

VOLUME 1

ATUALIDADES SOBRE A SAÚDE

Organizadores:

Alanderson Alves Ramalho

Tatiane Dalamaria



EDITORA
OMNIS SCIENTIA



VOLUME 1

ATUALIDADES SOBRE A SAÚDE

Organizadores:

Alanderson Alves Ramalho

Tatiane Dalamaria



Editora Omnis Scientia
ATUALIDADES SOBRE A SAÚDE
Volume 1

1ª Edição

Triunfo – PE
2021

Editor-Chefe

Me. Daniel Luís Viana Cruz

Organizadores

Alanderson Alves Ramalho

Tatiane Dalamaria

Conselho Editorial

Dra. Pauliana Valéria Machado Galvão

Dr. Wendel José Teles Pontes

Dr. Walter Santos Evangelista Júnior

Dr. Cássio Brancaleone

Dr. Plínio Pereira Gomes Júnior

Editores de Área – Ciências da Saúde

Dra. Camyla Rocha de Carvalho Guedine

Dra. Cristieli Sérgio de Menezes Oliveira

Dr. Leandro dos Santos

Dr. Hugo Barbosa do Nascimento

Dr. Marcio Luiz Lima Taga

Dra. Pauliana Valéria Machado Galvão

Assistentes Editoriais

Thialla Larangeira Amorim

Andrea Telino Gomes

Imagem de Capa

Freepik

Edição de Arte

Vileide Vitória Larangeira Amorim

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)**

A886 Atualidades sobre a saúde [livro eletrônico] / Organizadores
AlAnderson Alves Ramalho, Tatiane Dalamaria. – Triunfo, PE:
Omnis Scientia, 2021.
280 p. : il.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-88958-33-9

DOI 10.47094/978-65-88958-33-9

1. Pandemia – Covid-19. 2. Educação em saúde. 3. Saúde
pública. I. Ramalho, AlAnderson Alves. II. Dalamaria, Tatiane.
CDD 610.7

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

O sistema de saúde, atualmente, enfrenta o avanço da morbimortalidade por Covid-19, suas consequências, além do aumento de agravos e doenças crônicas transmissíveis e não transmissíveis.

Neste sentido, a difusão de informações científicas adequadas em qualidade e tempo oportunos é primordial para promoção da saúde. O e-book “Atualidade sobre saúde” reforça a relevância da atualização em saúde por meio da Educação continuada e permanente em Saúde e confirma a importância da multidisciplinaridade e intersectorialidade do setor.

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 9, intitulado “COMPORTAMENTO SEXUAL DE PACIENTES COINFECTADOS HIV/SÍFILIS ATENDIDOS EM CENTRO DE REFERÊNCIA NO NORTE DO BRASIL”.

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1.....	14
A PANDEMIA DA COVID-19 E SEUS IMPACTOS PARA A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE SOCIAL	
Juliana Soares Laudelino Santos	
Janielma Soares Laudelino	
DOI: 10.47094/978-65-88958-33-9/14-18	
CAPÍTULO 2.....	19
OS DESAFIOS DE EQUIDADE EM SAÚDE NA PANDEMIA DE COVID-19 E AS FUNÇÕES DAS CIÊNCIAS SOCIAIS	
Arthemis Vieira Benevides Ferreira	
Luiz Henrique Abreu Belota	
DOI: 10.47094/978-65-88958-33-9/19-26	
CAPÍTULO 3.....	27
OS IMPACTOS DA COVID-19 NA SAÚDE MENTAL	
Halana Lirena Naoma Lima de Oliveira	
Josimara do Nascimento	
Jesus Santiago Ramirez Gonzalez	
Hamona Tainara Tuane Lima de Oliveira	
DOI: 10.47094/978-65-88958-33-9/27-34	
CAPÍTULO 4.....	35
POTENCIAL USO DA SALIVA COMO RECURSO CONFIÁVEL PARA DIAGNÓSTICO E MONITORAMENTO DA INFECÇÃO POR SARS-CoV-2	
Suellem Maria Arrais de Oliveira	
Danilo Resende dos Santos	
Éric Ribeiro Silva	
Leydianne Leite de Siqueira Patriota	
Thiago Henrique Napoleão	
Lidiane Pereira de Albuquerque	
DOI: 10.47094/978-65-88958-33-9/35-45	
CAPÍTULO 5.....	46
O OLHO COMO ROTA DE TRANSMISSÃO DA COVID-19	
Thais Gomes Silva	
Jailma de Araújo Freire	
Marianna Cals Vasconcelos De Francesco	

Matheus Correia Lacerda
Natasha Stephanie Magalhães Rodrigues
Renato Brito Oliveira Martins
Juliana de Lucena Martins Ferreira
DOI: 10.47094/978-65-88958-33-9/46-57

CAPÍTULO 6.....58
A ATUAÇÃO DO FISIOTERAPEUTA NA REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA NO
PACIENTE EM PÓS ALTA COVID-19: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Jessica Juliane Nascimento dos Santos
Antonia Nágila Ferreira Avelino
Lara Stephany Bezerra Pereira
Maria Islaine Portela de Miranda
Maria José Pereira de Araujo
Roberta Melo de Sousa
Samuel de Sousa Ribeiro
Vitória Régia Alves Mesquita
Francisca Alessandra da Silva Souza
Nataniel Lourenço de Souza
DOI: 10.47094/978-65-88958-33-9/58-69

CAPÍTULO 7.....70
A IMPORTÂNCIA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NAS SEQUELAS PÓS-
COVID-19: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Maria Juliana Vasconcellos Bragado
Francisco Gustavo Rodrigues de Melo
DOI: 10.47094/978-65-88958-33-9/70-75

CAPÍTULO 8.....76
MUDANÇA NO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DO HIV NA POPULAÇÃO BRASILEIRA

Mariana Vieira Garcia de Carvalho
Bruna Rocha Soares de Almeida
Julian Reis da Silva
Silvano Araújo Ferreira Junior
Priscilla Itatianny de Oliveira Silva
DOI: 10.47094/978-65-88958-33-9/76-83

CAPÍTULO 9.....84
COMPORTAMENTO SEXUAL DE PACIENTES COINFECTADOS HIV/SÍFILIS
ATENDIDOS EM CENTRO DE REFERÊNCIA NO NORTE DO BRASIL

Carla Andréa Avelar Pires

Rhyan Meninea do Rego
Izaura Maria Vieira Cayres Vallinoto
Amanda Gabay Moreira
Luiz Lima Bonfim Neto
Julius Caesar Mendes Soares Monteiro
DOI: 10.47094/978-65-88958-33-9/84-93

CAPÍTULO 10.....94
ABORDAGEM DO ENFERMEIRO ATRAVÉS DA RELAÇÃO TERAPÊUTICA FRENTE
AS EMERGÊNCIAS PSIQUIÁTRICAS

Helton Camilo Teixeira
Gustavo Henrique Nery
Larissa Alves Simões
Raiana Almeida de Souza
Thayla Steffany Parente Conrado
Viviane Amorim Rodrigues
Lívia Letícia Aguiar Nery
Nádyla Marina França Souto
Renato Castro de Oliveira
Fabiana Ferreira Schumann
Midiã Quirino Roberto
Barbara Mayara Souza Vasconcelos
DOI: 10.47094/978-65-88958-33-9/94-105

