pontes

DOI: 10.47094/978-65-88958-30-8/78-86

CAPÍTULO 7.....87

PLANTAS MEDICINAIS E FITOTERÁPICOS: PERCEPÇÃO DE USUÁRIOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE MUNICÍPIOS DO SUDESTE GOIANO

Mariana Rosa de Souza

Amanda Cristina Schlatter

Fabiana Ribeiro Santana

Cláudio José Bertazzo

Daniel Alves

Claudio Morais Siqueira

Nunila Ferreira de Oliveira

DOI: 10.47094/978-65-88958-30-8/87-102

CAPÍTULO 8.....103

PLANTAS MEDICINAIS E FITOTERÁPICOS: PERCEPÇÃO DE TRABALHADORES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE MUNICÍPIOS DO SUDESTE GOIANO

Amanda Cristina Schlatter

Mariana Rosa de Souza

Fabiana Ribeiro Santana

Cláudio José Bertazzo

Daniel Alves

Claudio Morais Siqueira

Nunila Ferreira de Oliveira

DOI: 10.47094/978-65-88958-30-8/103-114

CAPÍTULO 9.....115

CONTRIBUIÇÕES FARMACOLÓGICAS DO GÊNERO CINCHONA ATRAVÉS DE UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Maria Clara Inácio de Sá

Carla Caroline Gonçalves do Nascimento

Jackson de Menezes Barbosa

Ricardo Lúcio de Almeida

Philippe Cássio de Almeida

DOI: 10.47094/978-65-88958-30-8/115-133

CAPÍTULO 10.....134

AVALIAÇÃO DA ADESÃO VACINAL EM UMA COMUNIDADE ACADÊMICA

Igor Eudes Fernando Nascimento Tabosa

Bruna Carvalho Mardine

Milene Moreno Ferro Hein

Helen Cristina Fávero Lisboa

DOI: 10.47094/978-65-88958-30-8/134-144

CAPÍTULO 11.....145

A INFLUÊNCIA DAS FAKE NEWS SOB A HESITAÇÃO VACINAL DO SARAMPO NO BRASIL

Sheucia dos Santos Welter

Luana Rossato

Alexandre Antunes Ribeiro Filho

Lucas Gonçalves Ferreira

DOI: 10.47094/978-65-88958-30-8/145-156

CAPÍTULO 12.....157

ASPECTOS CLÍNICOS E FISIOPATOLÓGICOS ASSOCIADOS À FEBRE MACULOSA BRASILEIRA

Emily Vieira Loureiro

Julia Brites Queiroz Lopez Chagas

Tatiana Abreu Eisenberg

Claudia Virla Aquino Brizida

Luísa Alves de Sousa Fonseca

Pedro Paulo Gusmão de Lima

Giovanna Hellen Chaves Rocha

DOI: 10.47094/978-65-88958-30-8/157-170

CAPÍTULO 13.....171

ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DA TUBERCULOSE NA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA NO ESTADO DE RONDÔNIA (2016-2019)

Wuelison Lelis de Oliveira

Ádila Thais de Souza Ferreira

Amanda Borges Mancuelho

Amilton Victor Tognon Menezes

Angélica Terezinha Tolomeu Krause

Bianca Gabriela da Rocha Ernandes

Emilly Marina Martins de Oliveira

Gilvan Salvador Júnior

Isabela de Oliveira Partelli

Marco Antonio Chaddad Yamin Filho

Pâmela Ângeli Vieira

Jessica Reco Cruz

DOI: 10.47094/978-65-88958-30-8/171-177

CAPÍTULO 14.....178

INCIDÊNCIA DA HANSENÍASE NO MARANHÃO ENTRE 2014 A 2019

Marianna Sousa Maciel Gualberto de Galiza

Sabrine Silva Frota

Ana Karoline dos Santos da Silva

Jorgeane Clarindo Veloso Franco

Érika Karoline Sousa Lima

Christiane Pereira Lopes de Melo

Nathalya Batista Casanova

Kenny Raquel dos Santos Silva

Ana Flávia Moura de Asevedo Assunção

Maysa Batista Casanova

Pedro Henrique Garces Alves

Celijane Melo Rodrigues

DOI: 10.47094/978-65-88958-30-8/178-189

CAPÍTULO 15.....190

O RISCO DA TRANSMISSÃO DE ZOOSE PELA COMERCIALIZAÇÃO CLANDESTINA DE CARNE E LEITE E O IMPACTO NA SAÚDE PÚBLICA

Rodrigo Brito de Souza

Stela Virgilio

DOI: 10.47094/978-65-88958-30-8/190-200

CAPÍTULO 16.....201

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE MORTALIDADE POR CÂNCER DE PELE DO TIPO MELANOMA, NO BRASIL, ENTRE 1996 E 2018.

Maria Letícia Passos Santos

Fernando Dias Neto

Dyonatan Vieira de Oliveira

Emanuela Giordana Freitas de Siqueira

Tânia Rita Moreno de Oliveira Fernandes

DOI: 10.47094/978-65-88958-30-8/201-212

CAPÍTULO 17.....213

PERFIL E PRINCIPAIS COMPLICAÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS DE PACIENTES SUBMETIDOS A CIRURGIA CARDÍACA

Francisco Rícael Alexandre

Rithianne Frota Carneiro

Karyna Lima Costa Pereira

Natália Conrado Saraiva

Mirian Cezar Mendes

DOI: 10.47094/978-65-88958-30-8/213-225

CAPÍTULO 18.....226

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS VÍTIMAS DE ACIDENTE DE TRÂNSITO ASSISTIDOS PELO SAMU EM ALTOS-PI

Micharléia Maria Silva do Nascimento

Rosane da Silva Santana

Nariane Matos da Silva

Gabriela Oliveira Parentes da Costa

Giuliane Parentes Riedel

Marcela Ibiapina Paz

Roseane Débora Barbosa Soares

Maria do Amparo Ferreira Santos e Silva

Ícaro Avelino Silva

Nivia Cristiane Ferreira Brandão Soares

Maria Almira Bulcão Loureiro

DOI: 10.47094/978-65-88958-30-8/226-239

CAPÍTULO 19.....240

IMPACTO DA SAÚDE BUCAL NA QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS COM EDENTULISMO: UM ESTUDO DE CASO-CONTROLE INTERTEXTUALIZADO NA OBRA “A CALIGRAFIA DE DEUS”.

Antônio Arlen Silva Freire

Damiana Avelino de Castro

Izabel Leal Viga

Jessica Silva dos Santos

Maili Raiane de Oliveira Rodrigues

Ana Sofia Alves e Gomes

Simone de Souza Lima

DOI: 10.47094/978-65-88958-30-8/240-253

CAPÍTULO 20.....254

ÓBITOS INFANTIS POR CAUSAS EVITÁVEIS NO AMAPÁ NO QUINQUÊNIO 2014 A 2018:
UMA ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA

Lucas Facco Silva

Gustavo Aurélio Linhares de Magalhães

Giovana Carvalho Alves

Edson Fábio Brito Ribeiro

Maria Helena Mendonça de Araújo

Silvia Claudia Cunha Maues

Rosilene Cardoso

DOI: 10.47094/978-65-88958-30-8/254-269

CAPÍTULO 21.....270

PREVALÊNCIA DE ALEITAMENTO MATERNO EM CRIANÇAS MENORES DE CINCO ANOS
DE IDADE DE COMUNIDADES RURAIS E RIBEIRINHAS, AMAZONAS, BRASIL

Hanna Morgado Montenegro

Lihsieh Marrero

Edinilza Ribeiro dos Santos

Ana Luisa Opromolla Pacheco

Katherine Mary Marcelino Benevides

DOI: 10.47094/978-65-88958-30-8/270-283

CAPÍTULO 22.....284

GESTANTES ADOLESCENTES E A TRANSMISSÃO VERTICAL DA SÍFILIS: EDUCAÇÃO COMO FORMA DE INTERVENÇÃO

Scherdelândia de Oliveira Moreno

Michelle Dias Amanajás

Silvana Rodrigues da Silva

Maria Virgínia Filgueiras de Assis Mello

Nely Dayse Santos da Mata

Tatiana do Socorro dos Santos Calandrini

Luzilena de Sousa Prudêncio

DOI: 10.47094/978-65-88958-30-8/284-297

CAPÍTULO 23.....298

O USO EXCESSIVO DE SMARTPHONES E SUAS CONSEQUÊNCIAS PARA CRIANÇAS E PRÉ-ADOLESCENTES

Rosani Bueno de Campos

Emelyn da Silva Gonçalves

Fabiana Aparecida Vilaça

Renan Kolver Zagolin

DOI: 10.47094/978-65-88958-30-8/298-308

CAPÍTULO 24.....309

INFLUÊNCIA DOS TELÔMEROS NO SURGIMENTO DO CÂNCER DURANTE O ENVELHECIMENTO

Steffany Larissa Galdino Galisa

Raysla Maria de Sousa Almeida

Thaynara Teodosio Bezerra

Mathias Weller

Anna Júlia de Souza Freitas

Raquel da Silva Galvão

Radmila Raianni Alves Ribeiro

Adriana Raquel Araújo Pereira Soares

Lorena Sofia dos Santos Andrade

Milena Edite Casé de Oliveira

Kedma Anne Lima Gomes

Ricardo Julio Barbosa Barros

DOI: 10.47094/978-65-88958-30-8/309-316

CAPÍTULO 25.....317

IMPORTÂNCIA DOS INDICADORES DE SAÚDE PARA A GESTÃO DO CUIDADO À PESSOA IDOSA NA ATENÇÃO BÁSICA

Nidiane Evans Cabral Bacelar

Claudia Feio da Maia Lima

Uilma Santos de Souza

DOI: 10.47094/978-65-88958-30-8/317-329

CAPÍTULO 26.....330

A PERCEPÇÃO DO IDOSO SOBRE SEUS DIREITOS EM SAÚDE

Fabíola Régia Moreira da Silva

Rebeca Costa Gomes

Rafaela Alves de Sousa

Pâmala Samara Formiga Coelho

Jonantha Luct Vicente Vieira de Meneses

Hortência Benevenuto Silva

Higor Braga Cartaxo

Franceildo Jorge Felix

DOI: 10.47094/978-65-88958-30-8/330-343

COMISSÕES INTERGESTORES REGIONAIS NA PERCEPÇÃO DE GESTORES MUNICIPAIS DE GOIÁS: UMA PERSPECTIVA DA ANÁLISE INSTITUCIONAL

Edsaura Maria Pereira¹

Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública da Universidade Federal de Goiás (IPTSP-UFG), Goiânia, Goiás.

<http://lattes.cnpq.br/8820722314388248>

Linamar Teixeira de Amorim²

Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública da Universidade Federal de Goiás (IPTSP-UFG), Goiânia, Goiás.

<http://lattes.cnpq.br/8920743937960375>

Fabiana Ribeiro Santana³

Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública da Universidade Federal de Goiás (IPTSP-UFG), Goiânia, Goiás.

<http://lattes.cnpq.br/3105251435996559>

Naraiana de Oliveira Tavares⁴

Faculdade de Educação da Universidade Federal de Goiás (FE-UFG), Goiânia, Goiás.

<http://lattes.cnpq.br/8113112565220386>

Thaís Rocha Assis⁵

Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás (FM-UFG), Goiânia, Goiás.

<http://lattes.cnpq.br/2272528203008924>

Alessandra Vitorino Naghettini⁶

Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás (FM-UFG), Goiânia, Goiás.

<http://lattes.cnpq.br/2496399309339551>

Fernanda Paula de Faria Guimarães⁷

Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública da Universidade Federal de Goiás (IPTSP-UFG), Goiânia, Goiás.

RESUMO: Analisar a percepção dos gestores municipais de saúde acerca do funcionamento das Comissões Intergestores Regionais de Goiás (CIR-GO). Trata-se de um estudo misto desenvolvido com 157 secretários municipais de saúde de Goiás. Aplicou-se questionários semiestruturados, online e impresso, de janeiro a agosto de 2019. Utilizou-se os métodos de análise estatística descritiva e de análise de conteúdo temática à luz do referencial da análise institucional. Quanto às características laborais dos participantes, a maioria (70,7%) era de cargos de comissão e 59,2% possuíam dois ou mais anos na secretaria de saúde. Quanto às características relacionadas à participação na CIR-GO, a maioria (77,1%) relatou que participa de 75-100% das reuniões. Quanto às características relacionadas à percepção das reuniões da CIR-GO, a maioria (93,6%) referiu que as reuniões contemplam as necessidades de saúde dos municípios e que recebem apoio técnico da Secretaria do Estado da Saúde. Evidenciou-se contradições quanto à percepção dos participantes acerca das fragilidades e potencialidades da CIR-GO, sendo retratadas nas categorias: fragilidades e potencialidades ocultas ou não-ditas; fragilidades e potencialidades do engajamento profissional; fragilidades e potencialidades das bases materiais e institucionais. As contradições ressaltam a necessidade de se fomentar a cooperação entre o Estado e os municípios, sobretudo na coordenação da conformação de redes e na identificação da oferta de serviços e necessidades de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Sistema Único de Saúde. Gestão em Saúde. Regionalização.

REGIONAL INTERMANAGER COMMITTEES IN THE PERCEPTION OF MUNICIPAL MANAGERS IN GOIÁS: PERSPECTIVE OF INSTITUTIONAL ANALYSIS

ABSTRACT: Analyze the perception of municipal health managers about the functioning of the Regional Intergovernmental Commissions of Goiás (CIR-GO). This is a mixed study developed with 157 municipal health secretaries in Goiás. Semi-structured questionnaires, online and printed, were applied from January to August 2019. The methods of descriptive statistical analysis and thematic content analysis were used. in light of the institutional analysis framework. Regarding the participants' work characteristics, most were (70.7%) in commission posts and 59.2% had two or more years in the health department. As for the characteristics related to participation in CIR-GO, most reported (77.1%) that they participate in 75-100% of the meetings. Regarding the characteristics related to the perception of the CIR-GO meetings, most referred (93.6%) that the meetings contemplate the health needs of the municipalities and that they receive technical support from the State Health Secretariat. Contradictions were evident regarding the participants' perception of the weaknesses and potential of CIR-GO, being portrayed in the categories: hidden or unspoken weaknesses and potentialities; weaknesses and potential of professional engagement; weaknesses and potential of material and institutional bases. The contradictions highlight the need to foster cooperation between the State and

municipalities, especially in coordinating the formation of networks and in identifying the offer of services and health needs.

KEY-WORDS: Unified Health System. Health Management. Regional Health Planning.

INTRODUÇÃO

A Constituição Federal (CF) de 1988 inaugura uma nova fase de democratização das ações e das funções do Estado brasileiro. No que se refere à saúde, ao colocá-la no Título II (artigos 196 a 200 da CF de 1988), no rol de direitos e garantias fundamentais, reafirma o caráter imprescindível do acesso aos serviços de saúde e como um bem de natureza pública que deve ser prestado pelo Estado, através de um sistema público e universal, o Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1988).

Esta conquista é resultado do movimento da reforma sanitária brasileira, cujo marco se deu em 1979, com o lançamento do documento intitulado “A Questão Democrática na Área da Saúde” e consolidado na VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, e sua institucionalização em 1988. As diretrizes do SUS estão elencadas no artigo 198 da CF e são elas: descentralização, com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; e participação da comunidade. As leis orgânicas nº 8.080 e nº 8.142, ambas de 1990, regulamentaram o SUS, respeitando os preceitos formais e materiais impostos pela CF (BRASIL, 1990). Sua dinâmica de funcionamento se dá mediante pactuações entre as esferas federal, estadual e municipal, que é chamado de pacto interfederativo da gestão executiva.

Os princípios de regionalização e hierarquização marcam a forma descentralizada de gestão do SUS, em que as responsabilidades dos serviços são transferidas para os municípios, numa tentativa de superar a fragmentação dos serviços de saúde (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2014). O objetivo fundamental da regionalização é a garantia de serviços de qualidade ao usuário do SUS, com menor custo social, econômico e sanitário possível. Envolve a distribuição de poder de decisão em um delicado sistema de interdependência entre diversos atores sociais – governos, organizações públicas e privadas e cidadãos – em espaços geográficos delimitados (SILVA; GOMES, 2013).

Por determinação da Lei 8.080/1990 e da Lei 8.142/1990 e recomendações da Resolução 02 do Conselho Nacional de Saúde, foi instituída, em 1991, a Comissão Técnica em nível nacional com o objetivo de responder à necessidade da articulação e coordenação entre os gestores governamentais. Esta comissão foi posteriormente denominada Comissão Intergestores Tripartite (CIT). As Comissões Intergestores Bipartite (CIB) foram criadas pela Norma Operacional Básica nº 1 de 1993 e estruturadas em todos os estados do país.