CAPÍTULO 11.....106
CONTRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO COMO MEDIADOR ENTRE O FAMILIAR E O
PACIENTE COM TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR

Helton Camilo Teixeira
Ana Cristina Rodrigues de Souza
Gustavo Henrique Nery
Lívia Letícia Aguiar Nery
Nádyla Marina França Souto
Raiana Almeida de Souza
Thayla Steffany Parente Conrado
Maison André Miranda Barbosa
DOI: 10.47094/978-65-88958-33-9/106-117

CAPÍTULO 12.....118
AVALIAÇÃO DO CUIDADO CENTRADO NO PACIENTE: ADAPTAÇÃO
TRANSCULTURAL DE UM QUESTIONÁRIO

Patrícia Lourdes Silva

Adriane Vieira
José Ricardo de Paula Xavier Vilela
Carla Aparecida Spagnol
Ester Eliane Jeunon
DOI:10.47094/978-65-88958-33-9/118-129

CAPÍTULO 13.....130

PROCESSO DE ENFERMAGEM SOB A LUZ TEÓRICA-METODOLÓGICA DE CALLISTA ROY APLICADO AO PACIENTE COM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA

Carla Passos Almeida
Luciana Rodrigues Prata Santana
Allan Dantas dos Santos
Andreia Centenaro Vaez
Damião da Conceição Araújo
DOI: 10.47094/978-65-88958-33-9/130-139

CAPÍTULO 14.....140

IMPACTOS DO USO ATIVO E PASSIVO DO CIGARRO POR GESTANTES NA SAÚDE INFANTIL: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

José Maikon de Souza
Rafael Marabotti Fiorio
Renata Vilela de Almeida Gomes
Tiago Stancioli Tonoli
Victória Pagung
Mateus Gonçalves Prata dos Reis
Caio Lucas Franco Inocêncio
Isadora Cardozo Bragatto
João Lucas Bertoli Sepulchro
Marcela Souza Lima Paulo
DOI: 10.47094/978-65-88958-33-9/140-148

CAPÍTULO 15.....149

REFLEXÕES SOBRE A GESTÃO DA CLÍNICA NO SUS: UM PERCURSO POR MEIO DO PORTFÓLIO REFLEXIVO

Sulyanne da Silva Ferreira
Adriana Barbieri Feliciano
Heloisa Cristina Figueiredo Frizzo
Sueli Fatima Sampaio
Luciana Nogueira Fioroni
DOI: 10.47094/978-65-88958-33-9/149-159

CAPÍTULO 16.....	160
AVALIAÇÃO DE PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA: UM NOVO INSTRUMENTO	
Adriane Vieira	
Plínio Rafael Reis Monteiro	
Karla Rona da Silva	
DOI: 10.47094/978-65-88958-33-9/160-174	
CAPÍTULO 17.....	175
TENDÊNCIA TEMPORAL E AGLOMERADOS ESPACIAIS DE RISCO DA	
MORTALIDADE POR ACIDENTES DE MOTOCICLETA NO ESTADO DE SERGIPE,	
BRASIL: UM ESTUDO ECOLÓGICO	
Edilza Fraga Santos	
Thiago de Jesus Santos	
Carla Passos Almeida	
Allan Dantas dos Santos	
Andreia Centenaro Vaez	
Shirley Verônica Melo Almeida Lima	
Karina Conceição Gomes Machado de Araújo	
Damião da Conceição Araujo	
DOI: 10.47094/978-65-88958-33-9/175-185	
CAPÍTULO 18.....	186
A ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO HOSPITALAR DIANTE DA TRIÁDE PACIENTE – FAMÍLIA	
– EQUIPE DE SAÚDE	
Juliana Soares Laudelino Santos	
Janielma Soares Laudelino	
DOI: 10.47094/978-65-88958-33-9/186-192	
CAPÍTULO 19.....	193
OFICINAS DE CONCEITOS SOBRE INTERPROFISSIONALIDADE NO SERVIÇO DE	
SAÚDE EM UM MUNICÍPIO DA BAHIA	
Claudia Feio da Maia Lima	
Aline de Souza Laranjeira	
Adson Silva França	
Carla Sande Lobo	
Marcia Jovelina de Jesus	
Tainá Santos Oliveira	
DOI: 10.47094/978-65-88958-33-9/193-200	
CAPÍTULO 20.....	201
O CUIDADO DE SI NO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO: REVISÃO INTEGRATIVA	

Fábio Batista Miranda
Patrick Leonardo Nogueira da Silva
Ana Patrícia Fonseca Coelho Galvão
Sônia Maria Alves da Silva
Francisca da Silva Garcia
Ana Carolina de Moraes Cruz
Antônia Evilânna Cavalcante Maciel
Hélio Holanda da Silva Silvério
DOI: 10.47094/978-65-88958-33-9/201-215

CAPÍTULO 21.....216

A VIVÊNCIA DA SEXUALIDADE NOS IDOSOS: UMA LEITURA HOLÍSTICA ATRAVÉS DA ENFERMAGEM

Rogério de Moraes Franco Júnior
Thays Peres Brandão
Acleverson José dos Santos
DOI: 10.47094/978-65-88958-33-9/216-226

CAPÍTULO 22.....227

UTILIZAÇÃO DE ARTEFATO PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE DE IDOSOS E ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL: TRILHA DAS FRUTAS

Sara de Andrade Frederico
Carlos Henrique Linhares Ripardo
Andréa Carvalho Araújo Moreira
DOI: 10.47094/978-65-88958-33-9/227-234

CAPÍTULO 23.....235

CONSUMO DE ALIMENTOS INDUSTRIALIZADOS E PERFIL ANTROPOMÉTRICO DE FUNCIONÁRIOS DE UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM SALVADOR, BAHIA

Vanessa Pereira Junqueira
Bárbara Lima Pessoa
Fernanda Teles Santos
Paula Carolina Santos Soledade
DOI: 10.47094/978-65-88958-33-9/235-242

CAPÍTULO 24.....243

PERFIL COMPORTAMENTAL DE ESCOLARES COM HISTÓRICO FAMILIAR DE HIPERTENSÃO ARTERIAL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

José Robertto Zaffalon Júnior
Keitha Jaine Sousa da Costa
Thayanara Mendonça Lima

Pedro Bruno Lobato Cordovil
Rosane Silva dos Santos
Gileno Edu Lameira de Melo
DOI: 10.47094/978-65-88958-33-9/243-254

CAPÍTULO 25.....255
ATUALIZAÇÕES NO TRATAMENTO DE DISPLASIA NO QUADRIL: OSTEOTOMIA PERIACETABULAR E ARTROSCOPIA

Aline Prates Correia
Kawan Moreira Santana
Mayra da Rocha Santos Freire
Ariel de Almeida Franco
Thiago Rodrigues Lisboa
Raério Rocha Leite
Lucia Friggi Pagoto
Thiago Regis Libório
Sérgio Silva de Freitas

DOI: 10.47094/978-65-88958-33-9/255-261

CAPÍTULO 26.....262
PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO EM MOTRICIDADE OROFACIAL PARA SÍNDROME DE DOWN: REVISÃO DE LITERATURA

Ariane de Assis Ramos
Gerlane Karla Bezerra Oliveira Nascimento

DOI: 10.47094/978-65-88958-33-9/262-275

REFLEXÕES SOBRE A GESTÃO DA CLÍNICA NO SUS: UM PERCURSO POR MEIO DO PORTFÓLIO REFLEXIVO

Sulyanne da Silva Ferreira¹;

Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), São Carlos, São Paulo.