Entretanto, em 1995, foi elaborado o plano de reforma do Estado, tendo como matriz, a reforma neoliberal, iniciada na década de 1990, que teve como pressuposto a desresponsabilização do estado para com os direitos sociais conquistados. Foi inaugurado então, o período de um novo modelo

de gestão, que o Estado denominou de “administração gerenciada”, em que atribuiu à sociedade civil o dever de prestar serviços públicos. Inicia-se, assim, uma supervalorização do terceiro setor, que é aquele composto por entidades da sociedade civil, sem fins lucrativos e de finalidade pública. Alguns serviços públicos de saúde, em especial os de atenção especializada e ambulatorial, passam a ser prestados, em larga escala, por essas entidades (MENDES et al., 2011). Isso acaba rompendo com a intenção da integralidade na saúde.

Dessa forma, insere-se um cenário contraditório no Brasil, onde de um lado encontra-se a CF recém-aprovada, que amplia os direitos sociais e, do outro, as medidas neoliberais, que já vinham se consolidando mundialmente. Portanto, a implementação da saúde no Brasil é configurada, desde o início, em dois campos distintos operados por duas lógicas: uma publicista, que como processo irreversível, busca viabilizar o SUS e outra privatista, explicitando, dessa forma, a consolidação de um sistema de saúde dual no Brasil, evidenciando o distanciamento entre as concepções iniciais da reforma e o desenho de como foi sendo implementado o SUS no Brasil (MENICUCCI et al., 2007).

A descentralização com direção única em cada esfera de governo é uma das principais diretrizes do SUS, desde a promulgação da CF (BRASIL, 1988). Este movimento que se desenvolveu principalmente a partir da década de 1990, registra a passagem de um sistema extremamente centralizado nos aspectos político, administrativo e financeiro, para um cenário em que milhares de gestores passam a se constituir como atores fundamentais no campo da saúde, ocasionando uma redistribuição das responsabilidades gestoras entre os três níveis de governo (LAVRAS, 2001).

Com a necessidade de avanços no acesso da população às ações e serviços de saúde de maior complexidade, a partir dos anos 2000, tornou-se fundamental retomar a agenda da regionalização dos serviços. O marco dessa retomada foi o lançamento do Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006) e a edição do Decreto nº 7.508 (BRASIL, 2011), em 2011, que reafirmaram e ampliaram o papel das comissões intergestores, ao nível regional, por meio da diretriz do planejamento integrado, viabilizado pelo contrato organizativo da ação pública (COAP) e considerando a região de saúde como um espaço efetivo de sua operacionalização (BRASIL, 2010; 2016).

Nesse contexto, a gestão em saúde no Brasil e no estado de Goiás vem sofrendo mudanças significativas nos processos e nos instrumentos a serem utilizados pelos gestores. Dentre os pressupostos que orientam o novo modelo de gestão e atenção em saúde, destaca-se o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/1990. Esse decreto institucionaliza a estrutura organizativa do SUS e orienta a região de saúde como espaço geográfico, constituído por grupos de municípios limítrofes, delimitados a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados. O Decreto nº 7.508 tem ainda, o papel destacado de regular a estrutura organizativa do SUS, o planejamento de saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, dentre outros aspectos (BRASIL, 2011).

A região de saúde, portanto, passa a ser essencial para a integração das ações e dos serviços de saúde dos entes federativos, a fim de potencializar a gestão do SUS e assegurar a integralidade (SANTOS; CAMPOS, 2015). A região fortalecida, com novos acordos políticos entre os gestores

na organização do sistema, pode favorecer a superação da fragmentação, não retirando do gestor municipal o seu papel de integrar o sistema de saúde público e dele participar de forma efetiva no campo político, financeiro e técnico (BRASIL, 2016; SANTOS; CAMPOS, 2015; MENDES, 2009; SANTOS, 2017).

O decreto 7.508/2011 destaca a importância do planejamento regional integrado e ascendente, além de reafirmar a assistência à saúde organizada pela rede de atenção à saúde (RAS). Na articulação interfederativa, o colegiado de gestão regional (CGR) é substituído pela CIR como instância de articulação dos gestores municipais, com a participação da Secretaria do Estado da Saúde (SES). Além disso, reafirma que a iniciativa privada pode participar do SUS de forma complementar e que as ações e serviços são executadas pelos entes federados de forma direta ou indireta, o que pode contribuir para o aumento da dicotomia entre ações de prevenção e curativas e para a desarticulação da rede de saúde. Define, ainda, que o mapa da saúde deve fazer a descrição geográfica da distribuição de recursos humanos e de ações e serviços de saúde ofertados pelo SUS e pela iniciativa privada, e que será utilizado na identificação das necessidades de saúde e orientará o planejamento integrado dos entes federativos, contribuindo para o estabelecimento de metas de saúde.

Ao definir a RAS, o decreto permite que as comissões intergestores pactuem a criação de novas portas de entrada às ações e serviços de saúde, considerando as características da região de saúde. Esse é um aspecto preocupante, uma vez que a atenção primária, que é considerada a ordenadora do cuidado e garantidora do acesso universal e igualitário, pode ter dificuldades para exercer esse papel, já que poderá ser muito abrangente as formas de entrada no sistema de saúde.

O referido decreto amplia os instrumentos de implantação da regionalização ao reforçar a importância das CIR e CIB como espaços fundamentais de articulação federativa. Nesse sentido, a regionalização é compreendida como eixo importante para organização do SUS estruturada em redes regionalizadas e hierarquizadas. O avanço proposto pelo decreto foi a ampla participação da gestão municipal nas decisões, por meio da CIR, que prevê o planejamento regional integrado e ascendente. Desse modo o planejamento estabelece a CIR como espaço de articulação e pactuação entre os entes federativos, com discussões propositivas de aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS (BRASIL, 2011; MEDEIROS et al., 2017).

Em razão desse novo marco regulatório e instrumentos de gestão preconizados para o direcionamento das políticas, pergunta-se como está se desenvolvendo o processo de gestão do SUS no estado de Goiás, em particular nas CIR-GO?

Deste modo, o objetivo desta investigação é de analisar a percepção dos gestores municipais de saúde acerca do funcionamento das CIR-GO.

O artigo insere-se em um estudo proposto pelo Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Goiás, na linha de Avaliação e Monitoramento Institucional para a Gestão do SUS nas Dimensões da Promoção da Saúde, da Prevenção, da Recuperação e da Reabilitação, da chamada pública 04/2017 do Programa Pesquisa

para o SUS: Gestão Compartilhada em Saúde (PPSUS/GO).

Visa-se fundamentalmente produzir informações para a gestão do SUS, subsidiando o executivo estadual na identificação de problemas e necessidades e na definição de prioridades para o planejamento de medidas de intervenção no âmbito da gestão. Contudo, o estudo apresenta limitações relacionadas à abrangência da população (restrita ao estado de Goiás) e a profundidade dos dados fornecidos pelos secretários municipais de saúde participantes.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de método misto, realizado com 157 secretários municipais de saúde de Goiás. Atualmente, Goiás é dividido geograficamente em 246 municípios e possui uma população de 6.003.788 pessoas (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010). Segundo o plano diretor de regionalização (PDR), cuja última alteração foi em 2014, o estado de Goiás está dividido em 18 (dezoito) regiões de saúde, agrupadas em 05 (cinco) macrorregiões. Cada região possui uma sede administrativa denominada regional de saúde (MENDES, 2018).

Foram convidados para esse estudo todos os 246 secretários municipais de saúde, mobilizados por meio de convites nas pautas de apresentação e discussão das reuniões ordinárias do conselho de secretarias municipais de saúde do estado de Goiás (COSEMS) e CIB, realizadas, geralmente todo mês.

A coleta de dados aconteceu entre os meses de janeiro e agosto de 2019 através da aplicação de questionários com perguntas objetivas e perguntas abertas, sendo enviados por e-mail para os secretários municipais de saúde de Goiás, com o objetivo, inicial, para que fossem respondidos online, por meio da ferramenta disponível no Google (Google forms). Como houve o baixo retorno por esse meio, buscou-se apoio no COSEMS, reforçando a importância da pesquisa. Para finalizar a coleta de dados, lançou-se mão da participação, previamente agendada, de um auxiliar de pesquisa nas reuniões em diversas CIR-GO perfazendo um total de 157 questionários respondidos.