<https://orcid.org/0000-0003-3925-2099>

Adriana Barbieri Feliciano²;

Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), São Carlos, São Paulo.

<https://orcid.org/0000-0003-2524-9876>

Heloisa Cristina Figueiredo Frizzo³;

Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), São Carlos, São Paulo.

<https://orcid.org/0000-0002-7661-0353>

Sueli Fatima Sampaio⁴;

Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), São Carlos, São Paulo.

<https://orcid.org/0000-0003-1273-7707>

Luciana Nogueira Fioroni⁵.

Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), São Carlos, São Paulo.

<https://orcid.org/0000-0002-2311-7848>

RESUMO: O presente ensaio é resultado da construção de um Portfólio Reflexivo da Atividade Curricular (AC) sobre Práticas em Saúde e Gestão do Cuidado do Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica da Universidade Federal de São Carlos, com o objetivo de explorar as bases teórico-metodológicas da Gestão da Clínica no contexto do Sistema Único de Saúde – SUS por meio do relato da experiência vivenciada em um processo educacional que compreende o educando como protagonista do seu processo de ensino-aprendizagem. Os resultados indicam um panorama geral dos saberes articulados com a prática, a partir dos elementos educacionais abordados na atividade curricular. Destaca-se que os encontros e propostas desta atividade foram fundamentais para o aprimoramento e aquisição de novos conhecimentos acerca da Política Pública do SUS, com destaque de que todo o conhecimento acumulado foi de ordem crítica e reflexiva, fundamental influenciador para uma atuação profissional comprometida com as reais necessidades de saúde de indivíduos e de populações.

PALAVRAS-CHAVE: Aprendizagem Ativa. Gestão da clínica. Mestrado profissional.

REFLECTIONS ON CLINIC MANAGEMENT IN SUS: AN EDUCATIONAL PATH THROUGH THE REFLECTIVE PORTFOLIO

ABSTRACT: This essay is the result of the construction of a Reflective Portfolio of Curricular Activity (CA) Practices in Health and Care Management of the Postgraduate Program in Clinical Management at the Federal University of São Carlos, with the aim of exploring the theoretical and

methodological bases of Clinical Management in the context of the Unified Health System - SUS through the report of the experience lived in an educational process that includes the student as the protagonist of their teaching-learning process. The results indicate a general panorama of the knowledge articulated with the practice, based on the internal educational elements in the curricular activity. It is noteworthy that the meetings and proposals of this activity were fundamental for the improvement and acquisition of new knowledge about the Public Policy of the Unified Health System, highlighting that all the accumulated knowledge was of a critical and reflective order, a fundamental influencer for a performance professional committed to the real health needs of our customers.

KEY-WORDS: Active Learning. Clinic management. Professional master's.

INTRODUÇÃO

O presente ensaio é resultado da construção de um Portfólio Reflexivo na Atividade Curricular (AC) sobre Práticas em Saúde e Gestão do Cuidado do Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica da Universidade Federal de São Carlos, como produto de um mestrado profissional em saúde. Durante o percurso da referida atividade, foram desenvolvidos seis ciclos de aprendizagem, pautados por metodologias ativas de ensino-aprendizagem (LIMA, 2017). A proposta metodológica da atividade mencionada coaduna com as diretrizes pedagógicas adotadas pelo Programa de Mestrado Profissional: o aprender a aprender, a aprendizagem significativa, a problematização (LIMA, 2017).

As estratégias pedagógicas e a avaliação propostas para essa atividade curricular reproduzem o método científico, tendo como principais ferramentas os pressupostos e as etapas da espiral construtivista de ensino-aprendizagem (LIMA, 2017) adotada pelo Programa. A referida abordagem busca a construção contínua e significação de saberes, por meio do contato com problemas simulados ou narrativas reflexivas da prática profissional dos mestrandos e que são utilizados como disparadores.

Nessa proposta, as atividades são desenvolvidas em pequenos grupos e o professor tem a função de facilitador do processo de aprendizagem (LIMA, 2017). Trata-se de uma AC de ciclo anual, que também propôs conferências, rodas de conversa e a participação de alguns especialistas convidados. Considerando a ocorrência da pandemia de COVID-19 e a necessidade da adoção de medidas restritivas de cuidado de transmissão da doença, todas as atividades foram realizadas pela modalidade ensino remoto emergencial, utilizando-se como ferramenta o Google Meet.

Com base nos ciclos de aprendizagem desenvolvidos na Atividade Curricular, o presente ensaio tecerá considerações teóricas sobre alguns temas específicos, dentre os quais: Necessidades de Saúde, Cuidado e Linhas de Cuidado, Redes de Atenção e Gestão da Clínica.

No Brasil, o termo “Gestão da Clínica” foi empregado por Eugênio Vilaça Mendes em 2001, embora já existissem discussões relacionadas à gestão do trabalho em saúde desde 1980. As origens da Gestão da Clínica estão marcadas na utilização, pelo referido autor, de elementos da governança clínica (*clinical governance*) adotado no sistema público de saúde do Reino Unido e da atenção gerenciada (*managed care*) desenvolvida nos Estados Unidos da América. O termo foi adotado para expressar um sistema de tecnologias de microgestão dos sistemas de atenção à saúde do SUS (MENDES, 2011).

Conceitualmente, a Gestão da Clínica enfatiza os sujeitos envolvidos nas relações constituídas no cuidado integral à saúde e nos processos de aprendizagem. Nessa abordagem, os gestores e os

profissionais da saúde devem construir, juntos, objetivos comuns, isto é, compartilhar conhecimentos e se implicar de forma coletiva. Em linhas gerais, a Gestão da Clínica tem como objetivo central a produção de uma atenção integral à saúde, dirigida às necessidades das pessoas, com qualidade e segurança, por meio da modificação de práticas de atenção, gestão e educação (MENDES, 2011).

Este ensaio de reflexão tem como objetivo explorar as bases teóricas-metodológicas da Gestão da Clínica no contexto do Sistema Único de Saúde – SUS, produzidas por meio da vivência na construção de um portfólio reflexivo durante a Atividade Curricular de Práticas em Saúde e Gestão do Cuidado. Nesse sentido, não pretende-se aqui esgotar o arcabouço teórico-conceitual da gestão da clínica, mas, sim evidenciar um percurso de aprendizagem no diálogo com a prática profissional.

METODOLOGIA

Constitui-se de relato de experiência da vivência de um processo educacional que compreende o educando como o principal protagonista do seu processo de ensino-aprendizagem (LIMA, 2017).

O uso do portfólio reflexivo no contexto educacional como é considerado uma estratégia e ferramenta de aprendizagem e avaliação que se inscreve no contexto de formação por competências e de avaliação, em que a aprendizagem se pauta no *feedback* constante entre facilitador e estudante, bem como entre estudante e estudante. A utilização desse instrumento centra-se no processo de construção do conhecimento de forma criativa e dialógica, em contraponto ao formato classificatório utilizado nas avaliações tradicionais (COTTA; COSTA, 2016).