O questionário semiestruturado dividiu-se em questões fechadas relacionadas às características demográficas e laborais dos participantes, à participação nas CIR-GO, e à percepção das reuniões das CIR-GO; e em questões abertas acerca das fragilidades, potencialidades e comentários livres.

Os dados referentes às questões fechadas foram analisados no programa estatístico *Statistical Package for the Social Science* (SPSS), versão 24.0. A análise das variáveis quantitativas ocorreu por meio de média e desvio padrão e das variáveis qualitativas por meio de frequência absoluta (n) e relativa (%).

Os dados oriundos das questões abertas foram analisados a partir do método de análise de conteúdo temática (BARDIN, 2010), sob a perspectiva do referencial de análise institucional (LOURAU, 1995).

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital e Maternidade Dona Íris (CAAE 92553218.1.3001.8058), conforme Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Tabela 1 mostra as características demográficas e laborais dos participantes do estudo.

Tabela 1: características demográficas e laborais dos participantes do estudo (n=157).

Variáveis	n	%
Idade média em anos (desvio-padrão)	43,1 (10,0)	
Sexo		
Feminino	91	58,0
Masculino	66	42,0
Escolaridade (anos)		
Fundamental	4	2,5
Médio	18	11,5
Superior	69	43,9
Pós-graduação	66	42,0
Vínculo empregatício		
Estatutário	46	29,3
Comissão	111	70,7
Tempo de trabalho no SUS (anos)		
Até 1 ano	18	11,5
1-3 anos	39	24,8
4-8 anos	23	14,6
9-14 anos	30	19,1
Mais de 15 anos	47	29,9
Tempo na gestão da secretaria (anos)		
Até 1 ano	39	24,8
1 ano	25	15,9
Dois anos ou mais	93	59,2
Já foi secretário de saúde de outro município		
Não	143	91,1
Sim	14	8,9

Fonte: dados da pesquisa.

A média de idade dos participantes foi de 43,1 anos (desvio padrão: 10,0; Mínimo: 27; Máximo: 70). Corroborando com esse dado, o estudo de Arcari et al. (2020), encontrou 43,76 anos como média

de idade. Já o estudo de Junqueira et al. (2010), a média de idade encontrada foi de 39,4 anos.

A maioria era do sexo feminino (58,0%) e com ensino superior ou mais (83,9%). Achados semelhantes foram encontrados no estudo realizado no Ceará e na Bahia, em que se analisou o perfil do gestor municipal. Observou-se uma ascensão progressiva das mulheres nos cargos de liderança na área da saúde e os resultados quanto ao grau de instrução escolar mostram que a evolução das demandas da gestão pode estar elevando o grau de exigência no processo de trabalho do gestor (ARCARI et al., 2020).

Quanto às características laborais, a maioria (70,7%) era de cargos de comissão, 29,9% trabalhavam há mais de 15 anos no SUS, 59,2% possuíam dois ou mais anos na secretaria de saúde e 8,9% possuíam experiência prévia como secretário de saúde.

Referente ao perfil laboral, Arcari et al. (2020), corrobora, em parte, os dados encontrados em Goiás, pois revela em seu estudo que a maioria (55,7%) possuía cargo de comissão, mas possuíam menos de um ano na função; enquanto 37,9% eram funcionários estatutários, porém, não faz referência ao tempo de trabalho no SUS e tão pouco sobre ter experiência prévia como secretário de saúde. Em relação ao tempo de serviço como secretário de saúde, Junqueira et al. (2010), traz uma mediana de 19 meses e 20% dos participantes tiveram experiência prévia na referida função, todavia, sem mencionar o tipo de vínculo e o tempo de trabalho no SUS. Também foi encontrado um trabalho um pouco divergente, pois apresentou a predominância de secretários que já haviam exercido a função no município atual ou em outros municípios (MOREIRA; RIBEIRO; OUVENEY, 2017).

A análise descritiva das variáveis relacionadas à participação nas reuniões das CIR-GO está apresentada na Tabela 2.

Tabela 2: características relacionadas à participação nas CIR-GO (n=157).

Variáveis	n	%
Periodicidade da participação nas reuniões das CIR		
Q1 (0-25%)	6	3,8
Q2 (25-50%)	13	8,3
Q3(50-75%)	17	10,8
Q4 (75-100%)	121	77,1
Forma de participação		
Contribui com propostas discutidas previamente no município	112	71,3
Não contribui com propostas, mas participa do debate das propostas apresentadas	24	15,3
Participa mais como ouvinte	21	13,4
Problemas de saúde mais frequentemente relatados no município		
Referência	117	74,5
Contrarreferência	117	74,5
Financiamento	112	71,3

Redes	81	51,6
Gestão	45	28,7
Educação permanente	36	22,9
Controle Social	28	17,8
Judicialização	1	0,6

Legenda: Q1=Quartil 1; Q2=Quartil 2; Q3=Quartil 3; Q4=Quartil4.

Fonte: dados da pesquisa.

Do total de participantes, a maioria (77,1%) relatou que participa de 75-100% das reuniões e 71,3% reportaram que a forma de participação se dá pela contribuição de propostas discutidas previamente no município de origem.

A participação de 77,1% dos gestores municipais, nas reuniões das CIR-GO, pode indicar uma percepção, de acordo com os achados de Vitorino (2018), em prol de potencializar a capacidade do seu município na solução de problemas, pois entendem ser proveitoso participar dessas reuniões. Com a aplicação do questionário impresso, pode-se destacar que os respondentes foram os agentes que participavam efetivamente das reuniões das CIR-GO.

Os respondentes, em sua maioria, 71,3%, informaram que participam contribuindo com propostas discutidas previamente no município de origem. Os resultados sugerem uma tendência de os participantes diminuírem seus interesses e até deixar o grupo, ao perceberem sua participação como meramente consultiva (FUTRELL, 2003).

Os problemas de saúde mais frequentemente relatados pelos participantes da pesquisa foram referência e contrarreferência (74,5%), financiamento (71,3%) e redes (51,6%). Os problemas mais frequentemente abordados nas reuniões das CIR-GO foram redes (66,9%), gestão (64,3%), contrarreferência (64,3%), referência (59,9%) e financiamento (58,6).

Um estudo de caso de cunho qualitativo, realizado em uma região de saúde na Bahia, mostrou que a regulação de pontos de atenção secundária e serviços de apoio estiveram presentes em todas as reuniões da CIR (SILVEIRA FILHO et al., 2016). Os autores referem que os serviços de referência são uma problemática comum entre os municípios do estudo. A garantia da atenção especializada é um dos maiores pontos de estrangulamento do SUS, tradicionalmente organizada e financiada pela lógica da oferta e não das necessidades de saúde da população, agravada pela defasagem da tabela SUS (TESSER; POLI NETO, 2017).

Sobre a gestão do SUS e seu subfinanciamento, Mario Junqueira, em entrevista, diz que se os secretários de saúde não trabalharem de forma regionalizada, sem envolvimento dos territórios para fazer planejamento em conjunto, dividindo responsabilidades pela assistência regional, a gestão não se fortalecerá. Os recursos financeiros são cada vez menores, a demanda é cada vez maior e é preciso que os equipamentos sejam pensados com economia de escala (CONSELHO NACIONAL

DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE, 2016).

A região de saúde deve estar organizada em rede de atenção à saúde, que deve manter serviços de diversos níveis de complexidade técnico-sanitária. A gestão do SUS tem o desafio de avançar na regionalização e descentralização deste sistema a ponto de os municípios ganharem escala e densidade tecnológica suficientes para garantir a integralidade da atenção à saúde em pelo menos 90% das necessidades das pessoas (PREUSS, 2018).

Em um estudo que descreve a política de regulação adotada no âmbito do SUS, define que as responsabilidades entre os gestores devem estar em plena consonância a um processo de organização de um sistema de governança direcionado à efetiva regulação do sistema (BARBOSA; BARBOSA; NAJBERG, 2016).

A Tabela 3 sintetiza as características relacionadas à percepção dos participantes sobre as reuniões das CIR-GO.

Tabela 3. Características relacionadas à percepção das reuniões das CIR (n=157).

Variáveis	n	%
As reuniões da CIR-GO contemplam os problemas elencados pelo município		
Não	10	6,4
Sim	147	93,6
Se sim, de que forma (n=147)		
Aprovando propostas que atendam os interesses do município	102	69,4
Incorporando propostas do município nas resoluções	45	30,6
As resoluções da CIR-GO são contempladas na CIB		
Não	15	9,6
Sim	142	90,4
Problemas abordados nas reuniões das CIR-GO		
Referência	94	59,9
Contrarreferência	101	64,3
Financiamento	92	58,6
Redes	105	66,9
Gestão	101	64,3
Educação permanente	82	52,2
Controle Social	42	26,8
Pactuação	1	0,6
Pautas específicas de cada município	1	0,6
Processos de trabalho	1	0,6
Programas desenvolvidos no SUS	1	0,6
Regionalização	1	0,6

Recebe apoio técnico da SES		
Não	10	6,4
Sim	147	93,6
Áreas que mais recebe apoio (n=124)		
Programa Nacional de Imunização	36	29,0
Vigilância Epidemiológica	40	32,3
Educação permanente	31	33,1
Vigilância em saúde	48	38,7
Atenção Básica	87	70,2
Urgência e emergência	25	20,0
Saúde prisional	25	20,0
Referência	26	21,0
Educação em saúde	24	19,2
Sistemas de informação	24	19,2
Financiamento	25	20,2
Gestão	30	24,2
Tutoria	27	21,6
Redes	28	22,6
Endemias	33	26,6
Programas de saúde em geral	26	20,8
Vigilância Sanitária	27	21,8
Áreas que menos recebe apoio (n=87)		
Média e alta complexidade	21	24,1
Referência	8	9,2
Contrarreferência	7	8,0
Saúde Bucal	7	8,0
Regulação	7	8,0
Financiamento	15	17,2
Sistemas de informação em saúde	9	10,3
Urgência e emergência	4	2,5
Hanseníase e tuberculose	4	4,6
Pactuação	4	4,6
Educação permanente	4	4,6
Vigilância em saúde	4	4,6
Atenção básica	4	4,6
Vigilância epidemiológica	4	4,6
PNI	5	5,7
Rede farmacêutica	6	6,9
Redes	6	6,9
Vigilância sanitária	6	6,9
Gestão	13	14,9

Fonte: dados da pesquisa.

A maioria (93,6%) referiu que as reuniões das CIR-GO contemplam os problemas elencados pelo município e, destes, 69,4% relataram que isso ocorre por meio da aprovação de propostas que atendem aos interesses do município. Também, 90,4% reportaram que as resoluções das CIR-GO são contempladas na CIB. Os participantes relataram que os problemas mais frequentemente abordados nas reuniões das CIR-GO foram redes (66,9%), gestão (64,3%), contrarreferência (64,3%), referência (59,9%) e financiamento.

A maioria (93,6%) relatou receber apoio técnico da SES. Os participantes relataram que as áreas que mais recebem apoio são a Atenção Básica (70,2%), Vigilância em Saúde de forma geral (38,7%), Educação Permanente (33,1%) e Vigilância Epidemiológica (32,3%). Por outro lado, os participantes relataram que as áreas que menos recebem apoio são a Média e Alta complexidade (24,1%), financiamento (17,25) e sistemas de informação em saúde (10,3%) (Tabela 3).

Evidencia-se que há uma valorização em massa da Atenção Básica, considerada uma área de responsabilidade estatal, e um baixo apoio técnico para a média e alta complexidade e para os sistemas de informação em saúde, esses últimos, fundamentais para a identificação das desigualdades regionais. Desse modo, os municípios podem encontrar dificuldades para organizar uma rede de saúde integrada e de acordo com suas peculiaridades regionais. O baixo apoio e financiamento estatal para a média e alta complexidade deixam esses pontos da rede abertos para os interesses mercantilistas na saúde (VIANA; IOZZI, 2019).

A lógica da oferta dos serviços nas unidades complexas, de atenção especializada, atende a proposta neoliberal, mercantilista. Em muitos estados brasileiros, incluindo Goiás, observa-se o empresariamento da gestão de unidades complexas por organizações sociais (OS). Nesse sentido, fica evidenciada a disputa entre os projetos políticos para o SUS: um de cunho neoliberal, e outro que defende a expansão e organização de uma rede de assistência de acordo com as necessidades de saúde da população, integrada e universal (TEIXEIRA, 2019).

Os secretários municipais de saúde participantes deste estudo também abordaram as fragilidades e potencialidades das CIR-GO. A partir da análise das respostas obtidas emergiram três categorias temáticas. A primeira aborda as fragilidades e potencialidades ocultas e não-ditas pelos gestores municipais. A segunda retrata as fragilidades e potencialidades do engajamento profissional dos secretários municipais de saúde. A terceira revela as fragilidades e as potencialidades das bases materiais das CIR-GO e suas lógicas institucionais.

O confronto entre os resultados quantitativos e qualitativos revelaram pontos de tensão relacionados ao ocultamento (não-dito) das fragilidades e potencialidades das CIR-GO, ao engajamento dos gestores e às bases materiais e institucionais das CIR-GO.

Categoria 1 - Fragilidades e potencialidades ocultas ou não-ditas.

Os gestores participantes da pesquisa expressaram os não-saberes relacionados às CIR-GO.

Não vejo fragilidade (G2 e G99).

Não sei apontar ainda pois é a primeira CIR que participo (G116).

Na minha opinião não tem fragilidade, sempre a comissão consegue trazer respostas e soluções (G102).

Muitos assuntos discutidos na CIR nem sempre são resolvidos por depender de forças maiores (G118).

Não respondeu (G34, G35, G39, G45, G47, G49, G58, G60, G61, G68, G69, G71, G73, G74, G77, G79, G81, G84, G86, G88, G96, G98, G106, G107, G111, G117, G119, G121, G128, G132, G133, G134, G135, G137, G138, G141, G149, G155).

Nesta categoria observa-se certo ocultamento (não-dito) ou indizibilidade do funcionamento das CIR. Incluímos nesta categoria as “não respostas” da pergunta do questionário e as respostas nas entrelinhas. Os pontos cegos ou não-ditos foram revelados nas categorias 2 e 3.

Para a análise institucional, o termo não-dito refere-se a todas aquelas informações que estão omitidas ou distorcidas nos discursos, textos, atitudes, comportamentos ou qualquer outra forma de expressão ou manifestação. Esta omissão ou distorção pode ser voluntária ou involuntária, consciente ou não, assumida ou não, mas é considerada invariavelmente fonte de mal-entendidos e conflitos que afetam a convivência ou, então, causas ou efeitos de um desconhecimento cuja superação se supõe enriquecedora. Este “omitido” ou “distorcido” concerne principalmente ao instituinte, que foi “esquecido” e reprimido pelo instituído durante o processo de institucionalização (BAREMBLITT, 2012).

Na análise institucional, esses não-ditos devem ser colocados em análise coletiva em uma tentativa de contra-efetuação do efeito Weber. Este foi extraído por René Lourau de Marx Weber e significa que quanto mais o direito e a tecnologia progridem, mais se torna distante a compreensão da sociedade por parte dos indivíduos, grupos e classes sociais. É como se o desenvolvimento da modernidade e da racionalização da vida social passasse pela institucionalização do desconhecimento do processo de trabalho e das relações sociais (HESS; SAVOYE, 1993).

Categoria 2 - Fragilidades e potencialidades do engajamento profissional.

Os secretários municipais de saúde participantes da pesquisa expressaram elementos relacionados ao engajamento às CIR-GO e seus efeitos.

Baixa participação dos técnicos da regional de saúde... (G83).

Pouca participação com propostas vindas do município... (G16).

Um dos problemas é a falta de participação de alguns municípios nas reuniões para fortalecer o grupo (G113).

Os gestores são comprometidos com a gestão, os diálogos são bastante abertos e os gestores

são colaborativos (G76).

A comissão está iniciando uma nova etapa com gestores mais esclarecidos e envolvidos na construção de uma equipe que construa uma saúde de qualidade (G103).

Resolve em parte alguns problemas enfrentados por causa da união entre os municípios que trabalham com a intenção de fortalecer nossa região (G118).

Na segunda categoria, observam-se contradições e tensões relacionadas ao engajamento profissional nas CIR-GO. Enquanto, parte aponta o desengajamento e descompromisso, outra parte defende que há o envolvimento e o compromisso.

Estes pontos de tensão não foram revelados nos dados quantitativos, podendo gerar a impressão de uma massificação e normatização das condutas. É como se não houvesse conflito, disputa de poder e atravessamentos político-partidários. Os dados quantitativos também podem gerar a impressão de que os processos decisórios nas CIRs são normativos e eficientes, segundo a cartilha da nova gestão pública.