RESULTADOS E DISCUSSÕES

A experiência da elaboração do portfólio reflexivo como um instrumento de aprendizagem e avaliação teve valor significativo no processo de construção de saberes e práticas acerca do campo da Saúde Coletiva, a partir da Atividade Curricular Práticas em Saúde e Gestão do Cuidado (COTTA; COSTA, 2016), de modo que o portfólio tenha sido construído com base nas vivências da referida atividade, incluindo nessa ferramenta tanto discussão de literatura, como as experiências do cotidiano do trabalho. O instrumento foi sendo construído como uma colcha de retalhos, a partir da organização das produções desenvolvidas, o que mostra evidências de um processo da construção de saber.

A sua construção mostrou-se como uma ferramenta desafiadora, uma vez que rompe com os paradigmas tradicionais de ensino, aprendizagem e avaliação que de alguma forma encontram-se cristalizados, pela formação até aqui vivenciada pela mestranda que compõe o grupo de autores. Nesse sentido, considerou-se que a produção desse material a partir de metodologias ativas de aprendizagem, tendo o portfólio reflexivo como ferramenta para tal, deu a este último o sentido e significado de um instrumento que opera fissuras no modelo tradicional, linear e verticalizado de aprender e avaliar. E são essas fissuras que permitem a singularidade da produção de cada portfólio, pois se trata do diálogo por meio da reflexão do referencial teórico estudado com a prática profissional de cada educando, possibilitando diferentes significações e sentidos em relação aos contextos e inserções na prática profissional dos mestrandos (COTTA; COSTA, 2016).

Considerações sobre Necessidades de Saúde

O ponto de partida para a reflexão sobre gestão da clínica é o reconhecimento das necessidades em saúde dos sujeitos em seus territórios de vida. A concepção de necessidades de saúde, em sua complexidade, e sua relação com os serviços de saúde, apresenta-se como um conceito relevante, tendo sido motivo de estudo para diferentes expoentes do campo da Saúde Coletiva (CAMPOS, 2004; MATSUMOTO, 1999; SCHRAIBER & MENDES GONÇALVES, 1996; STOTZ, 1991).

Campos e Mishima (2005), em seus estudos, partiram da ideia de certas tipologias de necessidades, a saber: a abordagem do conceito em sua dimensão abstrata apresentada por Heller (1986) e Mendes-Gonçalves (1996); a abordagem do conceito em uma dimensão concreto-operacional explicitada por Stotz (1991); e, ainda, a abordagem que faz um entrecruzamento entre as duas dimensões, apresentada por Mendes-Gonçalves (1996).

A conceituação de necessidade de saúde segundo Eduardo Stotz (1991), em que se reconhece que as necessidades de saúde são social e historicamente determinadas e construídas, nesse sentido, aponta que elas só podem ser verificadas e trabalhadas em sua dimensão individual. Stotz ainda apresenta a adoção de uma taxonomia de necessidade de saúde, isto é, um conceito normativo de necessidades de saúde que se traduza em descritivo e operacional, os quais devem exprimir uma dialética do individual e do social (PINHEIRO; MATTOS, 2009 *apud* STOTZ, 1991). Esta taxonomia, posteriormente, ganhou uma nova leitura proposta por Cecílio e Matsumoto (2006), como necessidade de boas condições de vida, garantia de acesso a todas as tecnologias que melhorem e prolonguem a vida, necessidade de ter vínculo com um profissional ou equipe (sujeitos em relação), além da necessidade de autonomia e autocuidado na escolha do modo de “andar a vida” (construção do sujeito).

A abordagem que explicita as necessidades de saúde como um conceito abstrato desse refere a uma concepção que está assentada na sua aplicabilidade às práticas de saúde (CAMPOS, 2004). Com base na análise de Campos (2004), essa dimensão centraliza as condições essenciais para a manutenção da vida, e a garantia de sobrevivência do homem e aquelas que ultrapassam essa dimensão, como os elementos relacionados à determinação social da saúde.

No que diz respeito à dimensão concreto-operacional, as necessidades de saúde são o aspecto que permite um recorte de necessidades a partir do qual será organizada a produção de serviços de saúde, isto é, as necessidades de saúde por essa dimensão são estabelecidas por quem organiza a assistência e o planejamento em saúde. Estão relacionadas à definição do objeto de atenção à saúde (CAMPOS, 2004).

O protagonista das chamadas necessidades de saúde, pode-se perceber, com base nas leituras de Campos e Bataiero (2007) *apud* Stotz (s/d), é o próprio usuário, a partir da compreensão de que as necessidades de saúde (determinadas social e biologicamente) apenas serão reconhecidas socialmente por meio do indivíduo; entretanto, é o sistema de atenção que utiliza critérios para transformá-las de autorreferidas em um código reconhecido pelo Sistema.

Compreendendo-se que as necessidades de saúde - social e biologicamente determinadas - somente serão reconhecidas socialmente, uma vez que é o sistema de atenção que utiliza critérios para transformá-las de autorreferidas, pelo indivíduo, em um código reconhecido pelo sistema (Stotz, s/d), assim como a atenção a elas (Stotz, 2001); é o sistema de saúde que deverá, então, organizar suas práticas para responder às necessidades de saúde e, uma vez que os processos saúde-doença se desenvolvem coerentemente com os perfis de reprodução social dos indivíduos que conformam os diferentes grupos sociais, “quanto mais desigual for, nestes aspectos, uma sociedade, quanto mais essa desigualdade for sancionada culturalmente, tanto maior serão as necessidades de saúde dos diferentes grupos da população” (CAMPOS; BATAIERO *apud* Stotz, s/d, p.3).

Considerando-se essa compreensão de Stotz (s/d), os processos de trabalho construídos sob o ponto de vista operacional teriam de ser implantados baseados no reconhecimento das desigualdades e diferenças, que existem entre as classes sociais, e, portanto, deveriam adotar a satisfação das necessidades de saúde como projeto. Embora, contudo, por vezes a prática cotidiana em saúde evidencie sua concepção reduzida à assistência ofertada com base na leitura, que se produz sobre aquilo que os usuários demandam aos serviços de saúde (CAMPOS; BATAIERO, 2007 *apud* SCHRAIBER; MENDES GONÇALVES, 1996). Há que se considerar também que, por vezes, os profissionais e gestores dos serviços de saúde podem programar suas ofertas, sem ao menos realizar uma leitura do que é demandado pelo usuário. Perdendo-se por completo a dimensão do cuidado centrado no usuário (CAMPOS; BATAIERO, 2007)

Ainda com base em Campos e Mishima (2005), defende-se que a Saúde Coletiva, no que se refere a atenção à saúde, deve pautar-se em uma leitura que contemple as necessidades de saúde, sob o ponto de vista da captação das formas como os sujeitos se reproduzem socialmente, uma vez que tais necessidades decorrem das formas como os grupos estão inseridos na reprodução social. Atender as necessidades de saúde implica em efetuar processos de trabalho com base numa perspectiva intersetorial, a partir do reconhecimento das necessidades de saúde das diferentes classes sociais.

Com base na ideia acima, a captação das formas como os sujeitos se reproduz socialmente só é possível a partir da escuta dos discursos dos usuários. Esta escuta se faz possível a partir de uma forma de operar e de princípios que estão ligados aos modos de relações entre profissionais e usuários, entre os diferentes profissionais, as diversas unidades e serviços de saúde, e entre as instâncias que constituem o SUS. Para tanto, o acolhimento como diretriz da Política Nacional de Humanização (PNH) se apresenta para este fim (BRASIL, 2013). O acolhimento envolve desde a recepção do usuário, a responsabilização integral pelo atendimento de suas necessidades, até a atenção resolutiva dos seus problemas (BREHMER; VERDI, 2009).