Para a análise institucional, não podemos perder de vista as contradições e tensões que se produzem no contexto institucional e no interjogo das práticas. Colocar em análise esses atravessamentos pode desnaturalizar saberes e práticas cristalizados e provocar certo desarranjo das lógicas instituídas (SANTANA; FORTUNA; MONCEAU, 2017).

Categoria 3 - Fragilidades e potencialidades das bases materiais e institucionais.

Na terceira categoria, observam-se elementos relacionados à (des)organização e (des)estrutura materiais; e à (des)organização e (des)estrutura das lógicas de funcionamento das CIR-GO.

Na subcategoria 3.1, os participantes abordaram questões relativas à organização e estrutura material e na subcategoria 3.2 revelaram elementos relacionados às lógicas de funcionamento das CIR-GO.

Subcategoria 3.1 - (Des)organização e (des) estrutura materiais

... falta funcionário e meios de trabalho ex: salas para secretária executiva (G82).

Dificuldades financeiras e falta de espaço físico para recepcionar os profissionais da regional... (G105).

Estrutura física para uma reunião produtiva (G36).

Na segunda subcategoria, identificamos a precarização da estrutura física e de recursos humanos e materiais. Esses aspectos também colocam em evidência as contradições e nos remete ao analisador dinheiro.

Esse analisador foi proposto por Lourau (1997). Segundo L'Abbate (2004) o dinheiro constitui-se como um analisador muito sensível e potente, que permite evidenciar as dimensões fundamentais e muitas vezes ocultas e contraditórias das relações entre os sujeitos que constituem as organizações.

Subcategoria 3.2 - (Des)organização e (des)estrutura das lógicas de funcionamento

Falta de autonomia em relação aos representantes do estado nas deliberações. Envolvimento político sobrepondo a parte técnica de alguns representantes (G51).

Municípios não conseguem pensar em região, o plano diretor regionalizado deve ser revisto, a atuação do estado enquanto apoiador deve ser revista (como apoiar se nem o acesso a visualização dos sistemas tem). Fica nas nuvens entre os municípios e o MS (G79).

... às vezes sinto que as resoluções aprovadas nas CIR, ainda não são levadas a sério como deveriam aos órgãos competentes. Algumas questões ainda são muito burocratizadas e no fim do processo os gestores às vezes não contemplam com as solicitações que foram aprovadas tanto CIR e CIB (G10).

A CIR pode fazer a diferença como representatividade dos municípios, uma possibilidade que considero de extrema importância é a adesão ao modelo de consórcio de saúde (G57).

A potencialidade que eu vejo é a fortalecimento das regiões através das reuniões, visando várias ações de planejamento e fortalecimento em todas as regiões, para atuações desde atenção básica como nas ações de alta complexidade (G10).

Espaço de negociação e fortalecimento da regionalização. Os gestores têm muitas dificuldades no dia a dia e as CIRs são momentos/instâncias de compartilhamento e aprimoramento dos saberes e ações (G55).

Na segunda subcategoria, observam-se contradições sobre a percepção dos participantes acerca da (des) organização e (des) estrutura das lógicas de funcionamento das CIR-GO. Se por um lado, parte considera que há atravessamentos político-partidários e uma lógica *laissez-faire*, individualista, burocrática e ineficiente, outra parte defende que a CIR-GO é um espaço potente de negociação para o fortalecimento da regionalização e dos instrumentos de gestão.

O estudo demonstra o detalhamento de fatores que estão relacionados a dinâmica de funcionamento das CIR-GO e uma visão das dificuldades relacionadas a pontos de tensão e fragilidades que podem comprometer e dificultar o engajamento profissional em detrimento do reconhecimento do valor desse espaço no auxílio à gestão.

CONCLUSÃO

A CIR representa um espaço de grande potencial de debates e planejamento das ações de governança regional. No caso estudado, exerceu um papel de espelho do cenário e dificuldades expressas no território regional.

A estratégia da regionalização no sistema de saúde brasileiro tem sido permeada por um denso arcabouço normativo sobre essa temática. No entanto, fica evidente, pelo presente estudo, que estas formulações, por si só, não conferem protagonismos aos gestores municipais, para a capacidade, sobretudo, de liderarem processos dinamizadores para a implementação de políticas de saúde locais.

A necessidade de se pensar, cada vez mais, processos de gestão com enfoque regional, remete para um maior desvendamento do papel de cada ente federativo, particularmente o papel do estado na cooperação com os seus municípios, sobretudo na coordenação da conformação de redes e na identificação da oferta de serviços e necessidades de saúde.

Ademais, fica evidente que as CIR se constituem como *locus* privilegiados para estas ações, com potencial para a abordagem em saúde na dinâmica da intersectorialidade, no sentido de conduzir a passagem da lógica da oferta, para modelos direcionados a partir das necessidades da população, com foco nas ações preventivas e de promoção da saúde.

Ao analisar a percepção dos gestores municipais de saúde acerca do funcionamento das CIR-GO, evidencia-se a necessidade de aprofundamento de aspectos aqui levantados por outras pesquisas, no sentido de elucidar entraves e apontar estratégias que contribuam com o fortalecimento do processo de regionalização no Estado, na busca de ampliação do acesso às políticas de saúde, para a população.

AGRADECIMENTO

Agradecemos o apoio da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Goiás (Programa Pesquisa para o SUS - Gestão Compartilhada em Saúde (PPSUS) - Chamada Pública 04/2017).

DECLARAÇÃO DE INTERESSES

Nós, autores deste artigo, declaramos que não possuímos conflitos de interesses de ordem financeira, comercial, político, acadêmico e pessoal.

REFERÊNCIAS

ARCARI, J. M. Et al. Perfil do gestor e práticas de gestão municipal no Sistema Único de Saúde (SUS) de acordo com porte populacional nos municípios do estado do Rio Grande do Sul. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 25, n. 2, p. 407-420, 2020.

BARBOSA, D. V. S.; BARBOSA, N. B.; NAJBERG, E. Regulação em Saúde: desafios à governança do SUS. **Cad. Saúde Colet.**, v. 24, n. 1, p. 49-54, 2016.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 5. ed. Lisboa: Edições 70, 2010.

BAREMBLITT, G. F. **Compêndio de Análise Institucional e outras correntes: teoria e prática**. 6. ed. Rio de Janeiro: Editora FGB/IFG, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de planejamento no SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016, v. 4.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 4.279/2010, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em: 28 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 399/2006, de 22 de fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html. Acesso em: 28 ago. 2020.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Constituição da República Federativa do Brasil, de 5 de outubro de 1988**. Brasília: Presidência da República, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 28 ago. 2020.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 8.080/1990 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o Funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm. Acesso em: 28 ago. 2020.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Decreto nº 7.508/2011, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 2011. Disponível em: planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm. Acesso em: 28 ago. 2020.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS NACIONAIS DE SAÚDE. **Entrevista com Mauro Junqueira**. Brasília: Conselho Nacional de Secretarias Nacionais de Saúde, 2016. Disponível em: https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2017/01/revista_conasems_edicao_67_AF02.pdf. Acesso em: 03 set. 2020.

FUTRELL, R. Technical adversarialism and participatory collaboration in the U.S. chemical weapons disposal program. **Sci. technol. hum. values.**, v. 28, p. 451-82, 2003.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção Primária à Saúde. In: Giovanella L. et al. (Org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014. p. 575-625.

HESS, R.; SAVOYE, A. **L'analyse institutionnelle**, Que sais-je? Paris: PUF, 1993.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo de 2010**. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/go/panorama>. Acesso em: 12 set. 2020.

JUNQUEIRA, T. S. et al. As relações laborais no âmbito da municipalização da gestão em saúde e os dilemas da relação expansão/precarização do trabalho no contexto do SUS. **Cad. Saúde Pública**, v. 26, n. 5, p. 918-928, 2010.

L'ABBATE, S. **O analisador dinheiro em um trabalho de grupo realizado num hospital universitário em Campinas, São Paulo**: revelando e desvelando as contradições institucionais. In: RODRIGUES, H. B. C.; ALTOÉ, S. (Org.). *Saúde Loucura análise institucional*. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 79-99.

LAVRAS, C. C. C. **Relatório da 2ª oficina de trabalho para o Projeto de Fortalecimento e Apoio ao Desenvolvimento Institucional da Gestão Estadual do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

LOURAU, R. **Análise institucional**. Petrópolis: Vozes, 1995.