Segundo Brehmer e Verdi (2009) *apud* Takemoto e Silva (2007), o acolhimento, como uma diretriz e uma estratégia nos serviços de saúde, possibilita a reorganização do trabalho, a postura dos profissionais e do serviço como um todo, diante da atenção às necessidades de saúde dos usuários. Os mesmos autores ainda apontam que alguns estudos assinalam a relevância da escuta e a atenção às necessidades dos usuários. Chegam a afirmar ainda que, o acolhimento como diretriz operacional fundamental para a superação do modelo tecno assistencial no SUS, tem como pilares a garantia da acessibilidade universal e a qualificação das relações, as quais apontam para a escuta e atenção às necessidades dos usuários como fundamentais, para que o serviço consiga responder de forma integral aos problemas apresentados pelos usuários.

De acordo com Campos (2004), ainda que o campo da Saúde Coletiva tenha lançado propostas de mudanças na organização dos serviços de saúde, tendo como foco a atenção às necessidades de saúde da população, os serviços não têm alcançado uma oferta de respostas eficientes a grande parte das pessoas. Com base nesse autor, princípios que deveriam nortear a reorganização dos serviços, tal como a universalidade e a integralidade das ações, são princípios que têm disputado espaço com propostas de ações mais focadas na racionalização e contenção de custos.

De modo geral, pode-se apreender que as respostas das necessidades de saúde estão, em alguns casos, em conflito. Pode-se explicitar que as necessidades da população, isto é, do usuário das políticas públicas, estão submetidas a uma rede de interesses (CAMPOS, 2004). Desta forma, é possível visualizar que os projetos de atenção à saúde, conforme Campos (2004), é resultado do encontro entre as necessidades de saúde dos usuários, trabalhadores, gestores, das próprias políticas públicas, autores de programas e dos órgãos financiadores, dentre outros interesses que podem estar envolvidos. Isto resulta, como consequência, no desvio de olhar e de projetos de trabalhos eficientes, daquilo que Campos e Mishima (2005) *apud* Stotz (1991) já haviam explicitado ser essenciais para conceituar necessidades de saúde como algo construído e determinado social e historicamente, e que só podem ser verificadas em sua dimensão individual.

A partir das reflexões teóricas explicitadas nesta sessão, pode-se ter uma base de como se deu a construção teórico-conceitual promovida no processo de aprendizagem; contudo, é válido o destaque de que, todo o apanhado e discussões teóricas aqui realizadas foram articuladas à prática profissional. A compreensão inicial sobre as necessidades de saúde perpassa, em alguma medida, pela concepção assistencialista, baseada na demanda e oferta das ações e serviços. Embora fosse reconhecido que as necessidades de saúde são social e historicamente construídas e determinadas, tal como sugere Stotz (1991), contudo, no sentido operacional, da prática profissional, utilizava-se uma visão assistencialista. Nesse sentido, a reflexão sobre o contexto prático se fazia presente.

Cuidado e Linhas de Cuidado

Tendo o acolhimento ao usuário como o disparador da organização do processo de trabalho em saúde, aqui pretende-se enfatizar um dos dispositivos desta organização, que são as Linhas de Cuidado, elegendo-se o estudo de Cecílio e Merhy (2003). Os autores explicitam que o Cuidado tem como condição a necessidade de ser inter e multiprofissional, quando se trata de organizações em saúde. Nesse sentido, o cuidado depende, sobremaneira, do trabalho articulado conjuntamente entre os vários profissionais. Para esses autores, a forma idealizada de concessão do cuidado aos usuários se dá a partir do somatório de diferentes formas de cuidados parciais que, de algum modo, complementam-se. O somatório desses cuidados parciais deve se dar de forma relativamente consciente e negociada entre os diferentes profissionais. Desta forma, uma complexa trama de atos, de procedimentos, de fluxos, de rotinas, de saberes, num processo dialético de complementação, mas também de disputa, vão compondo o que se compreende por cuidado em saúde” (p. 02).

Cecílio e Merhy (2003) ainda apresentam como um dos desafios do SUS, na forma de funcionamento de suas organizações e seus serviços, para o alcance do cumprimento de um de seus preceitos fundantes, a integralidade do cuidado. Apontam que a integralidade do cuidado em que cada usuário necessita regularmente transversaliza todo o “Sistema”, isto é, deve ser obtida em rede, para

que seja de fato radical. Apresentam, ainda, que pode existir em alguma medida a integralidade de forma “focalizada”, por exemplo, quando em um serviço de saúde, uma equipe realiza uma adequada articulação de suas práticas, ou seja, fazem uma escuta e um atendimento da melhor maneira possível, para alcançar as necessidades de saúde apresentadas por cada usuário (CECÍLIO; MERHY, 2003 *apud* CECÍLIO, 2001). Contudo, para se pensar uma “linha de cuidado” plena e integral, deve-se contemplar a complementação de diferentes serviços de saúde.

Cecílio (2011), no que diz respeito a concepções de cuidado, explicita que, definir gestão do cuidado em saúde está relacionado com o provimento ou a disponibilização de tecnologias de saúde, com base nas necessidades de saúde de cada usuário, considerando os diferentes momentos de sua vida.

Carnut (2017) aponta que, no exercício do trabalho em saúde, o profissional deve considerar determinados conhecimentos necessários para a sua prática, afinados aos princípios e diretrizes do SUS, bem como o seu papel como profissional desse campo. O autor ainda explicita que, a categoria ‘cuidado’ para alguns autores, como Vale e Pagliuca (2011), é vista como uma função essencial de uma categoria profissional específica. Contudo, Carnut (2017) identifica ‘cuidado’ como uma função que deve estar presente em todas as categorias profissionais ligadas ao campo da saúde. “Logo, todas devem deter o ‘cuidado’ como objeto de sua práxis, levando em consideração que o entendimento da expressão ‘deter saúde’ depende de condições políticas, econômicas, ideológicas e tecnológicas” (p.1178).

Carnut (2017) ainda apresenta uma crítica quanto à formação de profissionais para atuarem no âmbito da saúde: mesmo com todos os avanços legislativos e das diferentes concepções construídas, ainda se vê formações em saúde que explicitam habilidades comuns e específicas dos profissionais. “Em que pese a influência do desenho institucional do sistema de saúde e suas políticas, na tentativa de alcance do cuidado integral, as universidades e seus docentes ainda padecem de práticas de ensino-aprendizagem que seguem o receituário flexneriano clássico (fragmentadas, especializadas, biologizantes e focadas no modelo liberal)” (p.1181).

Carnut (2017) explicita ainda, que a elaboração de currículos integrados e o investimento de estratégias metodológicas que articulem o ensino-serviço-comunidade, faz-se fundamental para a formação de egressos com perfis mais condizentes com o que é necessário e indispensável no trabalho em saúde, com base na perspectiva da integralidade. “*Só assim, de maneira sinérgica entre a formação e o cuidado, a integralidade alcançará patamares mais elevados na concretude dos serviços de saúde*” (p.1181). Portanto, a garantia da integralidade, em suas diferentes dimensões, só é possível quando a formação em saúde privilegia o sujeito como objeto, e não o “tratar” em si. A integralidade deve entrar na cena da formação, indicando o cuidado como uma dimensão que se faz comum em todas as práticas profissionais do campo da saúde.

Carnut (2017) *apud* Deslandes (2006) assinala que, quando os profissionais da saúde não se apresentam atentos ao que diz respeito à dimensão subjetiva do usuário, a sua ação inclina-se à “despersonalização” do processo de cuidado, a partir dos mecanismos de padronização diagnóstica “em função da nosologia patológica, e em detrimento das manifestações singulares dos sinais e sintomas, além de suas especificidades” (p. 1182); e a utilização frequente de tecnologias duras, em detrimento das interações humanas próprias do encontro com os sujeitos.

Com base nas reflexões baseadas em literatura, foi possível ampliar o olhar para o que diz respeito ao Cuidado e às Linhas de Cuidado de forma crítica e reflexiva, bem como foi possível refletir de que forma atuar em prática, sem perder de vista a dimensão da integralidade do cuidado nos casos que são apresentados pelos usuários nos serviços públicos. Diferentemente dos processos de trabalho centrados no médico, anteriormente explicitados, algumas estratégias de humanização buscam solucionar essas formas de atuação, a fim de proporcionar ao usuário um atendimento integral e fazê-lo protagonista de seu cuidado. Duas estratégias que mais se aproximam desse objetivo são a ‘clínica ampliada’ e o ‘acolhimento’, tal como proposto por Carnut (2017).

A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e as redes de atenção

A qualificação do cuidado em saúde na perspectiva do atendimento integral, humanizado e resolutivo pode tomar como base os pressupostos da Clínica Ampliada (CAMPOS; AMARAL, 2007). Os autores explicitam que a Clínica Ampliada considera a relevância de ampliar o objeto de trabalho da clínica para além do tratamento de doenças, isto é, agrega-se além das doenças, também problemas de saúde influenciados pelos determinantes sociais em saúde. Além do objeto de trabalho, considera a ampliação da finalidade do trabalho clínico necessária e fundamental à, ou seja, prima não apenas a busca por produção de saúde por meio dos meios curativos, preventivos e de reabilitação, mas, também, a finalidade de contribuir para ampliação da autonomia dos usuários.

Com base na qualificação do cuidado humanizado, explica-se as noções de que a terapêutica não se reduzirá apenas a fármacos e procedimentos de tecnologias duras (tal como cirurgias etc.), uma vez que comporta mais recursos terapêuticos do que esses, tais como os de tecnologias leves que valorizam o poder terapêutico da escuta e da palavra, da educação em saúde e do apoio psicossocial (CAMPOS; AMARAL, 2007).

Para se alcançar tais estratégias, com base em Campos e Amaral (2007), é relevante que as instituições incorporem dispositivos de educação permanente e continuada em suas rotinas de trabalho, uma vez que este último é um instrumento fundamental e possibilita a reconstrução de conhecimentos e de posturas dos trabalhadores. Apontam, ainda, recursos que favorecem o trânsito da clínica tradicional à ampliada, tais como Projetos Terapêuticos Singulares, práticas interdisciplinares que favorecem o intercâmbio de conhecimentos e estimula a abertura profissional, e a adoção de metodologias de co-gestão (gestão participativa).

No que diz respeito à concepção de como promover a gestão do cuidado de maneira articulada em rede segura e humanizada, foi possível verificar duas vertentes teórico-operacionais que, de algum modo, predominam nas práticas de gestão: uma vertente é a tecnocrática e gerencial, que é influenciada pelas noções de qualidade total, satisfação do cliente, métodos de padronização de procedimentos, com objetivos de ampliar a produtividade e a eficiência. Os autores apontam uma segunda vertente que se desenvolveu a partir dos EUA, a escola denominada *managed care* (cuidado gerenciado), voltada para diminuir a autonomia dos profissionais de saúde, a partir da adoção de protocolos e de sistema de decisão sobre os casos clínicos fora da relação médico-paciente. Contudo, com base no ensaio de Campos e Amaral (2007), essas duas vertentes objetivam controlar o trabalho em saúde, utilizando-se de metodologias disciplinares e normativas, e não apostam na modificação de valores e postura dos profissionais.

Com base nessas vertentes teórico-operacionais apresentadas por Campos e Amaral (2007), propõem-se a apresentação de sugestões para reorganização da gestão da clínica com base nas noções de clínica ampliada, democratização da gestão (sistema de cogestão) e a integração das redes de serviços. Os autores denominam genericamente essa concepção de Paidéia, a qual sugere que a unidade nuclear de poder gerencial seja a Equipe Interdisciplinar (Equipes de Referência), organizadas em função de grandes áreas voltadas para a mesma finalidade.

No que diz respeito à democratização da gestão, Verdi e Calderon (2014) explicitam que a concepção de Co-gestão decorre da Política Nacional de Humanização (PNH). Os autores apresentam a PNH como uma estratégia que valoriza as dimensões subjetivas, coletivas e sociais em todas as práticas de atenção e gestão no SUS. Essa política aponta para o fortalecimento do compromisso com os direitos dos cidadãos, o trabalho em equipe multiprofissional, a construção de redes cooperativas e de autonomia, e o protagonismo dos sujeitos individuais e coletivos. Não tem como haver projeto de humanização sem que se leve em conta o tema da democratização das relações interpessoais. No SUS, a humanização, necessariamente, depende do aperfeiçoamento do sistema de cogestão.

O modelo de gestão pela qual os profissionais estão inseridos no cotidiano dos seus serviços está ainda muito preso às regras de gestão tradicional/ tayloristas e de normatização burocrática, as quais se mostram um elemento limitador da ideia de participação em espaços decisórios. Sobre essas ideias, Verdi e Calderon (2014) apresentam em seu trabalho que:

“O SUS ainda convive com uma série de limitações com relação às condições concretas de trabalho que levam à precarização, à exploração e à desvalorização do trabalho, e com relação aos modos de organização do processo de trabalho, em geral tendentes à expropriação dos trabalhadores dos processos decisórios” (p. 861).

Portanto, a realização da cogestão, bem como da PNH, não constitui tarefa simples, pelo contrário, depende de diferentes condições, dentre as quais podemos extrair ainda do ensaio de Verdi e Calderon (2014): “*espaços protegidos para a reflexão como as rodas; depende ainda da substituição da repressão como método para resolver conflitos, por processos de negociação entre interesses e perspectivas distintas*” (p. 867).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente ensaio permitiu a obtenção de um panorama geral dos saberes articulados com a prática, que foi possível constatar a partir da proposta da construção de portfólio reflexivo na Atividade Curricular. Destaca-se que os encontros e as propostas desta atividade foram fundamentais para o aprimoramento e a aquisição de novos conhecimentos acerca da Política Pública do SUS, com destaque de que o conhecimento acumulado foi de ordem crítica e reflexiva, fundamental influenciador para uma atuação profissional responsável, sendo este um dos valores do mestrado profissional.