LOURAU, R. **La clé des champs**. Paris: Anthropos, 1997.

MEDEIROS, C. R. G. et al. Planejamento regional integrado: a governança em região de pequenos municípios. **Rev Saúde e Soc**, v. 26, n. 1, p. 129-140, 2017.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Belo Horizonte: ESP/MG, 2009.

MENDES, J. M. R. et al. Gestão na saúde: da reforma sanitária às ameaças de desmonte do SUS. **Textos & Contextos**, v. 10, n. 2, p. 331-344, 2011.

MENDES, P. F. **Análise das contribuições de uma regional de saúde do Estado de Goiás na governança interfederativa da região**. 2018. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Coletiva) – Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2018.

MENICUCCI, T. M. G. **Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

MOREIRA, M. R.; RIBEIRO, J. M.; OUVENEY, A. M. Obstáculos políticos à regionalização do SUS: percepções dos secretários municipais de Saúde com assento nas Comissões Intergestores Bipartites. **Ciênc. & Saúde Colet.**, v. 22, n. 4, p. 1097-1108, 2017.

PREUSS, L. T. A gestão do Sistema Único de Saúde no Brasil e as regiões de fronteira em pauta. **Rev Katálysis**, v. 21, n. 2, p. 324-335, 2018.

SANTANA, F. R.; FORTUNA, C.M.; MONCEAU, G. Promotion de la santé et prévention des maladies dans la formation professionnelle en soins infirmiers au Brésil et en France. **Revue Éducation, Santé, Sociétés**, v. 3, p. 115-135, 2017.

- SANTOS L.; CAMPOS, G. W. S. SUS Brasil: a região de saúde como caminho. **Rev Saúde e Soc**, v. 24, n. 2, p. 438-446, 2015.
- SANTOS, L. Região de saúde e suas redes de atenção: modelo organizativo-sistêmico do SUS. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 22, n. 4, p. 1281-89, 2017.
- SILVA, E. C.; GOMES, M. H. A. Impasses no processo de regionalização do SUS: tramas locais. **Rev Saúde e Soc**, v. 22, n. 4, p. 1106-1116, 2013.
- SILVEIRA FILHO, R. M. et al. Ações da Comissão Intergestores Regional para gestão compartilhada de serviços especializados no Sistema Único de Saúde. **Physis**, v. 26, n. 3, p. 853-858, 2016.
- TEIXEIRA, C. F. Por uma análise política dos impasses da regionalização do SUS. **Cad. saúde pública**, v. 35, supl. 2, e00077019, 2019.
- TESSER, C. D.; POLI NETO, P. Atenção especializada ambulatorial no Sistema Único de Saúde: para superar um vazio. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 22, n. 3, p. 941-95, 2017.
- VIANA, A. L. D.; IOZZI, F. L. Desigualdades no centro do debate. **Cad. Saúde Pú**, v. 35, supl. 2, e00163619, 2019.
- VITORINO, S. C. **Governança nas regiões de saúde**: um estudo na Comissão Intergestores Regional (CIR) de saúde da Paraíba. 2018. Dissertação (Mestrado em Gestão Pública e Cooperação Internacional) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2018.

ÍNDICE REMISSIVO

A

- acesso aos serviços de saúde 61, 78, 80, 81, 82, 83, 176, 272, 273, 277, 278, 280, 318, 331, 339, 340
- acidente de trânsito 227, 228, 229, 230, 239
- ações de fiscalização 190
- acompanhamento pré-natal 271, 273, 274, 275, 278, 280
- alcalóides 115, 117, 125
- aleitamento estendido 270, 277
- aleitamento materno 270, 271, 272, 273, 274, 277, 280, 281, 282, 283
- aleitamento materno exclusivo 270, 272, 273, 274, 282
- alimentação saudável 214, 223
- alimentos contaminados 190
- alteração no estado emocional 241, 247, 251
- alterações epigenéticas 310, 312
- alterações físicas 298, 301
- antibiótico 88, 98, 99, 126, 165
- anti-obesidade 116
- antioxidante 116, 119, 121, 123, 124, 126, 127
- antiparasitário 116, 126
- apoio social 279, 317, 323
- aspectos fisiopatológicos 158
- aspectos sociais 24, 79, 80, 82, 242
- atenção primária à saúde 55, 58, 88, 90, 104
- Atenção Primária à Saúde 32, 33, 34, 41, 42, 43, 44, 53, 75, 83, 86, 141, 281, 321, 322, 328
- atendimento à saúde 55
- atendimento à violência 55, 57
- atividades farmacológicas 116, 127
- atividades físicas 214, 223, 243, 244, 249, 298, 302, 306, 307, 336
- atrito de telômeros 310, 312
- ausência dentária 241, 243, 245, 246, 247, 248, 249, 250, 251
- autoavaliação de saúde 317, 321, 324, 325
- autocuidado 36, 37, 38, 49, 104, 109, 112, 186, 278, 292, 322, 336

B

bactéria *Mycobacterium leprae* 179
bactéria *Rickettsia rickettsii* 157, 159, 160
bem-estar psicológico 317, 323
brucelose 190, 192, 193, 194, 199

C

calmante 88, 99
câncer 124, 125, 201, 204, 206, 207, 208, 210, 211, 310, 311, 312, 313, 314
Câncer de Pele 201, 202, 203, 204, 206, 207, 208, 209, 210
capacete 227, 234
características heterogêneas 78, 80
carrapatos do gênero *Amblyomma* 157, 160
casos de tuberculose 172, 174
celulares 125, 150, 298, 299, 300, 313
cidadania do idoso 331, 340
ciências da saúde 6, 30, 255, 256
cinchonidina 115, 117
cinchonina 115, 117, 119, 121, 125
cinto de segurança 227, 234, 235, 237
cirurgia cardíaca 213, 215, 216, 217, 218, 219, 220, 221, 222, 223, 224
cisticercose 190, 192, 193, 194, 195, 196, 198, 199
cobertura assistencial 78, 80
cobertura vacinal 135, 136, 137, 138, 141, 142, 143, 145, 147, 148, 149, 150, 151, 155
comércio clandestino 190, 191, 192, 196, 197
comércio clandestino de carne e leite 190
Comissões Intergestores Regionais 60
complicações no pós-operatório 213, 215, 216, 217, 219, 220, 223, 225
compreender formas de agir 19, 20
comprovações científicas 116, 118
comunidade acadêmica 135, 136, 137, 140, 142
concepção de saúde e doença 19
conhecimento em saúde 179
conhecimento sobre Hanseníase 179

constrangimento em sorrir 241, 251
controle de qualidade 153, 190, 195, 197
cooperação entre o Estado e os municípios 60
crianças e pré-adolescentes 298, 301, 303
cuidado à pessoa idosa 317, 319, 321, 324, 328
cuidado de enfermagem 43, 47

D

declínio cognitivo 317, 322, 326
deficiência do cumprimento vacinal 135
diferentes realidades sociais 55
dificuldade de integrar 55
dificuldades da mulher 55
direitos dos idosos 331, 338, 340
dispositivos móveis 298, 299, 300, 306
doença infecciosa crônica 172
doença infectocontagiosa 179, 180
doença negligenciada 172
doenças cardiovasculares 213, 214, 216, 224, 317, 322, 326
doenças crônicas 134, 137, 323, 334
doenças infecciosas 22, 145, 146, 153, 159, 166
Doxiciclina 158

E

Educação em Enfermagem 33
educação em saúde 43, 48, 49, 52, 105, 141, 142, 190, 215, 285, 286, 287, 290, 291, 295, 332, 341
empresas do setor alimentício 190
encurtamento dos telômeros 310, 313
Enfermagem em Saúde Comunitária 33, 43
enfermeiros 32, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 41, 42, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 53, 92, 107, 108, 109, 110, 112, 219, 222, 296
ensaios in vivo ou in vitro 116
envelhecimento 124, 310, 311, 312, 313, 314, 318, 319, 321, 322, 323, 324, 328, 332, 336, 337, 340, 341, 342
envelhecimento celular 310, 311, 312
Epidemiologia 19, 20, 21, 22, 28, 30, 31, 176, 180, 182, 188, 238, 255, 268
Equidade em saúde 79

equipe de enfermagem 42, 216, 223
estudante da área da saúde 19
etiologia 158, 209
Exantemas maculopapulares 158
expansão de conhecimentos 33, 39, 50

F

fake news na área da saúde 146, 153
família das Rubiaceae 115
fármacos 115, 117, 121, 122, 123, 124, 126, 127, 153, 165
fator de risco 203, 207, 266, 310, 311, 312
febre maculosa 157, 159, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 166
feiras livres 190, 195, 199
FIOCRUZ 158, 159
Fitoterapia 88, 89, 104, 112, 113
fitoterápicos 88, 89, 90, 92, 93, 97, 98, 99, 101, 102, 104, 105, 106, 108, 109, 110, 111, 112, 113
formação profissional 32, 34, 38, 39

G

gênero Cinchona 115, 117, 118, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127
gestantes 49, 134, 137, 257, 272, 278, 285, 286, 287, 291, 292, 293, 295, 296, 297
gestantes adolescentes 285, 287, 292
Gestão em Saúde 60, 319, 327
gestores municipais de saúde 60, 63, 74
grupos antivacinas 145, 147, 150, 152
grupos educativos 43

H

Hanseníase 69, 179, 180, 181, 182, 183, 185, 186, 187, 188
hepatite viral congênita 255, 257, 259, 265, 267
hesitação vacinal 145, 147, 150, 156
hipoglicemiante 99, 116, 119, 123
hipolipemiante 116, 123

I

imunidade 134, 136, 173
imunização do adulto 135

incidência da Hanseníase 179

indicadores de saúde 23, 144, 317, 318, 319, 321, 324, 328

índice de massa corpórea (IMC) 298, 301

Índice do Impacto Odontológico 240, 243, 244, 251

índices de mortalidade infantil 255, 257, 264, 266

infecções respiratórias agudas 255, 257

Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) 286

influência das fake news 145, 147

inspeção 190, 191, 192, 193, 194, 195, 196, 197, 198, 199, 200

inspeção de fábricas e empresas 190

instabilidade genômica 310, 311, 312

interpretação da realidade 19, 20

intoxicação alimentar 190

L

lesões cutâneas 179, 182, 185

listeriose 190, 192, 194

M

marcador biológico do envelhecimento 310, 313

medidas sanitárias 190, 191

Melanoma 201, 202, 203, 204, 205, 206, 207, 208, 209, 210, 211, 212

mercados públicos 190, 195, 199

métodos contraceptivos 285, 288, 292, 293

Microbiologia 158, 159, 170, 198, 199

Ministério da Saúde 39, 75, 76, 89, 90, 98, 100, 105, 111, 112, 136, 143, 147, 148, 149, 151, 152, 154, 155, 158, 159, 169, 173, 176, 183, 184, 185, 186, 188, 224, 229, 237, 238, 252, 259, 260, 261, 262, 263, 264, 268, 280, 291, 292, 295, 296, 325

Mortalidade Infantil 255

mortes no trânsito 227, 228, 233

mortes por pneumonia 255, 257

mutilação dentária 242, 243, 250, 251

mutilação dentária 241

N

Neoplasias 202, 204

O

óbitos infantis 255, 257, 258, 259, 260, 261, 262, 263, 264, 265, 266, 267, 268

Organização Mundial da Saúde (OMS) 90, 214, 227, 228, 300

P

paciente infantil 255, 267

palestras 43, 48, 49, 187, 197, 339

Paradigma 20

patogênese 158, 162, 209

patognomônicos 157

patologias degenerativas 310, 313

perda dentária 241, 242, 243, 249, 251, 252

perdas de elementos dentárias 241

perfil epidemiológico 159, 172, 174, 210, 227, 229

perfil sociodemográfico 201, 204, 209, 331, 340, 343

período neonatal 255, 257, 259, 265, 267

perspectiva relacional de gênero 55

pessoa idosa 317, 318, 321, 322, 323, 324, 325, 328, 331, 337, 338, 341, 343

plantas medicinais 88, 89, 90, 92, 93, 98, 99, 100, 101, 102, 104, 105, 106, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 122

políticas públicas 6, 48, 85, 89, 136, 142, 146, 148, 153, 172, 176, 236, 251, 255, 257, 278, 281, 294, 295, 317, 322, 328

população brasileira 78, 80, 147, 152, 238, 250, 252, 342

população idosa 312, 318, 322, 324, 331, 332, 334, 335, 339, 340, 341

potencial antipirético 115, 117, 122

povos indígenas 115

prevenção de doenças 32, 36, 38, 43, 47, 48, 92, 105, 136, 137, 142, 148, 286, 289, 338, 340

problemas de saúde 22, 24, 50, 67, 229, 255, 318, 323, 332, 334, 338, 340

problemas sociais 298, 300, 302

processo de envelhecimento 310, 332

processo do cuidar 79

processo saúde-doença 19, 21, 22, 23, 24, 26, 27, 28, 29, 30, 48, 175, 323

produtos básicos da alimentação 190

produtos de origem animal 190, 191, 193, 194, 199

profilaxia 158

Profissionais de saúde 20, 143

Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica (PRMAB) 79, 80
programa de vacinação 134
Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos 88
promoção da saúde 32, 33, 34, 35, 37, 40, 42, 44, 46, 48, 49, 51, 55, 74, 79, 81, 90, 92, 105, 286, 322, 340, 342
proteção e direito à vida 55

Q

qualidade de vida 33, 36, 37, 38, 39, 44, 47, 49, 50, 134, 136, 146, 176, 222, 223, 240, 242, 243, 250, 251, 253, 256, 313, 318, 322, 323, 336, 338, 341
qualidade do pré-natal 271
qualidade dos serviços de saúde 137, 255, 256, 264, 265, 267, 317, 319
qualificação de ensino 33, 39
questões de raça e etnicidade 78
quinidina 115, 117
quinina 115, 124, 129, 131

R

Regionalização 60, 68
relacionamentos interpessoais 317, 323
rotina do pré-natal 285

S

salmonelose 190, 192
Sarampo 145, 146, 154
saúde bucal 108, 240, 242, 243, 250, 251, 252, 253
saúde da comunidade quilombola 79, 81
saúde da criança 144, 270, 273, 280, 333
Saúde das minorias étnicas 79
Saúde do Idoso 331
saúde dos municípios 60
Saúde pública 88, 104, 241
secretaria de saúde 60, 66
Secretaria do Estado da Saúde 60, 63
secretários municipais de saúde 60, 64, 70, 71
sedentarismo 215, 298, 306, 307
segurança alimentar 190, 281

Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) 227, 238
Serviços Médicos de Emergência 227
Sexualidade na adolescência 285
sífilis congênita 285, 286, 287, 291, 295, 297
síndrome da rubéola congênita 255, 257, 259, 265, 267
singularidades da população 78, 80
Sistema de Informação de Mortalidade 201, 204, 205, 206, 258
Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN) 179, 182
Sistemas de Informação em Saúde 180, 182
smartphones 298, 299, 300, 301, 302, 303, 307, 308
sociedade moderna 298, 299
supressores de tumores 310, 313
surtos alimentares 190

T

telômeros 310, 311, 312, 313, 314
teoria da complexidade de Morin 19, 26
teoria da complexidade e epidemiologia 19, 26
tipos de Hanseníase 179, 182
toxinfecções 190, 194
Tuberculose 172, 175, 176, 177, 190, 193

U

Unidade de Suporte Avançado (USA) 227, 229, 230
Unidades Básicas de Saúde 32, 42, 56, 91, 100, 104
Unidades de Saúde da Família 104
uso de plantas medicinais 88, 89, 90, 91, 93, 97, 99, 100, 104, 105, 106, 110, 113
uso de smartphones 298, 301
usuários do SUS 33, 39, 50
utilizações terapêuticas 115, 118

V

vacinação 134, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 174, 175
vigilância sanitária 190
violência 38, 55, 56, 57, 58, 82, 83, 84, 229, 291, 339, 343

violência de gênero 55

violência por parceiro íntimo 55, 56, 57

vítimas de acidente de trânsito 227

vulnerabilidade socioeconômicas 172

Z

zoonoses 190, 191, 192, 194, 195, 196, 197

editoraomnisscientia@gmail.com 

<https://editoraomnisscientia.com.br/> 

@editora_omnis_scientia 

<https://www.facebook.com/omnis.scientia.9> 

+55 (87) 9656-3565 

editoraomnisscientia@gmail.com 

<https://editoraomnisscientia.com.br/> 

@editora_omnis_scientia 

<https://www.facebook.com/omnis.scientia.9> 

+55 (87) 9656-3565 