É possível evidenciar o alcance que todo o processo percorrido durante essa atividade possibilita melhorias dos processos de trabalho e na qualidade dos serviços em que os discentes estiverem atuando, comprometidos com a produção de saúde. Reflexões estas que extrapolam uma visão fragmentária do sujeito, isto é, um trabalho multi e interdisciplinar, que identifica o cuidado em saúde do usuário de modo integral, promotor de mudanças e incentivador à democratização da gestão.

De forma resumida, os ciclos de aprendizagem foram basilares para a construção de noções sobre o pensar reflexivo de práticas em saúde e gestão do cuidado. De modo geral, uma das competências alcançadas nessa atividade curricular foi o reconhecimento de que é crucial a reflexão da prática profissional, bem como a relevância do aprender a aprender, aprender a ser, aprender a conhecer, aprender a fazer e aprender a conviver. Linha de pensamento construída a partir do contexto de aprendizagem significativa, que prima pelo diálogo entre professor-estudante e estudante-estudante, tal como é explicitado por Cotta e Costa (2017).

DECLARAÇÃO DE INTERESSES

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

REFERÊNCIAS

- BREHMER, L. C. F; VERDI, M. Acolhimento na Atenção Básica: reflexões éticas sobre a Atenção à Saúde dos usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, 15(Supl. 3):3569-3578, 2010.
- BRASIL. **Política Nacional de Humanização**. Ministério da Saúde. Brasília, 2013.
- CAMPOS, C. M. S. **Necessidades de saúde pela voz da sociedade civil (os moradores) e do Estado (os trabalhadores de saúde)**. [tese]. São Paulo (SP): Escolas de Enfermagem de São Paulo e Ribeirão Preto da USP, 2004. 193 p.
- CAMPOS, C. M. S; MISHIMA, S. M. Necessidades de saúde pela voz da sociedade civil e do Estado. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 21(4):1260-1268, jul-ago, 2005.
- CAMPOS, C. M. S; BATAIERO, M.O. Health needs: an analysis of Brazilian scientific literature from 1990 to 2004. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, **Interface - Comunic., Saúde, Educ.** v.11, n.23, p.605-18, set/dez 2007.
- CALDERON, D. B. L; VERDI, M. I. M. Cogestão e processo de intervenção de apoiadores da Política Nacional de Humanização (PNH). **Interface** (Botucatu). 2014; 18 Supl 1:859-70.
- CAMPOS, G. W. S; AMARAL, M. A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciência & Saúde Coletiva**, 12(4):849-859, 2007.
- CARNUT, L. Cuidado, integralidade e atenção primária: articulação essencial para refletir sobre o setor saúde no Brasil. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, V. 41, N. 115, P. 1177-1186, out-dez 2017.
- CECÍLIO, L. C. O.; MERHY, E. E. **A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar**. In: Pinheiro, Roseni; Mattos, Ruben Araujo de. *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro, IMS ABRASCO, 2003. p.197-210.
- CECÍLIO, L. C. O. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. **Comunicação Saúde Educação**. v.15, n.37, p.589-99, abr./jun. 2011.

COTTA, R. M. M; COSTA, G. D. Instrumento de avaliação e autoavaliação do portfólio reflexivo: uma construção teórico-conceitual. **Interface: Comunicação Saúde Educação** 2016; 20(56):171-83.

LIMA, V. V. Espiral construtivista: uma metodologia ativa de ensino-aprendizagem. **Interface (Botucatu)**. 2017; 21(61):421-34.

MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.: il. ISBN: 978-85-7967-075-6. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf. Acesso em: 20 jan. 2021.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (orgs). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2009. p. 117-130.

ÍNDICE REMISSIVO

A

Abordagem do enfermeiro 95, 97, 104
Acesso à saúde 14, 16, 19, 21
Ácido ribonucleico (rna) 76, 77
Acolhimento 95, 96, 104, 106, 119, 153, 154, 156, 169, 170
Adaptação transcultural 118, 121, 122, 127
Adolescentes 83, 243, 244, 245, 246, 247, 248, 249, 250, 251, 252, 253, 266, 268
Alimentação saudável 207, 227, 229, 233, 241
Alimentos industrializados 235, 237, 239, 240, 241, 250, 253
Alimentos ultraprocessados 235, 237, 241, 242
Ambiente hospitalar 186, 188, 189, 190, 191
Ansiedade 17, 27, 31, 32, 101, 112, 135, 136
Antropometria 235
Aprendizagem ativa 149
Artroscopia 255, 257, 259
Atenção à saúde de idosos 227
Atenção primária à saúde 70, 71, 74
Atividade curricular (ac) 149, 150
Atuação profissional 186
Atuação profissional do psicólogo 186
Ausência e/ou insuficiência de recursos 14
Autocuidado 17, 118, 126, 127, 133, 136, 152, 203, 205, 209, 212, 214
Autonomia pessoal 202

B

Biomarcadores 36, 37, 38, 41
Biomecânica 255, 257
Bronquiolite obstrutiva 130, 131

C

Campanhas preventivas 76
Características anatômicas específicas 262
Ciências sociais 19, 20, 21, 25
Complexidade de saúde 193, 195
Complicações da covid-19 70
Conceito de saúde 19, 33
Condições de vulnerabilidade 19, 24, 31
Condições sociais 15, 23, 262
Contato materno com tabaco durante a gestação 141
Coronavírus 14, 15, 18, 33, 34, 36, 43, 74
Cotidiano médico 46
Cotidiano social 46
Covid-19 7, 8, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 26, 27, 28, 29, 30, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 49, 50, 51, 52, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 150
Covid-19 e as manifestações oculares 46, 48
Cuidado à saúde 83, 159, 193
Cuidado centrado no paciente 118, 119, 120, 121, 122
Cuidado da população idosa 227, 233
Cuidados de enfermagem 130, 132
Cuidados respiratórios 58, 60

D

Danos físicos da covid-19 70
Degradação das funções dos pulmões 130
Desenvolvimento 141, 145, 234, 255, 257, 265, 268
Desenvolvimento motor e cognitivo 262
Desigualdades sociais 19
Detecção do vírus sars-cov-2 24, 35
Dieta saudável 227
Dietas inadequadas 243, 250
Displasia do desenvolvimento do quadril (ddq) 255, 257
Displasia pélvica 255, 256, 258
Disseminação do vírus 21, 46, 53, 55
Doença crônica não transmissível 243
Doença pulmonar obstrutiva crônica (dpoc) 130, 131
Doenças crônicas 6, 138, 210, 228, 231, 236, 237, 239, 248, 252

E

Educação em saúde 73, 106, 126, 156, 198, 221, 223, 225, 227, 229, 230, 232, 233
Educação interprofissional 193, 195
Emergências psiquiátricas 95, 96, 97, 104
Encurtamento femoral 256, 257, 260
Enfermeiro 95, 97, 98, 107, 110, 111, 116
Enfisema 130, 131
Ensino-pesquisa-extensão e serviço 193, 197
Envelhecimento 76, 82, 202, 205, 214, 215, 216, 219, 221, 224, 225, 226, 267, 269
Envelhecimento populacional 201, 202, 209, 212, 214, 217
Enzima transcriptase reversa 76, 77
Epidemias 22, 23, 25, 27, 30, 31
Equidade em saúde 19, 20, 21, 23
Equipe de saúde 194
Escala 136, 145, 160
Estado nutricional 228, 234, 235, 237, 238, 239, 242
Estratégias de igualdade 14, 17
Estudantes 252
Estudo de validação 118
Exposição da gestante ao tabaco 140, 144, 145

F

Familiares no processo terapêutico 106
Fatores de risco 22, 85, 88, 131, 243, 245, 246, 247, 250, 251, 252, 253
Feminização 76
Fisioterapia 58, 60, 61, 64, 67, 68, 162, 260
Fonoaudiologia 262, 264
Formação profissional 101, 173, 193, 197, 200
Fortalecimento do sistema único de saúde (sus) 193
Frequência alimentar 235

G

Gestação 141
Gestão da clínica 149
Gestão do cuidado 149, 150, 151
Grupo de vírus 70, 71
Grupos terapêuticos 106

H

Hábitos alimentares 227, 229, 230, 236, 243
Hipertensão arterial sistêmica 231, 243, 244, 247, 251, 254
Hospitais públicos 160, 171
Hospital privado 118, 127, 160
Humanização 106, 156, 157, 189

I

Impactos econômicos 14, 16
Imunidade 37, 39, 40, 42, 78, 89, 266
Infecção da covid-19 70
Infecção sexual 84
Ingestão de calorias 235, 236, 237
Instituições de saúde universitárias 160, 161
Instrumento de avaliação 159, 160
Integridade de órgãos, sistemas e funções 59, 68
Interprofissionalidade 193, 194, 195, 196, 197, 198, 199, 200
Intervenção da psicologia 186
Isolamento social 14, 16, 17, 19, 21, 24, 25, 30, 33, 228

L

Limitação do fluxo aéreo 130, 131
Linfócitos tcd4 76, 86, 89, 90
Luxação do quadril 256, 258

M

Manutenção do emprego 14
Medicina social e urbana 19
Medidas de controle 15, 46
Mestrado profissional 149
Modelo de assistência 118
Monitoramento respiratório 58, 60
Motricidade orofacial 262, 263, 265, 268
Multiprofissionalidade 193, 195, 196, 197, 198, 199

N

Necrose avascular do fêmur 256
Nutrição adequada 227, 228

O

Oficinas educativas 193, 196
Oftalmologia 46, 48, 49, 50, 53, 55
Osteotomia 256, 258
Osteotomia periacetabular 255, 257
Osteotomias acetabulares 256, 260

P

Paciente bipolar 106
Pacientes pós-covid 19 59
Pacientes soropositivos 84
Padrões alimentares 235, 236
Pandemia 14, 15, 16, 17, 19, 20, 21, 23, 24, 26, 27, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 36, 37, 40, 41, 42, 46, 48, 49, 50, 51, 52, 56, 62, 67, 68, 70, 71, 150
Pandemia no cotidiano dos oftalmologistas 46
Panorama epidemiológico 76

Patologias 85, 86, 88, 89, 208, 211, 212, 231, 234, 250, 253, 255, 257
Perfil epidemiológico da aids 76
Pessoas socialmente vulneráveis 14
Política pública do sus 149, 157
População vulnerável socialmente 14, 78
Portfólio reflexivo 149, 150
Práticas de segurança 46, 53, 55
Práticas em saúde 149, 150, 151
Precauções clínicas 46, 48
Prevenção 47, 48, 252
Prevenção de complicações 130, 131
Prevenção do hiv 76
Problemas mentais 14
Procedimentos técnicos 95
Processo de ensino-aprendizagem 149, 151, 161
Processo de envelhecimento 203, 204, 205, 208, 209, 211, 212, 214, 217, 227, 232
Processo de sexualidade 216
Processo educacional 149, 151
Processo saúde-doença 19, 20, 86, 114, 134, 137, 203
Produtos industrializados 235, 236, 241
Profissionais da atenção primária à saúde 70
Profissionais de saúde 30, 31, 32, 33, 34, 37, 40, 41, 42, 47, 50, 51, 53, 72, 73, 82, 112, 118, 120, 123, 124, 125, 126, 127, 136, 147, 156, 186, 189, 191, 193, 194, 195, 196, 197, 199, 201, 206, 207, 218, 233
Profissional fisioterapeuta 59, 68
Programa de educação pelo trabalho para a saúde (pet-saúde) 193, 194
Programas de residência em saúde 160, 169
Promoção de saúde 17, 32, 130, 131
Proteoma salivar 36, 41
Psicologia 33, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 194, 205, 213

Q

Qualidade de vida 17, 60, 63, 64, 66, 67, 71, 73, 109, 113, 114, 131, 133, 147, 170, 172, 173, 203, 205, 209, 210, 212, 213, 221, 222, 225, 226, 227, 228, 229, 231, 232, 233, 234, 238, 257
Quantificação de imunoglobulinas 35

R

Reabilitação pulmonar 59, 60, 61, 62, 66, 67, 68
Reações emocionais 27, 32
Reconhecimento na democratização 14
Recursos financeiros 14
Relação terapêutica 95, 97, 98, 101, 102, 103, 104, 112, 113, 114
Residências em saúde 160, 161
Residentes médicos 160, 164
Resposta imune 35, 37, 39, 40, 42, 77
Retrovírus sars-co-v-2 27, 29
Risco de exposição 46

S

Saliva 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 47, 267, 269
Saneamento básico 14, 16, 23, 24, 25
Saúde de indivíduos e de populações 149
Saúde de mãe e filho 140
Saúde do idoso 202
Saúde infantil 141
Saúde mental da sociedade 27, 29
Saúde ocular 46, 48, 53

Sedentarismo 243, 248, 250, 251, 252
Sequelas 27, 58, 60, 64, 66, 68, 70, 71, 72, 73, 96, 187, 189, 257
Serviço ambulatorial 67, 193, 196, 197
Serviços especializados em saúde mental 106, 109
Serviços hospitalares 95, 97, 104
Sexualidade 108, 216, 218, 220, 221, 222, 223, 224, 225, 226
Sexualidade idosa 216, 218, 220, 222, 223, 224
Sífilis 84, 85, 91
Sífilis secundária 84, 87
Síndrome da imunodeficiência adquirida (aids) 76, 77
Síndrome de down 262, 263, 264, 265, 266, 267, 268, 269, 270
Síndrome pós-cuidados intensivos 70
Síndromes respiratórias agudas 70, 71
Sistema de informação de agravos de notificação (sinan) 76, 78
Sistema de saúde privado 19
Sistema de saúde pública 19
Sistema estomatognático 262, 263, 265
Sistema único de saúde 70
Sofrimento psicológico 27
Substituição dos alimentos 235, 236
Surtos epidêmicos 19, 23

T

Tabagismo 141
Teoria de enfermagem 130, 132
Terapêutica 95, 97, 103, 107
Testes de sífilis 84, 91
Trabalho interprofissional 193, 196
Transmissão do vírus 40, 46, 47, 53, 55, 89
Transprofissionalidade 193, 195, 196, 198
Transtorno afetivo bipolar 106, 108, 111, 115
Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (tdah) 141, 142
Transtornos de saúde mental 27, 32
Tratamento clínico de morbidades 227

U

Unidade de terapia intensiva 66, 70, 74
Unidades básicas de saúde 70
Uso materno ativo e passivo do tabaco 140, 142

V

Ventilação mecânica invasiva 67, 70
Vida do idoso 227, 234
Virilidade 216, 223
Vírus da imunodeficiência humana (hiv) 37, 40, 76, 85, 86



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 